

Emma Niemi

LÄNSI-SUOMEN DIAKONIALAITOKSEN TYÖNTEKIJÖIDEN
ELINTAPAININTERVENTION MONITAHOARVIOINTI

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2019



LÄNSI-SUOMEN DIAKONIALAITOKSEN TYÖNTEKIJÖIDEN ELINTAPAININTERVENTION MONITAHOARVIOINTI

Niemi, Emma
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Syyskuu 2019
Sivumäärä: 87
Liitteitä: 5

Asiasanat: elintavat, elintapainterventiot, työkyky

Opinnäytetyön aiheena oli työpaikalla toteutettu työntekijöiden elintapainterventio. Länsi-Suomen Diakonialaitoksella vuonna 2017 järjestetyn noin vuoden mittaisen työntekijöiden elintapainterventio toteutusta ja vaikutuksia arvioitiin opinnäytetyössä monitahoarviointi tutkimuksen avulla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa elintapainterventio vaikutuksista sekä toteutuksen vahvuuksista ja kehittämisalueista.

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventio tavoitteena oli aktivoida ja innostaa osallistujia liikunnan pariin, edistää terveellisiä ruokailutottumuksia ja painonhallintaa sekä tukea työssä jaksamista. Elintapainterventioon osallistui 16 työntekijää. Osallistuminen oli vapaaehtoista.

Monitahoarviointiin soveltuvaa monipuolista arviointiaineistoa saatiin elintapainterventio alun ja lopun testi- ja mittaustuloksista, osallistujille ja ohjaajille laadituista loppukyselyistä sekä ohjaajan päiväkirjasta. Monitahoisen arviointiasetelman avulla saatiin sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Määrällisen aineiston analysoinnissa käytettiin Excelin Tixel 10-taulukkolaskentaohjelmaa. Laadullinen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Osa laadullisesta aineistosta esitettiin myös määrällisessä muodossa.

Monitahoarvioinnin tuloksista muodostettiin arvolausekkeet, jotka kuvaavat arvioinnin tuloksia. Elintapainterventioon osallistuminen tuki painonhallintaa, osallistujien kestävyyskunto koheni ja suurella osalla vyötärön ympärys pieneni. Osallistuminen innosti kokeilemaan ja harrastamaan uusia liikuntamuotoja, mutta terveellisten ruokailutottumusten omaksuminen toteutui vain osittain. Työssä jaksamisen koettiin parantuneen. Työkyvyn koki paremmaksi puolet osallistujista. Osallistujat ja ohjaajat kokivat elintapainterventio vahvuudeksi liikunnasta innostumisen, henkilökohtaisten tavoitteiden laatimisen sekä ryhmän ja fysioterapeutin tuen. Kehittämiskohteiksi koettiin ravitsemusohjaus sekä motivaation, henkisen tuen ja yksilöllisyyden huomioiminen. Kehittämistä vaativiksi alueiksi koettiin myös tavoitelähtöisyyden ja vertaistuen mahdollisuuksien parempi hyödyntäminen sekä moniammatillisen yhteistyön lisääminen.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, onko elintapainterventioon osallistumisella ollut vaikutusta osallistujien elintapoihin sekä työkykyyn ja työssä jaksamiseen pidemmällä ajanjaksolla tarkasteltuna. Vaikutuksia työkykyyn olisi mielenkiintoista mitata objektiivisesti, esimerkiksi mahdollisina muutoksina sairaspöissa-oloissa.

MULTIDIMENSIONAL EVALUATION OF THE LIFESTYLE INTERVENTION OF THE EMPLOYEES AT LÄNSI-SUOMEN DIAKONIALAITOS

Niemi, Emma

Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Health Promotion

September 2019

Number of pages: 87

Appendices: 5

Keywords: lifestyles, lifestyle interventions, working capacity

The subject of the thesis was a lifestyle intervention performed at the workplace. The thesis assessed the implementation of a year-long lifestyle intervention of the employees at Länsi-Suomen Diakonialaitos in 2017 by way of multidimensional evaluation. The objective of the thesis was to produce information on the impacts of the lifestyle intervention as well as of its strengths and development areas.

The aim of the lifestyle intervention for the employees of Länsi-Suomen Diakonialaitos was to activate and motivate the participants to exercise, to promote healthy eating habits and to support coping at work. 16 employees participated in the intervention. The participation was voluntary.

Versatile assessment material was obtained from the test and measurement results in the beginning and the end of the intervention, from the questionnaires created for the participants and the instructors, as well as from the diary of the instructor. With the help of the multidimensional evaluation setting it was possible to obtain both quantitative and qualitative material. For the analysis of the quantitative material Tixel 10 spreadsheet program from Excel was used. The qualitative material was analyzed by using the content analysis. Part of the qualitative material was also presented in a quantitative form.

Valuation clauses were formed of the results. The participation in the lifestyle intervention supported weight management, aerobic endurance was improved and for most of the participants the waistline became smaller. The participation inspired to test and take up new forms of exercising, but the adoption of healthy eating habits was realized only partially. Coping at work was deemed to have improved. Half of the participants considered that their working capacity was better. Both the participants and the instructors saw the motivation to exercise, the creation of personal objectives and the support from the group and the physiotherapist to be the strengths of the lifestyle intervention. Nutritional advice and the acknowledgement of motivation, mental support and individual needs were considered as development areas. The better utilization of the possibilities of target-orientation and peer support as well as multidisciplinary co-operation were seen as areas still requiring development.

As a subject for further research it would be interesting to study whether the lifestyle intervention has had an impact on the lifestyle, working capacity or coping at work of the participants in the long term. It would be interesting to measure the impacts objectively, e.g. by possible changes in absences due to sickness.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA LÄHTÖKOHDAT	9
2.1	Länsi-Suomen Diakonialaitos.....	9
2.2	Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työkykyä ylläpitävä toiminta.....	10
2.3	Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventio.....	11
3	TYÖIKÄISTEN ELINTAVAT JA ELINTAPAININTERVENTIOT.....	15
3.1	Työikäisten elintavat.....	15
3.2	Työkyky ja elintapojen vaikutukset työkykyyn.....	18
3.3	Elintapaohjaus ja elintapainterventiot.....	20
3.4	Työpaikoilla toteutetut elintapainterventiot aiemmissä tutkimuksissa.....	22
3.4.1	Elintapainterventioiden toteutus	23
3.4.2	Elintapainterventioiden tulokset	25
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	27
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
5.1	Tutkimuksen eteneminen.....	28
5.2	Monitahoarviointi	29
5.3	Työpaikalla toteutetun elintapaintervention monitahoarviointi.....	31
5.4	Aineistojen hankinta	35
5.4.1	Elintapaintervention alussa ja lopussa tehdyt mittaukset ja testit.....	37
5.4.2	Kyselylomake osallistujille.....	39
5.4.3	Kyselylomake ohjaajille.....	42
5.4.4	Ohjaajan päiväkirja	42
5.5	Aineistojen analyysi.....	43
5.5.1	Määrällisen aineiston analyysi	43
5.5.2	Laadullisen aineiston analyysi	45
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	47
6.1	Elintapojen muutokset	47
6.2	Koetut elintapamuutokset	50
6.3	Kokemus työkyvystä ja työssä jaksamisesta.....	52
6.4	Osallistujien kyselyn muut tulokset	53
6.5	Osallistujien kokemukset elintapaintervention vahvuuksista	55
6.6	Osallistujien kokemukset elintapaintervention kehittämisaalueista	57

6.7	Ohjaajien kokemukset elintapainervention vahvuuksista.....	61
6.8	Ohjaajien kokemukset elintapainervention kehittämisa-alueista.....	64
6.9	Yhteenveto tuloksista.....	70
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	73
7.1	Tulosten tarkastelu	73
7.1.1	Elintapainervention vaikutukset	73
7.1.2	Osallistujien ja ohjaajien kokemuksiin perustuvat elintapainervention vahvuudet	78
7.1.3	Osallistujien ja ohjaajien kokemuksiin perustuvat kehittämisa-alueet ..	80
7.2	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	82
7.3	Tutkimuksen eettiset kysymykset	84
7.4	Johtopäätökset ja kehittämissuhteukset	86
	LÄHTEET.....	88
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Elintapoihin liittyvät pitkäaikaissairaudet ovat maailmalaajuisesti merkittävä uhka terveydelle (WHO 2019a). Elintapojen vaikutusten yhteyksistä keskeisiin kansansairauksiin ja niiden riskitekijöihin on vahvaa tutkimusnäyttöä. Epäterveellinen ruokavalio ja vähäinen liikunta suurentavat sairauksien riskiä sekä kokonaiskuolleisuutta. (Khaw ym. 2008.) Terveyttä edistävät elintavat ja normaali paino pienentävät yleisimpien pitkäaikaissairauksien, toiminnanvajausten ja ennenaikaisen kuoleman riskiä (Vuori 2015, 729). Suomalaisista työikäisistä suuri osa ei noudata terveellisiä elintapoja (Helldán & Helakorpi 2015, 26).

Elintavat ovat muuttuneet merkittävästi viimeisten vuosikymmenien aikana. Yhteiskunnalliset ja teknologiset muutokset ovat vaikuttaneet erityisesti ruokailutottumuksiin ja fyysiseen aktiivisuuteen. Fyysinen aktiivisuus on vähentynyt saman aikaisesti, kun runsasenergistä ruokaa on yhä enemmän tarjolla. (Mitchell, Catenacci, Wyatt & Hill 2011, 717-718). Suomalaisten työikäisten fyysinen aktiivisuus työssä ja arjessa on vähentynyt 2000-luvulla (Husu, Paronen, Suni & Vasankari, 2011, 8). Terveiden kannalta riittävä määrä fyysistä aktiivisuutta toteutuu vain pienellä osalla työikäisistä (Husu ym. 2018, 54). Samanaikaisesti työikäisten ruokatottumukset ovat heikentyneet viime vuosien aikana (Valsta ym. 2018, 33).

Elintapojen ja elinympäristön muutos sekä elintason nousu ovat johtaneet ylipainon ja lihavuuden yleistymiseen (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012). Lihavuus on lisääntynyt vuosikymmenien aikana kaikkialla maailmassa ja on nykyään suuri kansanterveydellinen ongelma (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013). Suomen työikäisestä väestöstä noin puolet on ylipainoisia ja joka neljäs on lihava. (Lundqvist ym. 2018, 45-47.) Länsi-Suomessa ja erityisesti Satakunnassa ylipainoisten ja lihavien osuus väestöstä on maan keskiarvoja yleisempää (Helldán & Helakorpi 2015, 26, 137).

Työkyvyn kannalta elintavoilla on hyvin monitahoiset vaikutukset. Huonot elintavat ennustavat työkyvyn heikkenemistä ja niillä on merkittävä vaikutus moniin työkykyä rajoittaviin sairauksiin. (Koskinen, Martelin, Sainio & Gould 2006, 151.) Painon nousun ja lihavuuden on todettu lisäävän lyhyiden ja pitkien sairauspoissaolojen sekä tilapäisen ja pitkäaikaisen työkyvyttömyyden riskiä (Roos 2014, 64). Elintapojen vaikutukset terveyteen sekä toiminta- ja työkykyyn ovat mittavat, joten iso osa terveyttä edistävästä mahdollisuudesta on käyttämättä (Borodulin, Koponen, Koskinen, Lundqvist & Sääksjärvi 2018, 4; Vuori 2015, 734). Työpaikat ovat yksi tärkeimmistä paikoista, joissa voidaan edistää työkäisten terveellisiä elintapoja ja terveyttä (WHO 2019b). Työpaikkojen mahdollisuuksia ei kuitenkaan ole vielä kunnolla hyödynnetty. Laadukkaita tutkimuksia työpaikoilla järjestetyistä työntekijöiden terveyttä edistävästä interventioista on vielä rajallisesti saatavilla. (Laitinen ym. 2016.)

Työpaikoilla järjestetyillä ravitsemus- ja liikuntaohjausta sisältäneillä elintapainterventioilla on mahdollista saavuttaa muutoksia työntekijöiden painoon (Anderson ym. 2009, 340). Työkäiset viettävät suuren osan valveillaoloajastaan työpaikoilla, joten niissä on paljon mahdollisuuksia vaikuttaa terveellisiin elintapavalintoihin ja painonhallintaan. Työpaikoilla on myös hyvät mahdollisuudet järjestää ryhmässä tapahtuvaa ohjausta sekä saada hyötyä sosiaalisesta kannustuksesta. (Salinardi ym. 2013, 673.) Työpaikoilla on lakisääteiset velvoitteet toimia terveyttä edistävällä tavalla (Laitinen ym. 2016, 6). Työnantajilla on kuitenkin lakisääteisten toimien lisäksi paljon erilaisia mahdollisuuksia tukea työntekijöiden terveyttä edistäviä voimavaroja (Davis ym. 2014a, 265). Työnantajat ovat alkaneet innostua tukemaan entistä monipuolisemmin työntekijöiden terveyttä, sillä se vaikuttaa merkittävästi myös organisaation menestykseen (WHO 2019b). Tuottavuuden parantaminen voitaisiin nähdä merkittävänä motivaatiotekijänä työntekijöille järjestää työpaikoilla elintapainterventioita. (Bilger, Finkelstein, Kruger, Tate & Linnan 2013; Mills, Kessler, Cooper & Sullivan 2007, 471).

Tämän opinnäytetyön aiheena on työpaikalla toteutetun elintapaintervention loppuarviointi. Länsi-Suomen Diakonialaitoksella suunniteltiin ja toteutettiin vuonna 2017 uudenlainen elintapainterventio, sillä oli todettu, että työntekijöiden elintapoja ja painonhallintaa olisi syytä tukea. Elintapaintervention tavoitteena oli aktivoida ja innostaa osallistujia liikunnan pariin, edistää terveellisiä ruokailutottumuksia sekä edistää painonhallintaa. Sen myötä oli tarkoituksena myös tukea työssä jaksamista.

Opinnäytetyönä toteutetaan tämän työpaikalla järjestetyn elintapaintervention loppuarviointitutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida työpaikalla toteutetun elintapaintervention toteutusta sekä tuoda esille vahvuuksia ja kehittämisalueita, joiden pohjalta sitä voidaan jatkossa kehittää. Tavoitteena on tuottaa tietoa työpaikalla toteutetun elintapaintervention vaikutuksista sekä toteutuksen vahvuuksista ja kehittämisalueista. Tutkimuksen arviointimenetelmänä käytetään monitahoarviointia.

2 TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA LÄHTÖKOHDAT

Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Länsi-Suomen Diakonialaitoksen kanssa. Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöille suunniteltiin uusi elintapainterventioryhmä, ja se toteutettiin vuoden 2017 aikana. Työpaikalla järjestettävä elintapainterventio oli uudenlaista toimintaa Länsi-Suomen Diakonialaitoksella, joten tämän ensimmäisen intervention vaikuttavuuden arviointi ja sen pohjalta kehittämisehdotusten löytyminen todettiin hyödylliseksi, jotta toteutusta voidaan jatkossa kehittää. Elintapaintervention loppuarviointi suoritetaan arviointitutkimuksena. Tutkimuksen tekijä työskentelee fyysioterapeuttina Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Fysioterapiakeskus DiaFysiossa.

2.1 Länsi-Suomen Diakonialaitos

Länsi-Suomen Diakonialaitos on yhteiskunnallinen yritys, joka toimii kristilliseltä arvopohjalta, ja sille on tärkeää hyvän tekeminen. Länsi-Suomen Diakonialaitos tuottaa sosiaali- ja terveysalan palveluja eri väestöryhmille, erityisesti ikääntyneille. Diakonialaitoksen säätiö yhdessä omistamansa PDL-Palvelut Oy:n kanssa tarjoaa monipuolisia ja laadukkaita sosiaali- ja terveysalan palveluja. Länsi-Suomen Diakonialaitoksen tarjoamia palveluita ovat monipuoliset eri-ikäisten lääkäri, fysioterapia-, kuntoutus- ja terveysterveystoimet, siivous- ja kotihoitopalvelut sekä ikäihmisten asumispalvelut. Lisäksi tarjolla on myös lounas- ja juhlapalveluja sekä hautauspalvelua. Diakonialaitos pyrkii myös etsimään uusia avuntarvitsijaryhmiä ja nostamaan heidän tarpeitaan tietoisuuteen sekä kehittää uusia palveluja. (Länsi-Suomen Diakonialaitoksen www-sivut 2019.)

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen konsernissa työskentelee tällä hetkellä 220 työntekijää (Pääkkönen, henkilökohtainen tiedonanto 2019). Länsi-Suomen Diakonialaitoksen monipuolisten hoitopalvelujen kokonaisuuden muodostavat Kuntoutuskoti Dia-Vire ja Saattohoitokoti. Hoitopalveluissa työskentelee sairaanhoitajia, perushoitajia, laitoshuoltajia, virikeohjaajia ja liikunnanohjaajia. Fysioterapiakeskus DiaFysion tarjoamia palveluja ovat monipuoliset kuntoutuspalvelut kuten esimerkiksi yksilöfysioterapia, liikuntaryhmät ja ryhmämuotoinen päivä kuntoutus. DiaFysiossa työskentelee fysioterapeutteja ja kuntotoimittajia sekä toimintaterapeutteja. Diakonialaitoksen

kotihoitopalveluissa, kotisairaanhoidossa ja turvapuhelinpalveluissa työskentelee sairaanhoitajia, lähi/perushoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Tehostetun palveluasumisen Palvelukoti Honkalassa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja laitoshoitajia. Diakonialaitoksen Omalääkäripalveluita toteuttavat neljä lääkäriä. Veteraanien neuvontapalveluissa ja toimistopalveluissa työskentelee sosiaalihoitajia, sairaanhoitajia, osastonsihteereitä ja toimistos sihteeri. Sosiaalihoitajilla ja sairaanhoitajilla on myös vastaanotto toimintaa. Lisäksi lounas- ja juhlapalvelujen sekä hautauspalvelujen yksikössä työskentelevät näiden alojen ammattilaiset. Hallinto ja taloustoimistossa työskentelevät säätiönjohtaja/toimitusjohtaja, talousjohtaja, henkilöstöjohtaja sekä palkkaja tietohallinnon toimistotyöntekijät. Länsi-Suomen Diakonialaitoksella on toimipisteet Porissa, Ulvilassa, Noormarkussa, Raumalla ja Laitilassa. (Länsi-Suomen Diakonialaitoksen www-sivut 2019; Pöykiö, henkilökohtainen tiedonanto 2019.)

2.2 Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työkykyä ylläpitävä toiminta

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen arvoja ovat ihmisyyden arvostaminen, henkilöstön hyvinvointi ja kokonaistaloudellisuus. Henkilöstön hyvinvointi tarkoittaa, että Diakonialaitos arvostaa henkilöstöään tärkeimpänä pääomanaan, ja käytännössä tämä näkyy työkykyä ylläpitävässä toiminnassa, työehtosopimusten täyttämisenä sekä työterveyshuollon kehittämisenä. (Länsi-Suomen Diakonialaitoksen www-sivut 2019.) Työterveyshuoltoa ohjaava keskeinen laki on työterveyshuoltolaki (Räsänen 2018, 17). Työterveyshuoltolaissa (1383/2001 1§) määritellään työterveyshuollon tavoitteet. Työterveyshuollon tavoitteena on mm. edistää työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistyönä. Terveysten edistäminen työpaikoilla pohjautuu lakeihin ja asetuksiin sekä terveellisten elintapojen osalta kansallisiin suosituksiin. Työpaikoilla tapahtuva terveyden edistäminen kohdistuu elintapojen osalta siihen, että työympäristö mahdollistaa, työyhteisön kulttuuri kannustaa ja yksilöiden tiedot, taidot ja asenteet edistävät terveellisiä elintapoja. Työterveyshuollon tehtävänä on tukea työpaikkaa terveellisten elintapojen edistämiseksi. (Laitinen 2018, 159.)

Työkykyä ylläpitävä toiminta tarkoittaa yhteistyössä toteutettua työhön, työoloihin ja työntekijöihin kohdistuvaa suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jolla

edistetään ja tuetaan työntekijöiden työ- ja toimintakykyä (Työterveyshuoltolaki 1383/2001 3§). Työterveyshuollon palvelujen lisäksi Länsi-Suomen Diakonialaitoksella on järjestetty työkykyä ylläpitävänä toimintana erilaisia työkykyyn ja työssäjaksamiseen liittyviä kursseja, mittauksia ja testejä sekä liikuntaryhmiä. Henkilöstöpäällikkö on vastannut ryhmien tilaamisesta ja Fysioterapiakeskus DiaFysio on pääasiallisesti suunnitellut ja toteuttanut kurssit ja ryhmät sekä erilaiset mittaukset ja testit. (Joopi, henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2018.)

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työterveyshuollossa on huomattu, että työntekijöiden painoindeksi on kasvanut jatkuvasti vuosien saatossa (Pääkkönen, henkilökohtainen tiedonanto 2.11.2017). Laajat työntekijöiden terveyteen vaikuttavat asiat käsitellään yli 20 työntekijän työpaikoilla työsuojelutoimikunnassa. Työsuojelutoimikuntaan kuuluu sekä työnantajan, että työntekijöiden edustajia. (Työsuojeluhallinto 2015-2019.) Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työsuojelutoimikunnassa tuotiin esille työntekijöiden painon kehitys, ja syksyllä 2016 ryhdyttiin miettimään yhteistoimintamenetelmiä, joilla voitaisiin ennaltaehkäistä ylipainoon liittyviä terveysriskejä. Tavoitteena oli järjestää elintapainterventio, joka ei olisi pelkästään painonhallintaryhmä vaan monipuolinen interventio, jossa ylipainoiset ja terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat työntekijät voisivat saada tukea pysyvään elintapojen muutokseen sekä hyvinvointiin. Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden työ on pääasiassa fyysisesti kuormittavaa, joten fyysisen kunnosta huolehtiminen on erityisen tärkeää. (Pääkkönen, henkilökohtainen tiedonanto 2.11.2017.)

2.3 Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventio

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöille suunniteltiin ja toteutettiin uusi 10 kuukautta kestävä elintapainterventio. Elintapainterventio ideoivat Länsi-Suomen Diakonialaitoksen henkilöstöpäällikkö ja Diakonialaitoksen Fysioterapiakeskuksen DiaFysion johtaja. Fysioterapiakeskus DiaFysion johtaja suunnitteli pääasiallisesti ryhmän rungon ja sisällön. (Pääkkönen, henkilökohtainen tiedonanto 2.11.2017.) Tarkoituksena oli kehittää työpaikalle uusi liikuntapainotteinen elintapainterventio, joka tukee myös työssä jaksamista. Elintapainterventio tavoitteena oli aktivoida ja innostaa osallistujia liikunnan pariin, edistää terveellisiä ruokailutottumuksia sekä edistää

painonhallintaa. Elintapaintervention alussa oli tarkoitus kartoittaa osallistujien terveydentilaa ja laatia jokaiselle henkilökohtaiset tavoitteet, jotka he pyrkivät saavuttamaan elintapamuutoksen myötä. (KKI-hanketuen hakulomake 2016.) Elintapaintervention pohjana ei ollut mitään tiettyä etukäteen testattua mallia, vaan runko ja sisältö muodostuivat yhdistelemällä samankaltaisissa KKI-hankkeissa toteutettuja elintapainterventioiden ohjelmia (Joopi, henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2018). Kevätkauden jälkeen syksyn ohjelmaa muokattiin kokemusten, osallistujien toiveiden ja tavoitteiden sekä käytännön mahdollisuuksien mukaan.

Elintapainterventiota mainostettiin esitteillä, joissa kannustettiin osallistumaan ryhmään, jos koki että haluaisi tehdä muutoksen omiin elintapoihinsa. Elintapaintervention nimeksi muodostui Yes, I can (and I will) -elämäntaparemonttikurssi. Opinnäytetyötä kirjoittaessa on selkeyden vuoksi käytetty nimenä vain elintapainterventiota. Osallistujia haettiin ryhmään yhteistyössä työterveyshuollon kanssa. Ryhmästä tiedotettiin sähköpostitse, esitteillä, oman tiedotuslehden sekä työterveyshuollon kautta. Työterveyshuollon toimesta ryhmään ohjattiin ylipainoisia ja vähän liikkuvia työntekijöitä. Ryhmään saattoi ilmoittautua myös itse, jolloin ryhmään hakeminen tapahtui lähiesimieheltä saadulla paperisella ilmoittautumiskaavakkeella. (KKI-hanketuen hakulomake 2016.) Ryhmään valittiin 16 osallistujaa (Pääkkönen, henkilökohtainen tiedonanto 2.11.2017).

Elintapaintervention järjestämisen tueksi haettiin Kunnossa kaiken ikää -hanketukea. Tuki myönnettiin yhteen noin vuoden kestävään elintapainterventioon, jonka kustannuksista hankerahoitus kattoi puolet ja puolet rahoituksesta tuli työkykyä ylläpitävän toiminnan osuudesta. (Pääkkönen, henkilökohtainen tiedonanto 2.11.2017.)

Työpaikalla toteutettu elintapaintervention pituus oli yhteensä noin 10 kuukautta. Elintapaintervention ohjelma (Taulukko 1) sisälsi mittauksia ja testejä alussa ja lopussa. Alku- ja lopputestejä ja mittauksia olivat kuuden minuutin kävelytesti, vyötärön ympäryys, paino ja BMI sekä työkykypistemäärä. Alussa tehtiin myös kehon koostumusmittaus ja diabetesriskikysely. Elintapaintervention alussa laadittiin henkilökohtaiset tavoitteet GAS-tavoitelomaketta käyttäen. Tavoitteiden toteutumista seurattiin intervention aikana sekä arvioitiin lopussa. Elintapaintervention ohjelma sisälsi ryhmämuotoisia liikuntalajikokeiluja sekä luentoja ja keskustelutilaisuuksia. Liikuntalajikokeiluja

oli 22 kappaletta. Ravitsemukseen, motivaatioon, elämän- ja painonhallintaan, työhyvinvointiin sekä liikuntaan liittyviä luentoja ja keskustelutilaisuuksia oli yhteensä 12 kappaletta.

Elintapaintervention ohjelma toteutettiin yhteistyössä Fysioterapiakeskus DiaFysion, Porin Lääkäritalon, Sport Kings liikuntapalveluiden ja Porin kaupungin kanssa. Porin Lääkäritalo tuotti työterveyslääkäriin ja työterveyshoitajan luennot. Porin kaupungin uimahallissa toteutettiin vesijuoksukokeilu. Ryhmän toteutus tapahtui pääasiassa Fysioterapiakeskus DiaFysion tiloissa sekä lähialueella. Fysioterapiakeskuksen fysioterapeutti ohjasi 18 liikuntalajikokeilua. Fysioterapeutti suoritti kurssin alussa ja lopussa tehdyt kävelytestit sekä vyötärön ympäryksen ja painon mittaamisen. Fysioterapeutin kanssa laadittiin myös henkilökohtaiset tavoitteet. Diakonialaitoksen liikunnanohjaaja ohjasi kaksi liikuntalajikokeilua ja joogaohjaaja yhden. Sports Kings liikuntapalveluiden liikunnanohjaaja suoritti kehonkoostumusmittauksen ja ohjasi yhden liikuntalajikokeilun. Psykologi piti viisi luentoa, joissa aiheena olivat motivaatioon liittyvät teemat. Osa luennoista sisälsi myös keskustelua. Ravitsemusterapeutilla oli kaksi luentoa, joissa aiheina olivat ruokapäiväkirja ja oikeanlainen syöminen. Työterveyslääkäri piti luennon työhyvinvoinnista ja työterveyshoitaja aamupalan merkityksestä. Fysioterapeutin ohjaukseen sisältyi kolme keskustelupainotteista luentoa liikunnan merkityksestä, joiden lisäksi jokaiseen liikuntaosuuteen liittyi alustus liikuntalajien vaikutuksista ja tietoa oikeaoppisesta harjoittelusta. Henkilöstöpäällikkö järjesti yhdessä fysioterapeutin kanssa päätöskahvit ja loppukeskustelu -tilaisuuden ryhmän viimeisellä kokoontumiskerralla.

Elintapainterventio alkoi 27.2. 2017 ja päättyi 11.12.2017. Kesällä ohjatuista tapaamisista pidettiin taukoa 13.6.-30.8.2017. Ohjelma tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1. Elintapaintervention ohjelma.

Ajan-kohta	Testit/haastattelut/ yksilölliset tavoitteet	Ohjaaja ja luennot/keskustelut	Liikunta (ohjaaja)
Vko 9	6min kävelytesti, vyötärön ympäryys, paino, diabetesriskikysely, työkykytesti		
vko10	Kehonkoostumusmittaus (lo)	Työterveyshoitaja: aamupalan merkitys	Peppu ylös penkistä - päivään osallistuminen
vko11		Psykologi: motivaatio, päätöksen teko ja omat rahkeet	Pallojumppa ja venytelyt (ft)
vko12		Työterveyslääkäri: työhyvinvointi	ChiBall (ft)
vko13		Ravitsemusterapeutti: ruokapäiväkirja	Pilates (ft)
vko14	Yksilölliset tavoitteet (ft)		Lihaskunto (ft)
vko15		Ravitsemusterapeutti: energian tarve ja oikeanlainen syöminen	Allasjumppa (ft)
vko17		Psykologi: motivaation säilyttäminen	
vko18			Diakonialaitoksen yhteinen kävelykilpailu toukokuussa
vko19			Lihaskunto (ft)
vko20			Sauvakävely (ft)
vko21		Psykologi: oma hyvinvointi, omat motivaation lähteet	
vko22			Sauvakävely (ft)
vko23			Puistojooga (ft)
vko24	Yksilölliset tavoitteet(ft)		
vko25			Frisbeegolf (lo)
	Kesätauko, yksilöllinen toteutus		
vko35		Fysioterapeutti: liikunnan merkitys+keskustelua	ChiBall (ft)
vko36		Fysioterapeutti: tietoa ja keskustelua	Kuntosali (ft)
vko37			Allasjumppa (ft)
vko38	Yksilölliset tavoitteet(ft)		Lihaskunto (ft)
vko39		Psykologi: keskustelua	
vko40			Kahvakuula (lo)
vko41			Kuntonyrkkeily (lo)
vko42			Vesijuoksu (ft)
vko43		Fysioterapeutti: tietoa ja keskustelua	Kuntosali (ft)
vko44			Jooga (joogaopettaja)
vko45		Psykologi: keskustelua	
vko46			Saunayoga (ft)
vko47			Kuntosali (ft)
vko48	6min kävelytesti, vyötärön ympäryys, paino, työkykytesti		Allasjumppa (ft)
vko49	Yksilölliset tavoitteet (ft)		
vko50	Loppukysely	Henkilöstöpäällikkö ja fysioterapeutti: loppukeskustelu ja päätöskahvit	

3 TYÖIKÄISTEN ELINTAVAT JA ELINTAPAINTERVENTIOT

Terveyteen vaikuttaviin elintapoihin on useimmiten määritelty liikunta, ruokatottumukset, uni, tupakointi ja alkoholinkäyttö (Koponen ym. 2018, 189-190; Vuori 2015, 729). Elintavoissa on tässä tutkimuksessa keskitytty ravitsemukseen ja liikuntaan sekä niihin liittyvään ylipainoon ja painonhallintaan. Alkoholien käyttö, tupakointi ja uni ovat terveyden kannalta merkittäviä elintapoja, joilla on myös vaikutusta painonhallintaan. Ne kuitenkin rajattiin pois, koska niihin ei keskitytty myöskään tutkitun Länsi-Suomen Diakonialaitoksella toteutetun elintapainervention toteutuksessa.

3.1 Työikäisten elintavat

Työikäisten ruokailutottumukset

Työikäisten suomalaisten elintavat ovat kohentuneet vuosien saatossa, mutta myönteinen kehitys on hidastunut tai jopa pysähtynyt 2000-luvulla. Yleisten ravitsemussuositusten mukaiset ruokailutottumukset ovat parantuneet vuosikymmenien aikana, mutta myönteinen kehitys ei kuitenkaan jatkunut kaikilla osa-alueilla enää 2010 luvulla. (Helldán & Helakorpi 2015, 27.) Vuonna 2018 julkaistun FinnTerveys raportin (Valsta ym. 2018, 33) mukaan työikäisten ruokailutottumukset ovat vielä heikentyneet viimeisen kuuden vuoden aikana, verrattuna vuoden 2011 tuloksiin.

Ravitsemussuositusten (Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 11) mukaan terveyttä edistäviin ruokavalintoihin pitäisi kuulua runsaasti kasvikunnan tuotteita eli kasviksia, marjoja, hedelmiä, palkokasveja ja täysjyväviljaa. Ruokavalioon pitäisi kuulua myös kalaa, kasviöljyä, kasvipohjaisia levitteitä, pähkinöitä, siemeniä sekä rasvattomia ja vähärasvaisia maitovalmisteita. Työikäisten ruokavalinnat eivät monilta osin vastaa ravitsemussuosituksia. Keskeisiin terveyttä edistäviin ravitsemusvalintoihin kuuluvat mm. kasvien, hedelmien ja marjojen kulutus sekä rasvaliitteiden laatu. Nämä ruokailutottumukset ovat huonontuneet 30-64 -vuotiaiden suomalaisten keskuudessa viimeisen kuuden vuoden aikana. Ravitsemussuositusten mukaisesti kasviksia ja hedelmiä syö miehistä vain joka kymmenes ja naisista joka viides. Suositeltua levitettä käyttää leivällä alle kolmannes aikuisista. Väestötasolla erityisen

huolestuttavalta vaikuttaa työikäisten ruokatottumusten kehitys, jossa on tapahtunut heikentymistä. (Valsta ym. 2018, 33-37.)

Työikäisten liikuntatottumukset

Terveysliikunnan suositusten mukaisesti liikkuu vain pieni osa työikäisistä (Husu ym. 2018, 54). Työikäisen väestön liikunnan määrää on eri tutkimuksissa mitattu eri tavoin, jolloin on saatu hiukan toisistaan eroavia tuloksiakin. Esimerkiksi liikemittarilla pysytään mittaamaan objektiivisesti kestävyyskuntoa, mutta se ei tunnista lihaskuntoharjoittelua, kun taas kyselyillä on saatu tuloksia erilaisten liikuntamuotojen harrastamisesta. (Kolu, Vasankari & Kari 2018, 8.) Terveysliikuntasuositusten mukaan työikäisten pitäisi harrastaa reipasta kestävyysliikuntaa kaksi ja puoli tuntia tai vaihtoehtoisesti rasittavampaa liikuntaa tunti ja 15 minuuttia viikossa. Reipasta ja/tai rasittavaa liikuntaa pitäisi harrastaa vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Kestävyysliikunnan lisäksi pitäisi harjoittaa lihaskuntaa ja liikehallintaa kaksi kertaa viikossa. (Liikuntapiirakka, UKK-instituutti 2019.)

Suuri osa työikäisten liikkumisesta on kevyttä. Työikäisistä vain noin viidesosa harrastaa kestävyysliikuntaa terveystieteiden suositusten mukaisesti. (Husu ym. 2018, 54.) Aikaisemmin tehtyjen tutkimusten mukaan kestävyysliikuntaa harrastaa suositusten mukaan puolet (Borodulin ym. 2018a, 38; Husu ym. 2011, 8). Vain joka kymmenes heistä harjoittaa lihaskuntaa suositusten mukaisella minimitasolla. Liikunnan harrastaminen vähenee iän karttuessa, eläkeikää lähestyvistä työikäisistä vain muutama prosentti liikkuu suositusten mukaisesti. (Husu ym. 2011, 8.) Vapaa-ajan liikunta on hiukan lisääntynyt pitkällä aikavälillä. Vuosina 2011-2017 ainoastaan miesten vapaa-ajan liikunta lisääntyi hiukan. Kolmannes suomalaisista ei harrasta ollenkaan vapaa-ajan liikuntaa. Työmatkaliikunta on vähentynyt 1980 -luvulta 1990 -luvulle tultaessa, ja pysynyt sen jälkeen alhaisena. (Helldán & Helakorpi 2015, 27). Viimevuosien tutkimuksissa todettiin, että nuorten miesten työmatkaliikunta on vähän lisääntynyt, mutta vanhempien miesten ja naisten aktiivisuus on pysynyt aikaisempien vuosien tasolla. Työmatkaliikuntaa harrastaa naisista kolmasosa ja miehistä, joka viides. (Borodulin ym. 2018a, 38.)

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapainterventioon osallistumisen myötä tapahtuvaa liikunnan harrastamisen muutosta mittaamaan valittiin kestävyyskuntoa mittaava

testi. Kävelytesti valittiin kuvaamaan kestävyyskunnan muutosta, sillä se ennustaa hyvin myös terveyden ja toimintakyvyn muutoksia. (Suni & Husu 2012, 47). Muita ravitsemustottumuksien ja liikunnan harrastamisen muutoksia ei selvitetty erillisillä mittareilla, vaan niitä kuvaavaksi osoittimeksi valittiin paino. Painon mittaaminen ja seuranta on yksinkertaisin tapa selvittää ruokailutottumusten ja liikunnan harrastamisen suhteen muutosta (Pietiläinen 2015a, 42). Osallistujien kokemusta ravitsemus- ja liikuntatottumusten muutoksesta selvitettiin kyselylomakkeella.

Työikäisten ylipaino ja lihavuus

Ylipainoa ja lihavuuden astetta voidaan mitata erilaisilla menetelmillä, mutta painon ja pituuden perusteella laskettava painoindeksi on yleisin ja helppokäyttöisin mittari (Pietiläinen 2015b, 28). Kehon painoindeksi eli BMI (body mass index) on todettu käyttökelpoiseksi suhteellisen painon mittariksi, ja sillä on vahva yhteys rasvakudoksen määrään. Painoindeksin arvoina käytetään kansainvälisesti hyväksytyjä raja-arvoja. Ylipainoisuuden kriteerinä on 25 kg/m² raja-arvo. Terveyden kannalta merkittävän lihavuuden raja-arvona pidetään painoindeksin tulosta 30 kg/m². (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013.) Rasvakudoksen jakautumisen mittaaminen on olennaista, sillä vyötärölle kertynyt rasva on huomattavasti vaarallisempaa terveydelle kuin muualle vartaloon kertynyt rasva. Metabolisten sairauksien vaara kasvaa huomattavasti, jos vyötärön ympärysmitta on naisella yli 90 cm ja miehellä yli 100 cm. Tällöin puhutaan vyötärölihavuudesta. Vyötäröylipainosta puhutaan, kun naisen vyötärön ympärysmitta on yli 80 cm ja miehen yli 90 cm. (Pietiläinen 2015b, 31-33.)

Ylipainoisten (BMI>25 kg/m²) osuus Suomen väestöstä on kasvanut vuosikymmenten ajan, mutta 2000-luvun alkupuolella kasvu tasaantui. Suomalaisista naisista 43 prosenttia ja miehistä 59 prosenttia oli ylipainoisia vuonna 2014. (Helldán & Helakorpi 2015, 21.) Vuonna 2017 Suomessa oli 2,5 miljoonaa ylipainoista työikäistä. Joka neljäs oli lihava (BMI vähintään 30 kg/m²). Vyötärölihavuus on yleistynyt työikäisessä väestössä. Miehistä 43 prosentilla ja naisista 40 prosentilla on vyötärölihavuutta. (Lundqvist ym. 2018, 45-47.) Maantieteellisesti katsoen ylipaino on lisääntynyt kaikilla alueilla 1978-luvulta 2014-luvulle, mutta Uudellamaalla ylipainoa on ollut vähemmän koko ajanjakson ajan. Muuhun maahan verrattuna Länsi-Suomessa ylipainoisten osuus on ollut suurinta tai lähellä kärkeä vuosikymmenten ajan. Länsi-

Suomalaisista naisista 56 prosenttia ja miehistä 62 prosenttia oli ylipainoisia vuonna 2014. (Helldán & Helakorpi 2015, 26, 137.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty termejä ylipaino ja lihavuus, mutta pääasiassa pyrittiin käyttämään termiä ylipaino, sillä ei haluttu leimata osallistujia lihavaksi tai eritellä osallistujia ylipainoisiin ja lihaviin. Syyttävän tai leimaavan otteen välttämiseksi myöskään elintapaintervention tavoitteissa ei haluttu puhua ylipainon tai lihavuuden vähentämisestä tai laihduttamisesta. Työpaikalla toteutetun elintapaintervention tavoitteena oli edistää painonhallintaa. Painonhallinta käsite on määritelty eri tutkimuksissa eri tavoin. Painonhallinnaksi voidaan kutsua painon ylläpitämistä laihduttamisen jälkeen, normaalipainossa pysymistä tai ylipainoisen painonnousun lisääntymisen estämistä (Angle 2015, 118). Kun tekstissä viitataan tutkimuksiin ja muihin lähteisiin, on käytetty sitä käsitettä, mitä kyseessä olevassa lähteessä on käytetty.

3.2 Työkyky ja elintapojen vaikutukset työkykyyn

Työkyky on hyvin monitahoinen käsite eikä sille ole olemassa yhtä selkeää määritelmää. Työkyky koostuu ihmisen voimavarojen sekä työn kuormituksen ja vaatimusten välisestä tasapainosta (Martimo & Antti-Poika 2018, 170-171). Työkyky on moniulotteinen työntekijän, työyhteisön ja työympäristön vuorovaikutussysteemi (Mäkitalo 2010, 162). Työkyvyn keskeisiä määrittäjiä ovat terveys, toimintakyky, elintavat, osaaminen, arvot ja asenteet, työn monet eri piirteet sekä lähiyhteisö ja elämäntilanne (Gould, Ilmarinen, Järvikoski & Järvisalo 2006, 17). Tunnetuimman työkykyä kuvaavan mallin on kehittänyt Ilmarinen (2006, 79-81). Tämä malli on nimeltään työkykytalo ja se perustuu tutkimuksiin työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Työkykytalo koostuu neljästä kerroksesta, jotka kaikki vaikuttavat työkykyyn. Nämä neljä kerrosta ovat terveys ja toimintakyky, ammatillinen osaaminen, arvot, asenteet ja motivaatio sekä johtaminen, työyhteisö ja työolot. Lisäksi myös perheellä, lähiyhteisöllä, toimintaympäristöllä ja yhteiskunnalla on vaikutusta yksilön työkykyyn. Työkyvyn ja työssä jaksamisen arvioimisen haasteiden takia nykyisin puhutaan usein työhyvinvoinnista työkyvyn sijaan (Martimo & Antti-Poika 2018, 171).

Elintavat ovat vain yksi osa työkykyyn vaikuttavasta kokonaisuudesta, mutta toisaalta niillä on hyvin monitahoiset vaikutusmekanismit työkykyyn. Elintavat, jotka edistävät terveyttä auttavat pitämään yllä myös työkykyä. Elintavat ovat yksi työkykyyn vaikuttavista osatekijöistä. Elintavat vaikuttavat työkykyyn sekä työkyvyttömyyttä aiheuttavien sairauksien kehittymiseen. (Laitinen 2018, 162.) Työkykyä rajoittaviin kansansairauksiin elintavoilla on merkittävä vaikutus. Vähäinen liikunta ja epäterveelliset ruokailutottumukset sekä niiden yhdessä aiheuttama lihavuus lisäävät mm. sydän- ja verisuonitautien sekä monien muiden sairauksien vaaraa. Hyvällä työkyvyllä ja liikunnan harrastamisella on selkeä yhteys toisiinsa, kun taas liikunnan puute ennustaa työkyvyn heikkenemistä. (Koskinen ym. 2006, 151.) Työkykyä edistäneissä hankkeissa on osoitettu, että työntekijän työtehtävistä, iästä tai sukupuolesta riippumatta, liikunta on yksi tärkeimmistä työkykyä kehittävästä tekijöistä. Hyvä fyysinen kunto myös auttaa hidastamaan työkyvyn heikentymistä työntekijöiden ikääntyessä. (Punakallio 2012, 29.) Terveellisten ruokailutottumusten osoittimeksi on tutkimuksissa valittu esimerkiksi vihannesten päivittäinen käyttö. Päivittäisten vihannesten käytön on todettu liittyvän hyvään työkykyyn, mutta yhteys ei ollut kovin voimakas, se oli tilastollisesti merkitsevä vain naisilla. (Koskinen ym. 2006, 158.)

Painon lisääntyminen ja lihavuus lisäävät sairauspoissaolojen riskiä. Painonnousu ja lihavuus ovat selkeästi yhteydessä sekä tilapäiseen, että pysyvään työkyvyttömyyteen. (Roos 2014, 8.) Lihavuus vaikuttaa koettuun hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen. Lihavuus on keskeisin kroonisten kansansairauksien aiheuttaja ja se aiheuttaa vuodessa jopa 350 000 poissalopäivää töistä (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013.) Painoindeksin on todettu soveltuvan hyvin terveystarkistuksen arviointiin työikäisillä. Ylipaino ja lihavuus ovat merkittävästi yhteydessä alentuneeseen koettuun työkykyyn. Painoindeksin yhteys alentuneeseen koettuun työkykyyn on todettu erityisesti naisilla. (Kaleta, Makowiec-Dabrowska & Jegier 2006, 170; Laitinen, Näyhä & Kujala 2005, 697.) Korkea painoindeksi ennakoii koetun työkyvyn heikentymistä fyysisesti kuormittavaa työtä tekevällä kotipalveluhenkilöstöllä. (Pohjonen 2001, 723). Ylipaino ja lihavuus sekä liikunnan puute lisäävät toiminnanvajausten kehittymistä, jotka heikentävät työkykyä (Vuori 2015, 731).

3.3 Elintapaohjaus ja elintapainterventiot

Elintapaohjaus tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisen ja elintapojen muutosta kampaavan henkilön välistä vuorovaikutusprosessia. Sen tavoitteena on edistää terveyttä ja hyvinvointia tukemalla yksilön elintapamuutoksen mahdollisuuksia. (Salmela 2012, 19.) Elintapaohjausta voidaan toteuttaa joko yksilöllisesti tai ryhmässä. Molempien on todettu olevan vaikuttavia, vaikka ohjaus onkin toteutettu eri tavoilla. (Pietiläinen & Mustajoki 2015, 17.) Yksilöllisessä ohjauksessa on mahdollista huomioida paremmin ohjattavan yksilölliset lähtökohdat, tukea motivaatioita ja aktiivisuutta sekä antaa jatkuvaa palautetta (Kyngäs ym. 2007, 74). Ryhmässä tapahtuvassa elintapaohjauksessa on mahdollista saada tietoa sekä tukea niin ohjaajalta kuin muilta ryhmään osallistujilta. Kokemusten jakaminen, vertaistuki ja myönteinen palaute voi vahvistaa pystyvyyden tunnetta ja auttaa muutosten toteuttamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 104-106; Lappalainen & Lappalainen 2015, 228.) Ryhmässä tapahtuva elintapaohjaus on suositeltavaa, sillä se on hyvin kustannustehokasta (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013). Yksilöllisen ja ryhmässä tapahtuvan ohjauksen yhdistäminen on yleensä tuloksellisinta. Ne täydentävät hyvin toisiaan. Esimerkiksi muutaman yksilötapaamisen yhdistäminen ryhmässä tapahtuvaan elintapaohjaukseen kannattaa. Ryhmän tuomien etujen lisäksi yksilöllisesti on mahdollista käsitellä paremmin henkilökohtaisia psykologisia lähtökohtia. (Heinonen, Syväne, Toropainen & Turku 2010, 26-27; Lappalainen & Lappalainen 2015, 228.)

Elintapainterventio voidaan määritellä ohjaukselliseksi väliintuloksi. Elintapainterventio tarkoittaa toimintamallia tai ohjauskäytäntöä, jonka tarkoituksena on elintapamuutosten avulla kohentaa terveyttä ja pienentää sairastumisriskiä. (Heinonen ym. 2010, 26.) Elintapaintervention tavoitteena on tukea osallistujia tekemään elintapamuutoksia. Elintapainterventiolla pyritään vaikuttamaan esimerkiksi liikuntatottumuksiin, ravitsemukseen ja painonhallintaan sekä niihin liittyvien sairauksien riskitekijöihin. Elintapainterventiot sisältävät useimmiten ravitsemusohjausta, liikuntaa ja käyttäytymisen muokkaustekniikoita. (Galani & Shneider 2007, 348, Heinonen ym. 2010, 26.) Elintapainterventioiden tavoitteena on useimmiten vaikuttaa motivaatioon sekä tietoiseen ja tavoitteelliseen toimintaan: eli mitä pitäisi muuttaa, ja minkä terveydellisen syyn takia (Absetz & Hankonen 2017, 1015). Elintapainterventioissa käytetty ohjaus on suunnitelmallista ja tavoitteellista sekä vuorovaikutuksellista (Heinonen

ym., 2010, 26). Elintapainterventioilla saavutetaan tavanomaiseen hoitoon verrattuna tilastollisesti suurempia muutoksia painossa ja sairauksien riskitekijöiden vähentämisessä. Kuitenkin tavanomaisen hoidon ja elintapainterventioiden sisältö voi olla hyvinkin samanlaista eikä niiden välillä ole merkityksellistä tai aina mahdollistakaan tehdä eroa. (Galani & Shneider 2007, 348.)

Elintavat ovat kokonaisuus, joka muodostuu pienistä teoista ja tottumuksista. Lainsäädäntö on voimakkain keino vaikuttaa käyttäytymiseen, mutta Suomessa vallitsee kuitenkin yksilön valinnan vapauden sekä oman motivaation ja toiminnan säätelyn kulttuuri. (Absetz & Hankonen 2017, 1018.) Elintavat muodostuvat ja kehittyvät erilaisissa elinympäristöissä ja vuorovaikutustilanteissa, joista kaikissa on mahdollisuus edistää terveellisiä elintapoja (Vuori 2015, 735). Terveystieteiden ammattilaisilla on rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa elinympäristöihin, mutta he voivat antaa tietoa ja tukea siihen, miten yksilö voi tehdä terveellisempiä valintoja (Absetz & Hankonen 2017, 1018). Elintapaohjaus toteutetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa, mutta myös terveydenhuollon ulkopuolella toteutetaan elintapa- ja painonhallintaryhmiä. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013). Lihomisriskissä olevien henkilöiden tunnistamisessa ja hoidossa keskeinen rooli on perusterveydenhuollolla, mutta väestön lihomiskehityksen pysäyttäminen vaatii laajaa yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreilla (Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2016). Työikäisten elintavat ja ylipaino vaikuttavat merkittävästi työkykyyn, joten ne ovat olennainen osa työterveyttä (Roos 2014, 75).

Työpaikat ovat tärkeitä terveellisten elintapojen edistämisen areenoita, mutta niiden toimenpiteet eroavat huomattavasti eri aloilla ja työpaikoilla (Korkiakangas 2017, 41). Työpaikoilla ja työyhteisöissä on paljon mahdollisuuksia edistää terveellisiä elintapoja, mutta niitä ei ole kunnolla hyödynnetty. Työpaikalla vietetään iso osa valveillaolo ajasta, noin 1600 tuntia vuodessa. (Laitinen ym. 2016.) Kansalliset suositukset terveellisistä ruokailutottumuksista ja liikunnan edistämisestä painottavat keinoina tiedon lisäämistä, kouluttamista ja ympäristön muokkaamista. Työympäristöjä ja työyhteisöjen mahdollisuuksia edistää terveellisiä elintapoja ei ole juurikaan mainittu. Elintapamuutoksissa sosiaalista tukea saadaan pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisilta, vaikka työyhteisössä työkavereilta saatu vertaistuki olisi hyvin tärkeää. (Seppälä, Hankonen, Korkiakangas, Ruusuvoori & Laitinen 2018, 4-7.) Elintapojen muutoksessa

tärkeää on oma motivaatio, mutta sen perustana olevia psykologisia perustarpeita voidaan tukea monin tavoin työyhteisössä. Työyhteisön myönteinen kulttuuri tukee elintapojen muutokseen tähtäävää vaativaa prosessia. Työpaikalla voidaan antaa konkreettista tukea esimerkiksi liikkumalla yhdessä, tai muokata työympäristöä terveellisiä valintoja edistäväksi. (Laitinen ym. 2016.) Toistaiseksi on ollut haasteellista osoittaa niitä onnistuneita keinoja, joilla työpaikoilla järjestettyjen elintapainterventioiden vaikutukset on saatu aikaan (Jirathananuwat & Pongpirul 2017, 385).

3.4 Työpaikoilla toteutetut elintapainterventiot aiemmissä tutkimuksissa

Työpaikoilla toteutetuista interventioista, joilla on pyritty vaikuttamaan työikäisten ylipainoon, painonhallintaan ja elintapoihin (terveelliset ruokailutottumukset ja liikunta-aktiivisuus) haettiin tutkimustuloksia kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus kokoaa ja kuvailee aikaisempaa tietoa sekä mahdollistaa aikaisemman tutkimustiedon jäsennellyn tarkastelun. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus auttaa tunnistamaan ja vahvistamaan tai kyseenalaistamaan aikaisempia tietoja aiheesta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostetaan tutkimusaiheen kannalta olennaisista tutkimustiedoista, jotka tyypillisesti haetaan elektronisista tieteellisistä tietokannoista. Aineiston valintaa ohjaa tutkimuskysymys, johon pyritään löytämään mahdollisimman olennainen vastaus haetun aineiston pohjalta. (Kangasniemi Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 295, 298.)

Elintavat ovat hyvin laaja käsite ja sitä on tutkittu monilla eri tavoilla. Elintapoihin kohdistuneissa interventioissa on usein kohderyhmänä jonkin sairausryhmän edustajat, esimerkiksi diabetesta sairastavat. Tässä opinnäytetyössä tutkitun elintapaintervention osallistujat ovat vasta riskissä sairastua elintapasairauksiin, joten vain tiettyihin sairausryhmiin keskittyvät interventiot eivät tuntuneet sopivilta. Lisäksi julkisen tai yleisen puolen terveydenhuollossa toteutettujen elintapoihin liittyvien interventioiden sijaan tutkimukset rajattiin koskemaan juuri työpaikoilla toteutettuja elintapoihin kohdistuneita interventioita. Lopulliseksi tutkimuskysymykseksi muodostui: Minkälaisilla työpaikoilla toteutetuilla interventioilla pystytään vaikuttamaan niin, että työntekijöiden ylipaino vähenee ja/tai elintavat (terveelliset ruokailutottumukset ja liikunta-aktiivisuus) paranevat?

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on haettu elektronisista tieteellisistä tietokannoista heinä-elokuussa 2017. Kirjallisuushaut on tehty tieteellisiin tietokantoihin, käyttäen erilaisia hakusanoja, niiden yhdistelmiä ja MeSH-termejä. Alkuperäiset haut on tehty Arto, CINALH, Cochrane Library, Medline, Medic ja PubMed tietokantoihin, mutta tähän kirjallisuuskatsaukseen sopivimmat tulokset saatiin CINALH- ja PubMed -tietokannoista. Hakuun valittiin suomen ja englannin kielisiä artikkeleita, mutta sopivia artikkeleita löytyi vain englannin kielisinä. Haut on rajattu vuosille 2007-2017, jotta on saatu mahdollisimman uutta tietoa. Lopullinen aineisto rajautui vähitellen otsikoiden lukemisen, sitten tiivistelmän lukemisen ja lopuksi koko artikkelin lukemisen jälkeen. Tiedonhaku niillä sanoilla ja niistä tietokannoista, joista valittiin tutkimukset analysoitavaksi, on kuvattu liitteessä (Liite 1).

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset on esitelty liitetaulukossa (Liite 2). Kaikki tutkimukset olivat englannin kielisiä. Neljä tutkimuksista oli tehty USA:ssa, yksi Saksassa ja yksi Malesiassa. Tutkimukset on julkaistu vuosien 2009 - 2016 välillä. Katsaukseen valituissa tutkimuksissa on selvitetty työpaikoilla toteutettujen elintapoihin kohdistuvien interventioiden vaikutuksia työntekijöiden ylipainoon ja lihavuuteen ja niiden ehkäisyyn sekä ylipainoon olennaisesti liittyviin tekijöihin kuten vyötärön ympäräykseen, verenpaineeseen sekä liikunta- ja ravitsemustottumuksiin. Interventiot olivat hyvin erilaisia kestoiltaan ja sisällöltään, mutta tulokset olivat saman suuntaisia.

3.4.1 Elintapainterventioiden toteutus

Elintapainterventiot kestivät kolmesta kuukaudesta kahteen vuoteen. Pääosa interventioista oli puolen vuoden ja vuoden mittaisia, vain yksi interventio oli kolmen kuukauden mittainen ja yksi kahden vuoden mittainen. Lyhin oli Tanskassa terveydenalan työyksiköiden ylipainoisille työntekijöille toteutettu interventio, joka kesti kolme kuukautta (Christensen ym. 2011). Davis ym. (2014a) tutkivat Yhdysvalloissa energiayhtiön työntekijöille toteutettujen painonhallintaryhmien toteutusta. Yksi ryhmä kesti kuusi kuukautta ja tutkimukseen oli otettu useita kuuden kuukauden jaksoja viiden vuoden ajalta. Malesiassa yliopiston työntekijöille järjestetty interventio kesti

kahdeksan kuukautta (Siti, Foong, Mohd & Firdaus 2016). Vuoden ajan kestivät Saksassa toteutettu interventio logistiikkafirman työntekijöille (Mache ym 2015) sekä Yhdysvalloissa toteutetut interventio ylipainoisille (Salinardi ym. 2013) ja interventio sairaalan työntekijöille (LaCaille ym 2016). Selkeästi pidempi eli kahden vuoden mittainen oli Yhdysvalloissa opettajille toteutettu interventio (Siegel, Prelip, Erausquin & Kim 2009). Intervention pituudella ei ollut olennaista merkitystä painon alentumiseen tai elintapojen muutokseen.

Yhtä elintapainterventiota lukuun ottamatta, kaikki sisälsivät liikuntaneuvontaa ja/tai fyysistä harjoittelua. Salinardin ym. (2013) tutkimus oli ainoa, jonka elintapaintervention ohjelmassa ei ollut fyysistä harjoittelua. Se sisälsi vain ravitsemuksellista neuvontaa ja käyttäytymisen muutoksen ohjausta. Ohjausta annettiin ensimmäisen kuuden kuukauden ajan kolme kertaa kuukaudessa ja sen jälkeen kerran kuukaudessa loput kuusi kuukautta. Muissa interventioissa ohjelma sisälsi ravitsemusneuvontaa ja fyysistä harjoittelua. Christensenin ym. (2011) tutkimus kolmen kuukauden interventio sisälsi työpaikalla tapahtuvaa ravitsemusohjausta ja kehoa vahvistavia harjoituksia yhteensä tunnin viikossa sekä kognitiivisen käyttäytymisen harjoittelua. Davisin ym. (2014a) tutkimiin kuuden kuukauden painonhallintaryhmiin kuului 13 kertaa yksilöllistä ravitsemusneuvontaa, liikuntaharjoittelua, personal trainerin tapaaminen sekä jäsenyys liikuntasalille. Yliopiston työntekijöille toteutetun kahdeksan kuukauden intervalli sisälsi luentoja, ryhmätapaamisia ja henkilökohtaisia ohjeita sekä käytännön harjoittelua ja fyysistä harjoittelua, aluksi kerran viikossa ja sitten harvemmin (Siti ym. 2016). Logistiikka-alan työntekijöiden vuoden mittainen interventio sisälsi työaikana tapahtuvaa ravintoneuvontaa ryhmässä ja yksilöllisesti sekä fyysistä harjoittelua 30 - 60 minuuttia viikossa (Mache ym. 2015).

Kahden intervention ohjelma erosi selkeämmin muista. Neljän eri koulun opettajille toteutettu kahden vuoden intervention sisällön suunnittelussa käytettiin osallistavaa prosessia. Osallistujista muodostettiin vapaaehtoisten komiteat, jotka osallistujille toteutettujen kyselyiden pohjalta suunnittelivat ohjelman. Ohjelma sisälsi ravitsemuksellista ja liikunnallista ohjausta, mutta myös esimerkiksi stressin lievitystä ja kokouskursseja (Siegel ym. 2009.) Toinen eroava interventio oli LaCailen ym. (2016) toteuttama ekologisen lähestymistavan matalaintensiivinen interventio, jossa sairaalan työntekijöiden painon nousua pyrittiin estämään antamalla tietoa ja työkaluja sekä

vaikuttamalla sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön. Terveelliseen ravitsemukseen pyrittiin vaikuttamaan erilaisin työpaikalla toteutetuin ohjeistuksin, esimerkiksi tarjoamalla ruokalassa tietoa tuotteiden terveellisyydestä. Fyysistä aktiivisuutta pyrittiin lisäämään esimerkiksi kävelyreittejä lisäämällä. Osallistujat saivat käyttöönsä askelmitarin.

3.4.2 Elintapainterventioiden tulokset

Painon alenemista tai BMI:n pienentymistä tutkittiin kaikissa tutkimuksissa, mutta elintapojen muutosta tutkittiin kovin vaihtelevasti tai ei ollenkaan. Kaikissa interventioissa oli mitattu joko kehon painoa tai BMI:tä, mutta muiden mittareiden käyttö oli hyvin vaihtelevaa. Paino aleni tai BMI pieneni kuuden intervention myötä. Christensenin ym. (2011) kolmen kuukauden tutkimuksessa paino aleni keskimäärin 3,6 kg. Davis ym. (2014) kuuden kuukauden tutkimuksessa paino aleni 5,6 prosenttia. Sitin ym. (2016) kahdeksan kuukauden tutkimuksessa paino aleni kuusi prosenttia. Saliardin ym. (2013) 12 kuukauden interventiossa saavutettiin keskiarvoisesti 8 kg:n painon pudotus. Machen ym. (2015) 12 kuukauden tutkimuksessa todettiin painon alenuneen hieman. Siegelin ym. (2009) tutkimuksessa BMI pieneni. Yhdessä interventiossa painossa ei tapahtunut merkittävää pienemistä, mutta ei myöskään nousua (LaCaille ym. 2016).

Neljässä tutkimuksessa mitattiin fyysistä aktiivisuutta, yhdessä aerobista kuntoa ja lihasvoimaa. Yhdessä tutkimuksessa fyysinen aktiivisuus lisääntyi (LaCaille ym 2016) ja toisessa saavutettiin pientä kohennusta aerobisessa kunnossa (Christensen ym. 2011). Muissa tutkimuksissa fyysisessä aktiivisuudessa ei raportoitu tapahtuneen muutosta. Vaikka kaikki interventiot sisälsivät ravitsemukseen liittyvää neuvontaa, vain kahdessa tutkimuksessa mitattiin ruokailutottumusten muutosta. Ravitsemustottumusten kohentumisesta raportoitiin vain yhdessä tutkimuksessa (Mache ym. 2015). Viidessä tutkimuksessa oli mitattu vyötärön ympäristä ja neljässä verenpainetta. Lisäksi kahdessa tutkimuksessa mitattiin veriarvoja ja yhdessä kolesteroliarvoja. Yhdessä tutkimuksessa raportoitiin merkittävää kolesteroliarvojen kohentumista (Davis ym. 2014a) ja toisessa verenpaineen alenemista (Christensen 2011). Muita mittauksia olivat tiedon lisääntyminen, johon saatiin sitä mitanneessa tutkimuksessa parannusta

(LaGaille, 2016) sekä elämänlaatu, joka parani sitä selvittäneessä tutkimuksessa (Siti ym. 2016). Sydänsairauksien riskitekijät vähenivät tutkimuksessa, jossa sitä mitattiin (Salinardi ym. 2013).

Interventiot sisälsivät hyvin erilaisia ohjaustapoja. Ravitsemusneuvonnan, liikunnan ohjauksen sekä käyttäytymisen muutoksen ohjauksessa oli paljon eroavaisuuksia määrissä ja sisällöissä. Kovin erilaisilla menetelmiä ja erimittaisia interventioita oli käytetty ja tutkittu, joten ilmeisesti ei ole löytynyt selkeitä käytäntöjä vielä siitä, miten työikäisten elintapainterventioita kannattaisi toteuttaa työpaikoilla. Koska tutkimuksissa oli käytetty erilaisia mittareita, niiden tuloksia ei voi täysin vertailla. Aineistosta ei pysty osoittamaan tai nostamaan esille yksittäisiä muihin verrattuna erityisen onnistuneita ratkaisuja tai toimivia yhtenäisiä käytäntöjä, joilla olisi erityisen hyvä vaikutus painoon tai elintapoihin, mutta toisaalta useammalla interventiolla on saavutettu painon alenemista, joten niiden käytännöt ovat olleet vaikuttavia. Vaikka elintapoihin ei ole monessa tutkimuksessa saatu osoitettua merkittäviä muutoksia, on elintapoihin olennaisesti liittyvä paino kuitenkin alentunut kuudessa tutkimuksessa. Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa paino ei ollut alentunut interventioon osallistuneilla (LaCaille 2016). Tämän intervention toteutus erosi jonkin verran muista, sillä siinä oli pyritty vaikuttamaan pääasiassa työpaikan ilmapiiriin ja olosuhteisiin, joiden kautta tehtäisiin terveellisempiä valintoja. Tämän intervention myötä kävelyaktiivisuus lisääntyi sekä tietämys terveellisempiin elintapoihin johtavista keinoista parantuivat.

Työpaikoilla toteutetuilla ravitsemusneuvontaa ja fyysistä harjoittelua sisältävillä interventioilla voidaan pienentää ylipainoisten tai lihaviiden työntekijöiden painoa (Davis ym. 2014a; Mache ym. 2015; Siegel ym. 2010; Siti ym. 2016). Käyttäytymisen muutoksen ohjaus yhdistettynä fyysiseen harjoitteluun ja ravitsemusneuvontaan (Christensen ym. 2011) tai pelkkään ravitsemusneuvontaan (Salinardi ym. 2013) vähentää työntekijöiden painoa. Vastaavia tuloksia on raportoitu Anderssonin ym. (2009) systemaattisessa katsauksessa, jonka mukaan on vahvaa näyttöä siitä, että ravitsemusneuvontaa ja fyysistä harjoittelua sisältävillä interventioilla voidaan kontrolloida työntekijöiden ylipainoa ja lihavuutta.

Painon muutoksen lisäksi elintapainterventioiden vaikutuksia työntekijöiden terveyteen on tutkittu yksittäisillä eri mittareilla ja niissä on saavutettu yksittäisiä positiivisia

tuloksia. Elintapainterventioiden vaikutuksia ruokailutottumuksiin tai fyysiseen aktiivisuuteen ei ole tutkittu yhtenäisillä mittareilla, tai niiden positiivisia muutoksia ei ole pystytty osoittamaan valituilla mittareilla. Yksittäisillä elintapainterventioilla on saatu positiivisia tuloksia myös työntekijöiden kestävyyskunnossa (Christensen ym. 2011), kävelyaktiivisuudessa (LaGaille ym 2016) ja ruokailutottumuksissa (Mache ym. 2015). Tutkimuksissa todettiin myös, että työpaikoilla on paljon mahdollisuuksia vaikuttaa työntekijöiden painonhallintaan ja elintapoihin, sillä siellä vietetään paljon aikaa ja voidaan järjestää ryhmässä tapahtuvaa ohjausta sekä saada hyötyä sosiaalisesta kannustuksesta. (Salinardi ym. 2013.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida työpaikalla toteutetun elintapaintervention toteutusta. Tarkoituksena on tuoda esille vahvuuksia ja kehittämisalueita, joiden pohjalta työpaikalla toteutettavan elintapaintervention toteutusta voidaan kehittää ja toteuttaa myöhemmin entistä parempana.

Tavoitteena on tuottaa tietoa työpaikalla toteutetun elintapaintervention vaikutuksista sekä toteutuksen vahvuuksista ja kehittämisalueista.

Tutkimuskysymykset:

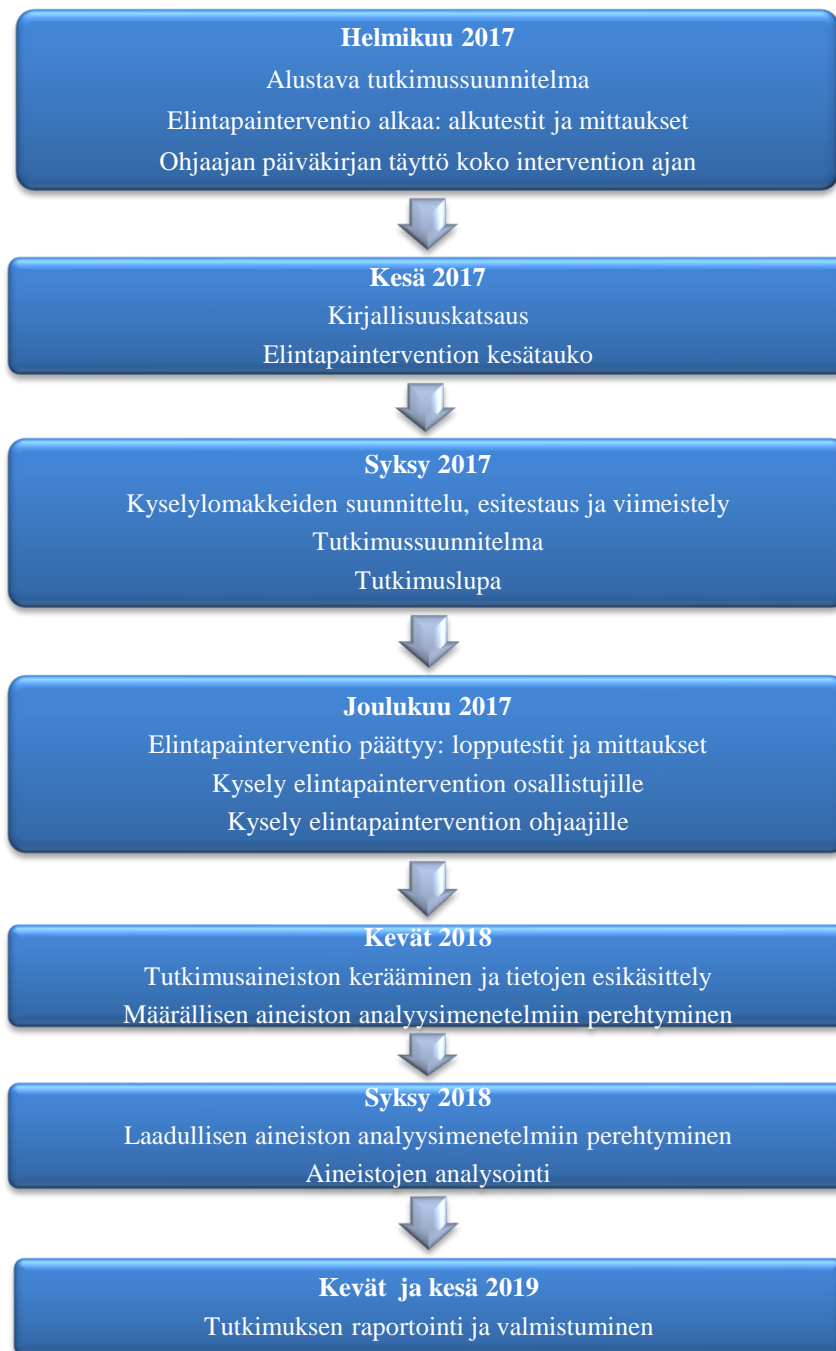
1. Minkälaisia vaikutuksia työpaikalla järjestetyllä elintapainterventiolla on ollut osallistujien elintapoihin?
2. Miten osallistujat kokevat työpaikalla järjestetyn elintapaintervention vaikuttaneen heidän elintapoihinsa ja työkykyynsä?
3. Minkälaisia vahvuuksia ja kehittämisalueita työpaikalla järjestetyssä elintapainterventiossa oli osallistujien kokemuksen mukaan
4. Minkälaisia vahvuuksia ja kehittämisalueita työpaikalla järjestetyssä elintapainterventiossa oli ohjaajien kokemuksen mukaan.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimuksen aikataulu määräytyy aluksi arvioitavan työpaikalla toteutetun elintapain-
tervention aikataulun pohjalta. Elintapainterventio alkaa helmikuussa 2017. Arvioin-
titutkimusta varten laaditaan tällöin alustava tutkimussuunnitelma. Elintapainterventio
kestää 10 kuukautta helmikuun 2017 lopusta joulukuun 2017 puoliväiin. Tutkimusta
varten tehdään kirjallisuuskatsaus kesän 2017 aikana. Arviointitutkimuksen tutkimus-
suunnitelma täsmentyy vuoden 2017 aikana, kun kirjallisuuskatsauksen pohjalta sekä
käytännön työstä elintapaintervention parissa nousee selkeämpi kuva siitä, minkälai-
nen tutkimus tukee parhaiten elintapaintervention arviointia. Virallinen tutkimussuun-
nitelma valmistuu marraskuussa 2017. Marraskuussa anotaan tutkimuslupa. Syksyn
2017 aikana laaditaan kyselylomakkeet osallistujille ja työntekijöille. Kyselylomak-
keet esitellään ja muokataan lopulliseen muotoonsa marraskuun alussa.

Tutkimuksen aineistoa kerätään elintapaintervention aikana sekä heti intervention
päättymisen jälkeen. Elintapaintervention alkutestit ja mittaukset tehdään intervention
alussa helmikuussa 2017. Intervention lopputestit ja mittaukset tehdään joulukuun
2017 aikana. Osallistujien ja työntekijöiden loppukyselylomakkeiden palautuspäivä
on tammikuun 2018 alussa. Ohjaajan päiväkirjaa täytetään koko elintapaintervention
keston ajan. Kaikki tutkimukseen liittyvä aineisto on kasassa tammikuun 2018 lo-
pussa. Kevään 2018 aikana tiedot esikäsitellään ja perehdytään määrällisen aineiston
analyysimenetelmiin. Syksyn 2018 ja talven aikana perehdytään laadullisen aineiston
analyysimenetelmiin. Syksyllä aletaan analysoida tutkimusaineistoa ja tuloksia pys-
yttään raportoimaan syksyn ja talven aikana. Lopullinen kirjoitustyö saadaan päätök-
seen vuoden 2019 keväällä. Kuviossa 1. on kuvattuna tutkimuksen etenemisen aika-
taulu.



Kuvio 1. Tutkimuksen eteneminen ja aikataulu

5.2 Monitahoarviointi

Arviointi tai evaluaatio tarkoittaa jonkin asian tai arvon määrittelyä (Robson 2001, 18). Toiminnan arvioinnin merkitys kasvaa jatkuvasti ja kehittämistyön arvioinnista on tullut välttämätöntä. Terveysten ja hyvinvointiin liittyvien interventioiden tuloksien mittaaminen voi olla haasteellista. Tässä tutkimuksessa arvioinnin tavoitteena on

tuottaa tietoa arvioitavasta kohteesta, jonka pohjalta toimintaa voidaan kehittää. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 139; Laitinen 2000, 3.) Arvioinnin metodologia valitaan aina tapauskohtaisesti. Arvioinnin tekijä rakentaa arviointitehtävään parhaiten sopivan arviointimallin. (Virtanen 2007, 138.) Toiminnan arviointi pitää suunnitella sen tavoitteet sekä tarpeet ja resurssit huomioiden. Arvioinnissa ei yleensä pystytä ottamaan huomioon kaikkia mahdollisia näkökulmia, vaan arviointiin liittyy aina valintojen tekeminen. Arviointikohde pitää rajata, määrittää pätevä tieto ja edunsaajat sekä valita tiedonkeruumenetelmät ja tiedon dokumentointitavat. Valinnat pitää tehdä näkyviksi ja perustella. (Kivipelto 2012, 13-14.) Arvioinnin tarkoitus ei ole arvostella, vaan tuoda esiin havaintoja, johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia arvioitavan kohteen vahvuuksista ja kehittämisalueista (Virtanen 2007, 25).

Laadullinen ja määrällinen tutkimusote esitellään usein vastakkaisina lähestymistapoina, mutta niitä yhdistämällä voidaan saada monipuolisempaa ja syvempää tietoa tutkimuksen kohteesta. Useamman tutkimusmenetelmän käyttöä voidaan kutsua triangulaatioksi, eli ilmiötä tarkastellaan useasta eri suunnasta. (McCaig 2010, 37; Metsämuuronen 2006, 134; Tuomi & Sarajärvi 2018, 78). Laadullista ja määrällistä tutkimusta yhdistävän mixed method research (MMR) käyttö on laajentunut 2000-luvulla. Määrittäjästä riippuen MMR voi liittyä monimenetelmälliseen tutkimukseen tai triangulaatioon. (McCaig 2010, 37; Tuomi & Sarajärvi 2018, 78-80). Monitahoarviointi (multidimensional evaluation) on Vartiainen (Vartiainen, Kentala & Ollila 2008, 3) kehittämä monipuolinen ja joustava tutkimusmenetelmä. Monitahomenetelmässä voidaan käyttää laadullista ja määrällistä aineistoa. Tässä tutkimuksessa päädyttiin soveltamaan työpaikalla toteutetun elintapaintervention arvioinnissa tutkimusmenetelmänä monitahoarviointia, sillä sen avulla on mahdollisuus saada laaja kuva arviointikohteen toiminnasta. (Vartiainen 2007, 170.)

Monitahoarviointi on kokonaisuus, joka pääasiassa muodostuu kuten normaali tutkimusprosessi, mutta se sisältää myös joitakin omaperäisiä näkökulmia (Vartiainen 2007, 158). Monitahoarviointi on arviointimenetelmä, jonka keskeinen periaate on arviointikohteen tarkasteleminen erilaisten arviointikokonaisuuksien ja intressiryhmien kautta (Vartiainen 2003, 8). Monitahoarvioinnissa kerätään ja analysoidaan mahdollisimman monipuolisia tietoja ja käytetään hyväksi osallistavan evaluaation periaatteita. Monitahoarvioinnissa avainryhmät ovat olennaisessa roolissa. Arviointiprosessiin

otetaan mukaan kaikki siihen oleellisesti liittyvät avainryhmät. Tietoa voidaan kerätä myös dokumenttien, tilastojen ja muiden olennaisten materiaalien avulla. Monitahoarvioinnissa otetaan huomioon myös arviointikohteen ja sen ympäristön välinen vuorovaikutus sekä arvioitavaksi kerättävän tiedon luonne. Olennaista on myös se, miten arviointikriteerit muodostetaan ja tulokset analysoidaan. (Vartiainen 2007, 152; Vartiainen 2003, 8-11.)

Monitahoarvioinnille keskeinen ominaisuus ovat arvolausekkeet, jotka muodostetaan arviointituloksista. Tuloksista muodostetaan konkreettiset arvolausekkeet, joiden avulla arviointituloksia pystytään paremmin hyödyntämään. Arvolausekkeiden tarkoitus on konkretisoida ja yksilöidä tutkimustulokset. Arvolausekkeiden avulla voidaan nostaa esiin ja painottaa arviointiprosessissa havaittuja positiivisia ja negatiivisia asioita. Varsinkin laadullisen aineiston konkretisoiminen arvolausekkeiksi auttaa tulosten omaksumisessa. Jos arviointiprosessista saatu tieto on laajaa ja tulokset monipuolisia, voidaan arvolausekkeet muokata kattavan yhteenvedon malliin. (Vartiainen 2007, 168-170.)

5.3 Työpaikalla toteutetun elintapaintervention monitahoarviointi

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapaintervention arvioinnissa oli mahdollista käyttää monipuolista aineistoa, joita olivat elintapaintervention alussa ja lopussa tehdyt mittaus ja testitulokset sekä usean eri avainryhmän tuottamat tiedot heidän kokemuksistaan, joten monitahoarviointi soveltui hyvin arviointimenetelmäksi. Taulukossa 4. on esitelty Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työpaikan elintapaintervention sovelletut monitahoarvioinnin peruseräkkeet.

Taulukko 4. Monitahoarvioinnin periaatteiden sovellus elintapaintervention arvioinnissa (mukailen Vartiainen 2007, 170).

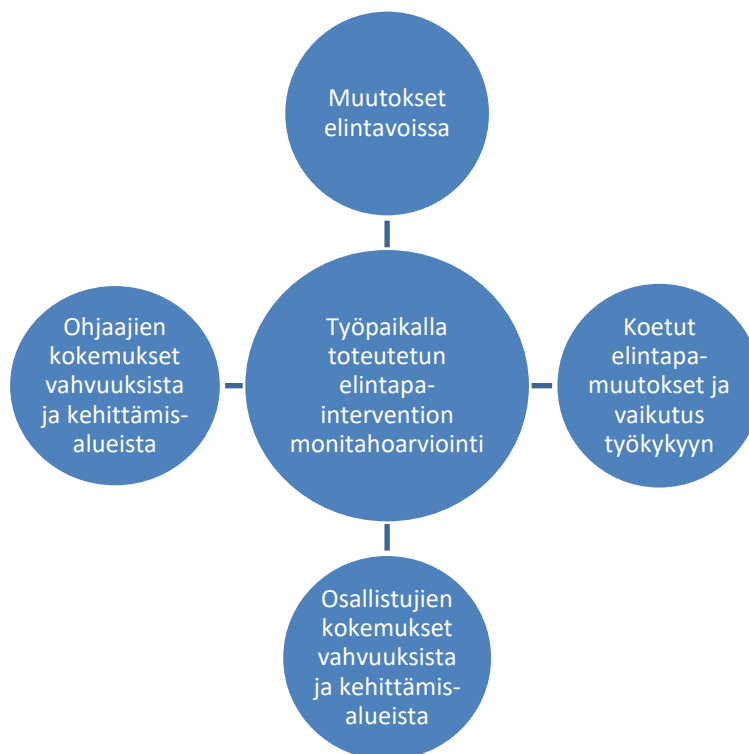
Prinsiippi	Ominaisuus	Tarkoitus
Avainryhmien rooli	Avainryhmien roolina on toimia arvioinnin pääasiallisina informaation lähteinä.	Selvittää osallistujien sekä ohjaajien kokemukset ja arviot elintapaintervention vahvuuksista ja kehittämisalueista

Menetelmien monipuolisuus	Sovelletaan kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä	Sovelletaan arviointiaseman ja -kohteen kannalta tarkoituksenmukaisia menetelmiä
Aineiston monipuolisuus	Kerätään monipuolista informaatiota arviointiasetelmaan perustuvalla tavalla	Tuottaa monipuolinen käsitys elintapaintervention vaikutuksista sekä elintapaintervention toteutuksen vahvuuksista ja kehittämistä vaativista asioista
Arviointikriteerien muodostaminen	Arviointikriteeristö muodostetaan uudelle työpaikalla toteutetulle elintapainterventiolle asetettujen tavoitteiden pohjalta	Kriteereiden avulla monipuolinen aineisto analysoidaan kuvaamaan vaikutuksia ja elintapaintervention vahvuuksia sekä tuomaan esille kehittämiskohteita
Arvolausekkeet	Konkretisoivat ja yksilöivät arviointitulokset selkeään muotoon sekä arvottavat elintapaintervention onnistumista arviointiprosessin näkökulmasta.	Parantavat tulosten omaksumista ja hyödynnettävyyttä.

Monitahoarvioinnissa olennaista on löytää arvioinnin toteuttamisen kannalta olennaiset avainryhmät. Avainryhmiin kuuluvat kaikki ne tahot, joilla on kiinnostusta arviointivaan kohteeseen tai sen toimintaan. Avainryhmät voivat olla luontaisia tai piileviä, ja ne löytyvät järjestelmällisellä kartoittamisella. Luontaisia avainryhmiä ovat yhteistyötahot, asiakkaat ja muut keskeiset tahot. Avainryhmillä voi olla hyvin erilaisia odotuksia arviointivaan toimintaa tai yritystä kohtaan, jolloin heidän kiinnostuksensa ja motiivinsa osallistua arviointiin vaihtelevat. Osallistumismotiivit voidaan jakaa yksilöllisiä motiiveja edustaviin sekä laajempia sosiaalisia tai instituutionaalisia motiiveja edustaviin. Yksilöllisiä motiiveja edustaviin avainryhmiin kuuluvat henkilöt, joille olennaista on, että arvioidaan heidän kannaltaan tärkeitä asioita. Tällaisia ovat esimerkiksi asiakkaat. Laajempia motiiveja edustavat avainryhmät ovat sosiaalisiin tai organisatorisiin ryhmittymiin kuuluvia, jotka haluavat varmistaa edustamiensa tahojen motiivien huomioimisen. Kaikkia avainryhmiä ei ole välttämättä järkevää ottaa mukaan arviointiprosessiin, vaan siihen kannattaa ottaa osalliseksi vain ne ryhmät, joilta saadaan kyseessä olevan arviointiprosessin kannalta olennaista tietoa. Arviointiasetelma toimii apuna avainryhmien valinnassa. (Vartiainen 2007, 152-157, 160.)

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapaintervention arvioinnin avainryhmiksi valittiin elintapaintervention osallistuneet asiakkaat (n=16) sekä intervention vastaavat ohjaajat psykologi, ravitsemusterapeutti ja työterveyshoitaja (n=3) sekä fysioterapeutti (n=1). Elintapaintervention vastaaviksi ohjaajiksi laskettiin henkilöt, jotka olivat ohjanneet useamman ryhmäkerran tai joilla uskottiin olevan olennaista tietoa elintapoihin kohdistuneen intervention vahvuuksista ja kehittämisalueista. Psykologi piti viisi luento/keskusteluryhmää. Ravitsemusterapeutti piti kaksi ohjauskertaa. Työterveyshoitajalla oli vain yksi ohjauskerta, mutta hänen kanssaan oltiin yhteydessä ryhmän ideointivaiheessa ja hän oli suositellut osallistujia interventioon. Fysioterapeutti ohjasi lähes kaikki liikuntakerrat, oli mukana alku- ja lopputestauksissa sekä osallistui mahdollisuuksien mukaan myös psykologin luennoille. Fysioterapeutti täytti koko elintapaintervention ajan ohjaajan päiväkirjaa. Avainryhmiltä kerätyn tiedon hankinnan kuvaus myöhemmin kappaleessa aineistojen hankinta.

Avainryhmiltä saatava tieto on aina heidän tulkintansa todellisuudesta, sillä se perustuu heidän kokemuksiinsa tai näkemyksiinsä arvioinnin kohteesta. Avainryhmiltä saatu tieto ei siis vastaa objektiivista totuutta, vaan on aina tulkintaa todellisuudesta. (Vartiainen 2007, 157-158.) Arviointiasetelma luodaan monitahoarvioinnin lähestymistapoja yhdistämällä niin, että se sopii tutkittavaan ilmiöön (Vartiainen 2003, 10). Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöille toteutetun elintapaintervention monitahoarvioinnin arviointiprosessi muodostettiin kuvion 2. kaltaiseksi kokonaisuudeksi.



Kuvio 2. Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapaintervention arviointiasetelma

Monitahoarvioinnin arviointikriteeristö muodostetaan niin, että se tuottaa olennaista tietoa tutkimusongelmien ratkaisemiseksi. Arviointikriteerit pitää muodostaa konteksti- ja substanssitekijät huomioon ottaen, jotta se mahdollistaa toiminnan syvällisen arvioinnin. Monitahoarviointiin osallistuvat avainryhmät kannattaa osallistaa arviointikriteerien muodostamiseen, sillä usein avainryhmillä on laaja ymmärrys arvioitavasta toiminnasta. (Vartiainen 2007, 163.) Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapaintervention arviointikriteerit perustuvat elintapainterventiolle asetettuihin tavoitteisiin. Avainryhmistä arviointikriteerien muodostamiseen osallistui vain fysioterapeutti, sillä hän oli eniten perehtynyt arvioitavaan ilmiöön. Hän myös suoritti arvioinnin. Elintapaintervention arviointikriteeristö on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Elintapaintervention arviointikriteeristö

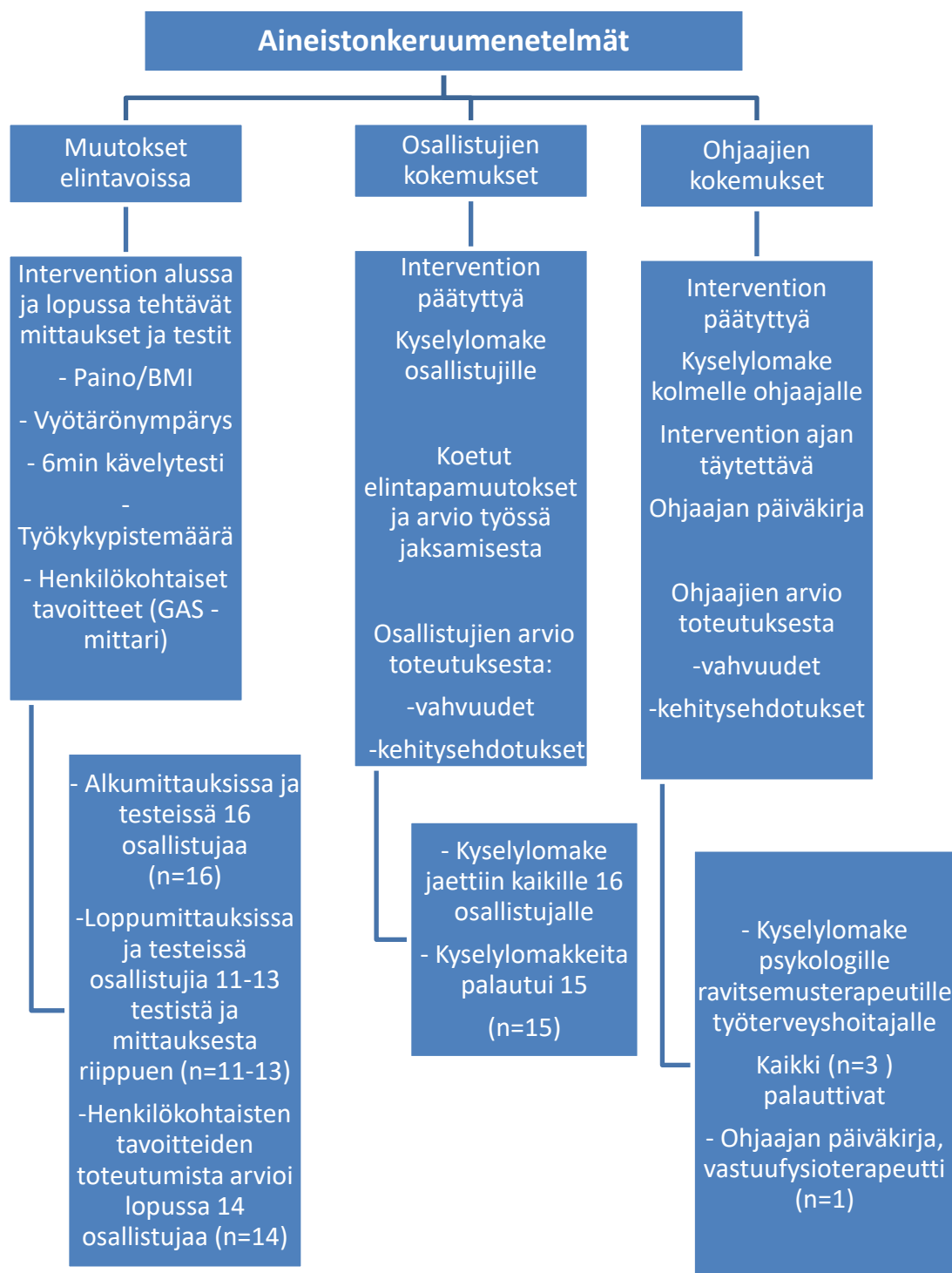
Arvioinnin alue	Arviointikriteeri	Kriteerin tarkennus
Elintavat	Mittaus ja testitulokset elintapaintervention alussa ja lopussa	Arvioidaan elintapojen muutosta. Verrataan alun ja lopun tuloksia. Analysoidaan elintapaintervention vaikutusta osallistujien elintapoihin (kestävyyskuntoon, painoon, vyötärön ympäräykseen ja henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumiseen)
Koetut elintavat ja työkyky	Osallistujien arvio elintapojen muutoksesta, ruokailutottumuksista, painonhallinnasta ja liikunnan harrastamisesta sekä arvio työkyvystä ja työssä jaksamisesta	Analysoi elintapaintervention osallistumisen vaikutusta elintapojen muuttamiseen, painonhallintaan ja liikunnan harrastamiseen sekä koettuun työkykyyn ja työssä jaksamiseen
Elintapaintervention toteutus	Osallistujien kokemus elintapaintervention toteutuksesta	Analysoi elintapaintervention toteutuksen vahvuuksia ja kehittämisalueita
Elintapaintervention toteutus	Ohjaajien kokemus elintapaintervention sisällön sopivuudesta tavoitteisiin verrattuna	Analysoi elintapaintervention toteutuksen soveltuvuutta tavoitteisiin nähden, tuo esille vahvuuksia sekä kehittämisalueita

5.4 Aineistojen hankinta

Tutkimusasetelma ja arviointikriteerit muodostavat monitahoarvioinnin aineiston keuruun lähtökohdat. Jos monitahoarvioinnissa käytetään arviointikriteeristöä, jossa sovelletaan kvantitatiivista ja kvalitatiivista tietoa, pitää aineistoa kerätä sen mukaisesti monella tavalla. Monitahoarvioinnin aineistoa voidaan kerätä tilastoista, dokumenteista, sekä kyselyillä ja haastatteluilla. Useista eri lähteistä kerätyn aineiston avulla arvioivasta ilmiöstä saadaan monitahoinen kuva. (Vartiainen 2007, 166-167, 171.)

Työpaikalla toteutetun elintapaintervention aineistot kerättiin kolmella eri tavalla. Elintapojen muutosta mittaavat tulokset saatiin elintapaintervention alussa ja lopussa suoritetuista mittaus ja testituloksista. Avainryhmien eli osallistujien ja ohjaajien kokemukset toteutuksen vahvuuksista sekä kehitysehdotuksista kerättiin kyselylomakkeilla ja ohjaajan päiväkirjalla. Elintapaintervention osallistuneiden kokemukset kerättiin erikseen suunnitellulla kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Elintapaintervention osallistuneiden ohjaajien kokemukset

kerättiin erillisellä ohjaajille suunnitelluilla kyselylomakkeilla sekä vastuufysioterapeutin täyttämän ohjaajan päiväkirjan avulla. Ohjaajat arvioivat elintapainervention tavoitteiden toteutumista sekä kehittämisalueita kyselyllä, jossa oli avoimia kysymyksiä. Fysioterapeutin ohjaajan päiväkirja sisälsi avoimia kysymyksiä. Aineistonkeruumenetelmät on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Aineistonkeruumenetelmät

5.4.1 Elintapaintervention alussa ja lopussa tehdyt mittaukset ja testit

Elintapaintervention alussa eli helmikuussa 2017 ja lopussa eli joulukuussa 2017 tehdyt mittaukset ja testit valittiin sen pohjalta, että ne olisivat yksinkertaisia toteuttaa ja toistaa sekä kuvaisivat 10 kuukauden elintapaintervention vaikutuksia ja muutoksia elintavoissa. Ravitsemustottumusten muutosta ei mitattu ravitsemukseen liittyvillä määreillä, vaan elintapojen muutoksen mittariksi valittiin paino. Painon mittaamisen koettiin olevan yksinkertainen tapa selvittää syömisen ja liikkuminen suhteen muutosta, sillä ylipaino johtuu energiansaannin ja energiankulutuksen epätasapainosta (Pietiläinen 2015a, 42). Lisäksi haluttiin mitata työkykyä sekä henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumista. Työkyvyn mittariksi valittiin yksinkertainen ja nopeasti toteutettava testi. Henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumista mitattiin GAS -menetelmän viisiportaisella asteikolla.

Paino ja BMI

Ylipainoa ja lihavuuden astetta voidaan arvioida parhaiten mittaamalla ylimääräisen rasvan määrää. Rasvamäärän arvioimiseksi on kehitetty useita erilaisia menetelmiä, mutta ne ovat hankalia, kalliita ja epätarkkoja, joten kliinisessä työssä käytetään usein painon ja pituuden suhdetta. (Fogelholm & Kaukua 2013, 423.) Painon ja pituuden perusteella laskettava painoindeksi on yleisin ja helppokäyttöinen lihavuuden asteen mittari (Pietiläinen 2015b, 28). Kehon painoindeksin on todettu olevan hyvä suhteellisen painon mittari, koska sillä on vahva yhteys kehon rasvakudoksen määrään (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013). Elintapaintervention alussa mitattiin paino ja pituus, sekä laskettiin painoindeksi eli BMI. Lopputesteissä mitattiin paino ja myös raportoitiin muutokset painossa, sillä painonhallinnan tavoitteena ei kovin monella osallistujalla ollut niin iso painonpudotus, että se näkyisi painoindeksillä mitattuna.

Vyötärönympäryys

Rasvakudoksen määrän mittaamisen lisäksi on olennaista mitata, miten rasvakudos on jakautunut. Rasvakudoksen jakautumisen mittauksessa käytetään yleisesti vyötärönympärystä. (Fogelholm & Kaukua 2013, 424.) Vyötärönympärystä mittaamalla saadaan karkea arvion vatsaonteloon ja sisäelimiin kertyneestä rasvasta. Sen mittaaminen on olennaista sillä vyötärölihavuus lisää huomattavasti lihavuuteen liittyvien sairauksien vaaraa. (Pietiläinen 2015b, 33.) Vatsaonteloon ja sisäelimiin kertynyt

liiallinen rasvakudos on vaarallisempaa terveydelle kuin esimerkiksi lantiolle ja reisiin kertyvä ihonalainen rasva, sillä se on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013). Vyötärön ympäryys mitattiin elintapaintervention alussa ja lopussa. Vyötärön ympärystä mitattiin myös intervention aikana, jos osallistujat kokivat sen tukevan henkilökohtaisia tavoitteita.

Kuuden minuutin kävelytesti

Fyysisillä kuntotesteillä on hyvä muutosherkkyys. Ne kuvaavat suorituskykyä ja ennustavat terveyden ja toimintakyvyn muutoksia. (Suni & Husu 2012, 47.) Fyysisen kunnan testauksissa mitataan yleisimmin kestävyysominaisuuksia. Kestävyys tarkoittaa elimistön kykyä vastustaa väsymistä fyysisen kuormituksen aikana. Kestävyysominaisuuksia on käytännöllistä mitata kenttätesteillä, sillä ne ovat helppoja ja halpoja toteuttaa. (Keskinen 2013, 111-113.) Kestävyysominaisuuksien mittaamiseen valittiin kuuden minuutin kävelytesti (6-Minute Walk Test). Kuuden minuutin kävelytesti on kehitetty Cooperin 12-minuutin testistä, joka ennustaa maksimaalista hapenottokykyä terveillä henkilöillä. Kävelyaika on vähennetty puoleen, jotta se soveltuu myös henkilöille, joille 12 minuuttia on liian rasittava. Kuuden minuutin kävelytesti on melko nopea suorittaa ja sen toistettavuus on hyvä. (American Thoracic Society 2002, 111.) Testin on todettu olevan luotettava työikäisten aikuisten maksimaalisen aerobisen tehon arviointimenetelmä (Mänttari 2012, 230). Testi soveltuu kunnan arvioimiseen sekä interventioiden vaikutusten arviointiin. Testissä kävellään kuuden minuutin aikana mahdollisimman pitkä matka. Matka metreinä on testin ensisijainen muuttuja. Sen lisäksi on suositeltavaa mitata myös sykettä ja kuormittuneisuutta. (Toimia -tietokanta 2011-2014a.) Intervention alussa ja lopussa tehtiin kuuden minuutin kävelytesti. Testeissä mitattiin myös sykettä ja kuormittuneisuutta, mutta kestävyyskuntoon muutoksen osoittimeksi valittiin tämän tutkimuksen raportissa kävelymatka metreinä.

Työkykypistemäärä

Työkykypistemäärä soveltuu työikäisten työkyvyn arviointiin ja muutosten havaitsemiseen. Työkykypistemäärä on ensimmäinen osio Työkykyindeksistä, mikä on Työterveyslaitoksen kehittämä apuväline työkyvyn arvioinnin, seurannan ja työkykyä ylläpitävien toimien käynnistämiseen. (Toimia -tietokanta 2011-2014b.) Työkykypistemäärän on todettu olevan käyttökelpoinen vaihtoehto koko työkykyindeksin käyttämiselle. Työkykypistemäärän on todettu ennustavan sairauspoissaolojen astetta ja

terveyteen liittyvää elämänlaatua ainakin naisilla. (Ahlstrom, Grimby-Ekman, Hagberg & Dellve 2010, 404.) Työkykypistemäärä on nopea ja toistettava testi, jossa omaa työkykyä arvioidaan asteikolla 0-10 (Toimia -tietokanta 2011-2014b). Työkykypistemäärää kysyttiin elintapaintervention alussa ja lopussa.

Henkilökohtaiset tavoitteet, GAS-menetelmä

Goal Attainment Scaling eli GAS-menetelmä on kehitetty alun perin kuntoutuksen tavoitteiden määrittämisen ja arvioinnin välineeksi, mutta sitä on käytetty myös erilaisien interventioiden vaikuttavuuden arvioinnissa. GAS-menetelmän avulla laaditaan henkilökohtaiset tavoitteet, joiden toteutumista voidaan tarkastella yksilö- tai ryhmätasolla tilastollisia menetelmiä käyttäen. Tavoitteet ovat asiakaslähtöisiä ja perustuvat kokonaisvaltaiseen tilanteen selvittämiseen. Ne laaditaan GAS-menetelmäkoulutuksen saaneen ammattilaisen ja asiakkaan yhteistyöllä. (Laukkala, Tuomi & Sukula 2015, 11-12.) Tavoitteille määritellään aikataulu sekä selkeät muutosta kuvaavat kriteerit viisiportaisella asteikolla. Viisiportainen asteikko sisältää tavoitetason sekä sitä heikommät vaihtoehdot ja tavoitetta paremmat vaihtoehdot. Asteikko on -2, -1, 0, +1 ja +2. Asteikossa keskellä on tavoitetaso, mikä on ns. 0 taso. Huomattavasti odottamaani huonompi taso on -2, odottamaani jonkin verran huonompi on -1. Jonkin verran odottamaani parempi on +1 ja huomattavasti odottamaani parempi on +2. (Sukula & Vainiemi 2015, 13-15.) Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapainterventioon osallistuneet laativat henkilökohtaiset tavoitteet yhteistyössä fysioterapeutin kanssa. Testien ja mittauksen sekä henkilökohtaisessa keskustelussa esille tulevien asioiden pohjalta laadittiin tavoitteet, joita tarkastettiin ja päivitettiin elintapaintervention aikana sekä arvioitiin onnistumista lopussa.

5.4.2 Kyselylomake osallistujille

Kyselylomake on mittausväline, jota voidaan soveltaa moneen eri tarkoitukseen. Kyselyn mittarit voidaan rakentaa itse tai käyttää valmiita jo aikaisemmin tehtyjä mittareita. Valmiit mittarit eivät kuitenkaan aina toimi yhtä hyvin toisenlaisessa yhteydessä. (Vehkalahti 2014, 11-12.) Itse tehdyn kyselylomakkeen muodostamiseen ei ole olemassa tarkkoja sääntöjä, mutta kirjallisuudesta löytyy yleisiä ohjeita. Kyselylomakkeen ja kysymysten muoto vaikuttaa olennaisesti tutkimuksen onnistumiseen.

Kyselylomakkeen tulee olla selkeä ja yksinkertainen täyttää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 198-203.) Hyvässä kyselylomakkeessa kysytään sisällöllisesti oikeanlaisia kysymyksiä siten, että ne voidaan tilastoida järkevällä tavalla. Mittarien laatiminen vaatii vahvaa ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön tunteva tutkija on avainasemassa määritellessä mittareita, mutta tilastotieteilijän ammattitaitoa kannattaa hyödyntää arvioitaessa sitä, millä tavalla mittaaminen kannattaa suorittaa. (Vehkalahti 2014, 12, 20.)

Länsi-Suomen Diakonilaitoksen työntekijöiden elintapaintervention loppuarviointia varten laadittiin loppukyselylomakkeet osallistujille (LIITE 3) ja ohjaajille (LIITE 4). Loppukyselylomakkeet päädyttiin laatimaan itse, koska vastaajilta haluttiin saada arviot juuri kyseisen elintapaintervention tavoitteiden toteutumisesta. Loppukyselylomake osallistujille sekä ohjaajille muodostettiin elintapaintervention arviointikriteerien pohjalta. Osallistujien kyselylomakkeen kysymykset muodostettiin suoraan elintapaintervention tavoitteista. Ohjaajien kyselylomakkeessa tavoitteet esiteltiin lomakkeen alussa. Aikataulullisista syistä tilastotieteilijän ammattitaitoa ei ollut mahdollista hyödyntää kyselylomakkeita tehdessä, mutta suunnittelussa hyödynnettiin apuna alan kirjallisuutta sekä ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämistöissä käytettyjä samankaltaisia kyselylomakkeita. Kyselylomakkeita työstettäessä kysymyksiä ja mittareita muodostaessa saatiin apua opiskelu- ja työkavereilta. Kyselylomakkeen valmistelussa on välttämätöntä tarkistaa toimivuus esitutkimuksella eli kokeilemalla lomaketta käytännössä (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Lähes valmiit kyselylomakkeet esiteltiin henkilöillä, jotka työskentelevät osallistujien kanssa samoissa työtehtävissä ja ovat osallistuneet aikaisemmin työhyvinvointi kohentaviin ryhmiin. Sen jälkeen kyselylomakkeet muokattiin valmiiseen muotoon.

Kyselylomake voi sisältää avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Avoimeen kysymykseen vastataan vapaamuotoisesti omin sanoin. Strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi eli ne ovat ns. monivalintakysymyksiä. Kyselylomake voi sisältää myös kysymyksiä, joihin vastataan erilaisilla asteikoilla. Vastaaja valitsee asteikolla, kuinka voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä. Strukturoidut vastaukset selkiyttävät mittaamista ja vastauksia voidaan mielekkäästi vertailla. Avointen kysymysten sanalliset vastaukset ovat työlämpiä käsitellä, mutta niistä voidaan saada tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, kun vastaaja voi kertoa täsmällisesti

mielipiteensä. (Hirsjärvi ym. 2009, 199-201; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2013, 114; Vehkalahti 2014, 24-25.)

Elintapainterventioon osallistujien kyselylomake sisälsi sekä avoimia että strukturoituja ja asteikkollisia kysymyksiä. Elintapaintervention tavoitteet esitettiin väittäminä. Kysymysten on oltava selkeitä eikä väite saa sisältää samanaikaisesti useita asioita (Vehkalahti 2014, 23). Elintapaintervention tavoitteet jaettiin osiin niin, että jokainen kysymys sisälsi vain yhden väitteen. Asteikkoon perustuvassa kysymystyypissä esitetään väittämä ja vastaaja valitsee, kuinka voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä. Yleisin kyselytutkimuksissa käytetty järjestelyasteikko on Likertin asteikko. Likertin asteikot ovat yleisimmin 5- tai 7 portaisia, joissa tyypilliset ääripäät ovat ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Likertin asteikossa keskimäinen vaihtoehto on neutraali. (Vehkalahti 2014, 35; Hirsjärvi ym. 2009, 200.) Vaikka yleensä on tapana tarjota neutraali vastausvaihtoehto, voidaan joissain kyselyissä odottaa vastaajien ottavan kantaa (Vehkalahti 2014, 36). Elintapainterventioon osallistujien kyselylomakkeessa väitteisiin pyydettiin vastaamaan neliportaisella asteikolla, joka sisälsi vastausvaihtoehdot: ”täysin eri mieltä”, ”osittain eri mieltä”, ”osittain samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”.

Tilan säästämiseksi kyselylomakkeeseen muodostetaan usein peräkkäin sarja väitteitä. Kun valmiiden vastausvaihtoehtojen perään esitetään avoin kysymys, saadaan esiin uusia näkökulmia. (Hirsjärvi ym. 2009, 199.) Elintapaintervention loppukyselylomakkeessa muutaman väitteen jälkeen pyydettiin perustelemaan strukturoituja vastauksia halutessaan sanallisesti, mutta varsinkin jos vastaaja oli eri mieltä väittämien kanssa, jotta saataisiin kehitysehdotuksia siitä, miksi vastaaja koki, ettei tavoitteeseen päästy. Kyselylomake sisälsi myös yhden avoimen ja strukturoidun kysymyksen yhdistelmän, jossa oli aluksi monivalintakysymys, jossa oli neljä valmista sanallista vaihtoehtoa sekä avoin vastausvaihtoehto jos valmiit vaihtoehdot eivät sopineet. Kyselylomakkeen lopussa oli vielä avoin kysymys, jossa oli mahdollisuus antaa palautetta omien näkemysten mukaisesti.

5.4.3 Kyselylomake ohjaajille

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapaintervention ohjaamisesta vastanneille ohjaajille muodostettiin oma loppukyselylomake. Siinä päädyttiin käyttämään pelkästään avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset ovat välttämättömiä, jos vaihtoehtoja ei ole mahdollista luetella tai niitä ei haluta rajata. Avoimista vastauksista saadaan tietoja, jotka voisivat jäädä muuten huomaamatta. (Vehkalahti 2014, 36.) Ohjaajien kyselylomakkeen avulla pyrittiin saamaan ohjaajien kokemukset ja mahdolliset kehitysehdotukset esille. Kyselylomakkeen alussa esiteltiin elintapaintervention tavoitteet ja pyydettiin ohjaajia arvioimaan oman osuuden sopivuutta tavoitteisiin nähden. Kyselylomakkeen lopussa oli elintapaintervention ohjelma liitteenä, jotta siitä pystyi varmistamaan kokonaisuohjelman ja jokaisen ohjaajan oman osuuden suhteessa kokonaisuuteen. Toisella avoimella kysymyksellä toivottiin mahdollisia kehitysehdotuksia. Elintapaintervention ohjaajien loppukyselylomake toimitettiin ravitsemusterapeutille, psykologille ja työterveyshoitajalle.

5.4.4 Ohjaajan päiväkirja

Tutkimuksen aineistona voidaan käyttää myös päiväkirjaa. Päiväkirjaa voidaan täyttää vastaamalla hyvinkin spesifeihin kysymyksiin tai täysin avoimesti. Päiväkirja on eräänlainen kyselylomake, joka täytetään avoimilla vastauksilla. (Hirsijärvi ym. 2009, 219.) Koska tutkija osallistui suurimpaan osaan intervention tapahtumista, tuntui mielekkäältä kirjata muistiin näillä kerroilla esiin nousseita havaintoja, palautetta ja kehittämideoita. Tutkijan päiväkirja haluttiin muodostaa niin, että toiminnan kehittämiseen vaikuttavat asiat tulisivat mahdollisimman hyvin esiin. Päiväkirjan kirjoittamiseen tarvitaan havainnointia. Kun tutkija osallistuu toimintaan, puhutaan osallistuvasta havainnoinnista. (Kananen 2014, 80-81.) Havainnoinnin tavoitteena on koota tietoa tutkittavasta toiminnasta sen omassa ympäristössä. Hyvin suunniteltu havainnointilomake auttaa keräämään tietoa järjestelmällisesti. (Ronkainen ym. 2013, 115.) Päiväkirjan avulla tutkija voi myös pohtia ja arvioida omaa toimintaansa (Kananen 2014, 83). Tutkijan päiväkirjasta käytetään tässä nimeä ohjaajan päiväkirja, sillä tutkija oli yksi elintapaintervention ohjaajista. Ohjaajan päiväkirja (LIITE 5) muodostettiin vastaamalla jokaisen osallistumiskerran jälkeen avoimiin kysymyksiin: ”havainnot?”,

osallistujilta tullut palaute?”, ”ohjaajan arvio, mikä oli hyvää ja mikä kehitettävää?” sekä ”ohjaajan kokemukset?”.

5.5 Aineistojen analyysi

Tutkimuksen aineiston analyysin tarkoituksena on muodostaa selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Aineistoa voidaan analysoida monella eri tavalla, mutta olennaista on valita analyysitapa, jonka avulla saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin (Hirsijärvi ym. 2009, 224). Tutkimuksen aineisto sisälsi määrällistä ja laadullista aineistoa, joten aineiston analyysissa sovellettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusotetta. Laadullinen ja määrällinen tutkimusote esitellään usein vastakkaisina lähestymistapoina, mutta niitä yhdistämällä voidaan saada monipuolisempaa ja syvempää tietoa tutkimuksen kohteesta (McCaig 2010, 37; Metsämuuronen 2006, 134; Tuomi & Sarajärvi 2018, 78). Kun tutkimuksessa yhdistetään määrällistä ja laadullista aineistoa, voidaan se toteuttaa esimerkiksi käsittelemällä aineistot ensin erillisinä tuloksina ja yhdistämällä loppuvaiheessa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 80).

5.5.1 Määrällisen aineiston analyysi

Monitahoarvioinnissa määrällistä aineistoa analysoitaessa käytetään soveltaen yleisiä kvantitatiivisen aineiston analysoinnin toimintaperiaatteita. Monitahoarvioinnin analyysiprosessissa kyselytutkimuksen analyysiin sovelletaan yleisiä kyselytutkimuksen analyysiperiaatteita. (Vartiainen 2007, 168.) Määrällisen aineiston analyysin perustana on tietojen perusteellinen esikäsittely. Aineistoon on hyvä tutustua tallentamalla tiedot ja piirtämällä kuvia, tekemällä taulukoita ja tutkimalla tunnuslukuja. (Vehkalahti 2014, 36.) Määrällinen tutkimusaineisto tiivistetään taulukoiksi ja tunnusluvuiksi syöttämällä ne tilasto-ohjelmaan (Kananen 2015, 100-101).

Kuten Vehkalahti (2014, 51) ja Vilkka (2007, 111, 114) ohjeistavat, kyselylomakkeet numeroitiin, ja syötettiin taulukoksi Exel-*taulukkolaskentaohjelmaan*. Taulukko, johon kaikki aineiston havainnot syötetään, on nimeltään *havaintomatriisi*. Havaintomatriisissa yhden vastaajan kaikki mittaus- ja testitulokset ovat samalla vaakarivillä.

Pystysarakeissa näkyvät allekkain kaikkien osallistujien tulokset. Osallistujien kyselylomakkeen määrälliset vastaukset syötettiin toiseen havaintomatriisiin. Aineiston analysoinnissa käytettiin Exelin Tixel 10-taulukkolaskentaohjelmaa. Aineistosta muodostettiin graafisia pylväitä, joiden avulla tulosten tarkastelu ja mahdolliset muutokset olisivat yksinkertaista hahmottaa. Mittaus- ja testitulokset kuvattiin niin, että voidaan vertailla alku- ja lopputilanteen tuloksia ja niiden muutoksia. Alkutesteihin ja mittauksiin osallistui 16 henkilöä. Lopputesteihin ja mittauksiin osallistui 11-13 henkilöä. 11 henkilöä osallistui kaikkiin lopputesteihin ja mittauksiin, kaksi henkilöä osallistui loppussa vain osaan mittauksista ja testeistä.

Tutkimustuloksista kirjoitetaan sanallien tulkinta ja kuvioista nostetaan esille tutkimuksen kannalta olennaisimpia tuloksia. Määrälliset tulokset tulisi esittää aina prosenttiluvuista, jotta tulokset pystytään yleistämään. (Kananen 2015, 101-104.) Tuloksia tarkasteltiin aluksi prosentuaalisina tuloksina ja niiden yhteenveto on kerrottu sanallisesti. Tutkittavan ryhmän ollessa pieni ja tulosten hyvin erilaisia eri osallistujilla, päädyttiin kuviot mittauksien ja testien tuloksista esittämään niin, että kuviossa näkyy jokaisen osallistujan alku ja lopputilanne. Tämä tyyli tuntui tuovan erot parhaiten esille. Henkilökohtaisten tavoitteiden GAS-mittarilla kerätyt tulokset on esitelty vain sanallisesti.

Osallistujille tehdyllä loppukyselyllä haettiin vastausta siihen, miten elintapainterventiolle asetetut tavoitteet olivat toteutuneet osallistujien arvioimana. Tavoitteet oli jaettu osiin väittämiksi, jotta jokaisen tavoitteen osia pystyttiin tarkastelemaan. Osallistujien loppukyselyn palautti 15 henkilöä. Kyselyn määrällisestä aineistosta muodostettiin graafiset pylväät kuvaamaan vastausten prosentuaalista jakautumista. Elintapaintervention tavoitteita kuvaavien väittämien vastaukset kuvattiin aihealueittain. Jokaisen kysymyksen vastaukset kuvataan vaakasuuntaisin palkein. Vaakapalkeista näkyy, miten väittämiin on vastattu, eli prosentuaalisesti kuinka moni on ollut täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, osittain samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Sanallisessa tulkinnassa on pyritty nostamaan esille olennaisimpia tuloksia. Osassa tuloksista on kerrottu prosenttilukujen lisäksi tai niiden sijaan vastaajien lukumäärä, koska sen uskottiin kuvaavan hyvin tulosten suhdetta, esimerkiksi jos vain yksi vastaaja oli eri mieltä muiden kanssa.

5.5.2 Laadullisen aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysin tavoitteena on muodostaa hajanaisesta aineistosta mielekäästä, selkeää ja yhtenäistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi on melko yksinkertainen laadullisen aineiston analyysin metodi, jonka avulla tutkittavasta ilmiöstä pyritään muodostamaan tiivistetty ja selkeä kuvaus. Sisällön analyysin menetelmällä kirjallista materiaalia voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, eli siinä tekstille etsitään merkityksiä. Aineisto hajotetaan aluksi osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysin myötä saadaan selkeys aineistoon, mikä mahdollistaa selkeät ja luotettavat johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117, 122.)

Laadullista aineistoa saatiin osallistujille ja ohjaajille laaditun kyselylomakkeen avoimista vastauksista sekä ohjaajan päiväkirjasta. Aluksi laadullinen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin (Hirsijärvi ym. 2009, 222). Osallistujien kyselyn avoimista vastauksista saatiin kolme sivua tekstiä, kun erilliset lauseet kirjoitettiin luettelomaisesti allekkain käyttäen riviväliä 1, kirjaisinkokoa 12 ja Times New Roman -fonttia. Ohjaajien vastauksista saatiin yksi sivu tekstiä. Ohjaajan päiväkirjan merkinnöistä kertyi kaksi ja puoli sivua tekstiä, kun erilliset lauseet kirjoitettiin allekkain.

Laadullinen aineisto voidaan analysoida kolmella eri tavalla: aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriasidonnaisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus aineistosta nousevista havainnoista, ilman sovittuja analyysiyksiköitä. (Kananen 2015, 93; Tuomi & Sarajärvi 2018, 108.) Kun aineistot on kirjoitettu puhtaaksi, siihen perehdytään lukemalla. Sitten aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Pelkistetyt ilmaukset listataan allekkain. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Sen jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään ja muodostetaan alaluokat. Aineiston ryhmittelyn jälkeen se abstrahoidaan eli käsitteellistetään. Alaluokista muodostetaan yläluokat. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Alkuperäisistä kielellisistä ilmauksista edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123-124.)

Aineisto jaettiin ensin erillisille sivuilleen niin, että osallistujien vastaukset kerättiin omaksi kokonaisuudeksi ja ohjaajien kyselyn vastaukset ja ohjaajan päiväkirja toiseksi kokonaisuudeksi. Molemmissa kokonaisuuksissa kerättiin erikseen vastaukset, joissa tuotiin esille hyviä ja onnistuneita käytäntöjä, sekä vastaukset, joissa tuotiin esille kehitysehdotuksia. Avoimet vastaukset kirjoitettiin ensin lauseittain allekkain. Sen jälkeen niitä siirreltiin tekstinkäsittelyn avulla leikkaa ja liitä -toimintojen avulla niin, että vastaukset, joissa oli samankaltaisuuksia, siirrettiin allekkain. Yksittäisistä lauseista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyissä ilmauksissa haluttiin kuitenkin säilyttää vielä riittävästi informaatiota, joten niitä ei karsittu liiaksi. Pelkistettyjä ilmaisuja, niistä muodostettuja alaluokkia ja yläluokkia varten muodostettiin taulukko, jossa oli kolme saraketta.

Aineiston käsitteellistämässä muodostetut taulukot on esitelty tutkimustulosten kohdalla aihepiireittäin jaoteltuna, kun on esitelty tulokset osallistujien ja ohjaajien kokeista vahvuuksista ja kehitysalueista (Taulukot 6-16). Pelkistetyt ilmaisut kirjoitettiin taulukkoon ensimmäiseen sarakkeeseen allekkain aihepiireittäin. Toista saraketta varten aineisto ryhmiteltiin ja sarakkeeseen muodostettiin alaluokat. Kolmanteen sarakkeeseen muodostettiin alaluokkia yhdistelemällä yläluokat. Yläluokista muodostettiin käsitteet, jotka kuvaavat aineiston analyysin tuloksia. Taulukoissa on säilytetty vähän pidemmät kirjalliset ilmaisut pelkistetyissä ilmaisuissa ja alaluokissa kuin pelkistämistä, ryhmittelyä ja käsitteellistämistä opastavan Tuomen & Sarajärven (2018, 108, 123-127) esimerkeissä. Pidemmät ilmaisut tuntuvat esittelevän aineistoa paremmin ja säilyttävät aineiston tarkemman tiedon paremmin.

Laadullisen sisällön analyysin luokitteluvaiheen jälkeen on mahdollista kvantifioida aineisto. Kvantifiointi voi tuoda selkiytystä arvioitavaan asiaan, joka on koottu avoimilla kysymyksillä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 135-138.) Kvantifioinnin eli sisällön erittelyn avulla laadullisesta aineistosta voidaan muodostaa myös määrällisiä tuloksia. Aineistosta lasketaan, kuinka monta kertaa tutkittavat tuovat esille saman asian. (Metsämuuronen 2018, 277; Tuomi & Sarajärvi 2018, 135.) Kun tuodaan esille aiheiden toistumisen lukumääriä, saadaan laadullisen analyysin tueksi määrällisiä piirteitä. Laadullisen aineiston kvantifiointi voi lisätä varmuutta siitä, että aineistosta on tehty oikeanlaisia päätelmiä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Osallistujien kyselyn avointen kysymysten vastausten pohjalta muodostetuista elintapaintervention

vahvuuksista ja kehitysehdotuksista muodostettiin pelkistetyt ilmaisut, jotka ryhmiteltiin. Ryhmittelyjen jälkeen oli mahdollista laskea samaa aihetta koskevien vastausten toistumisen määrät. Määrien esittäminen tuo tietoa siitä, kuinka moni osallistuja on kokenut kyseisen asian tärkeäksi. Vaikka yksikin palaute on arvokas, vastausten määrät huomioitaessa voidaan päästä erilaisiin johtopäätöksiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 137-138). Toimintaa kehitettäessä ei aina pystytä huomioimaan kaikkien toiveita, vaan pyritään löytämään suurinta osaa palvelevat ratkaisut.

Monitahoarviointia tehdessä arvioinnin tutkimustuloksista muodostetaan arvolausekkeet, joiden avulla arviointituloksia pystytään paremmin hyödyntämään. Arvolausekkeet konkretisoivat tutkimustulokset. Arvolausekkeiden avulla tutkimustuloksista nostetaan esiin arviointiprosessissa havaitut positiiviset ja negatiiviset asiat. Varsinkin laadullisen aineiston konkretisoiminen arvolausekkeiksi auttaa tulosten omaksumisessa. (Vartiainen 2007, 168-170.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

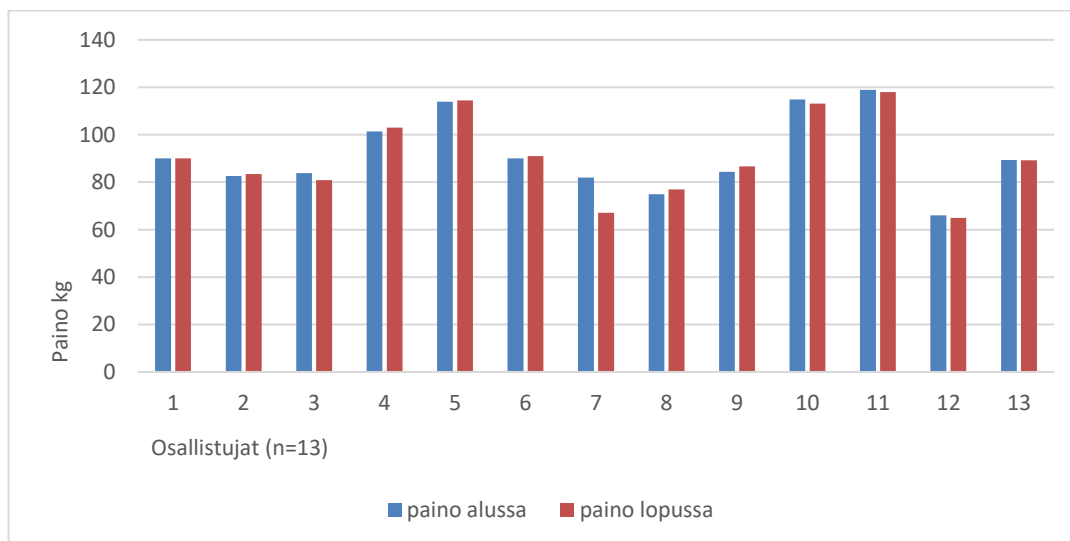
6.1 Elintapojen muutokset

Työpaikalla toteutetun elintapaintervention vaikutuksia elintapojen muutokseen ja sitä kuvaaviin mittaustuloksiin arvioitiin vertaamalla intervention alussa ja lopussa tehdyillä mittaus- ja testituloksilla. Alussa mittauksiin ja testeihin osallistui 16 henkilöä, lopussa kaikkiin mittauksiin ja testeihin osallistui 11 henkilöä ja osaan 13 henkilöä. Paino ja vyötärönympäry mitattiin lopussa 13 henkilöltä, joten näiden tulosten muutosta päästiin vertaamaan. Kävelytestin suoritti lopussa 11 henkilöä, joten heidän alku- ja lopputilanteensa muutosta päästiin vertaamaan. Henkilökohtaiset tavoitteet laativat intervention alussa kaikki osallistujat, mutta niiden toteutumista arvioi lopussa 14 osallistujaa.

Paino

Alku- ja loppumittausten välillä paino väheni prosentuaalisesti hiukan (1,1 %), kun vertaillaan kaikkien osallistujien tuloksia. Tulos ei kuitenkaan ole tilastollisesti

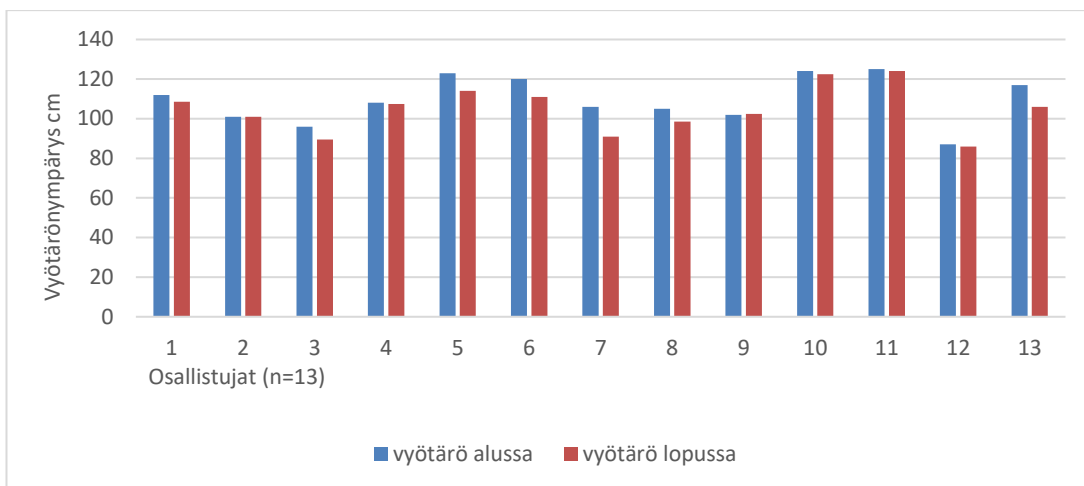
merkittävä. Elintapaintervention alun mittauksissa osallistujien (n=13) painon keskiarvo oli 91,7 kg, minimin ollessa 66 kg ja maksimin 118,9 kg. Lopun mittauksissa osallistujien painon keskiarvo oli 90,7 kg, minimin ollessa 65 kg ja maksimin 118kg. Yksittäisten osallistujien tuloksia tarkasteltaessa (Kuvio 4) paino laski kuudella osallistujalla (n=6), pysyi samana neljällä osallistujalla (n=4) ja lisääntyi hiukan kolmella osallistujalla (n=3). Painoa onnistui pudottamaan lähes puolet eli 46 prosenttia (n=6) osallistujista ja vain 23%:lla (n=3) paino nousi. Voidaan ajatella, että painon hallinnassa ovat onnistuneet ne, joiden paino on pienentynyt tai säilynyt ennallaan. Tämän tavoitteen on saavuttanut suurin osa eli 77 prosenttia (n=10) osallistujista. Osallistujilla, joilla paino nousi, nousu oli maltillista, sillä se oli 1-2 kg.



Kuvio 4. Muutos painossa

Vyötärön ympäryys

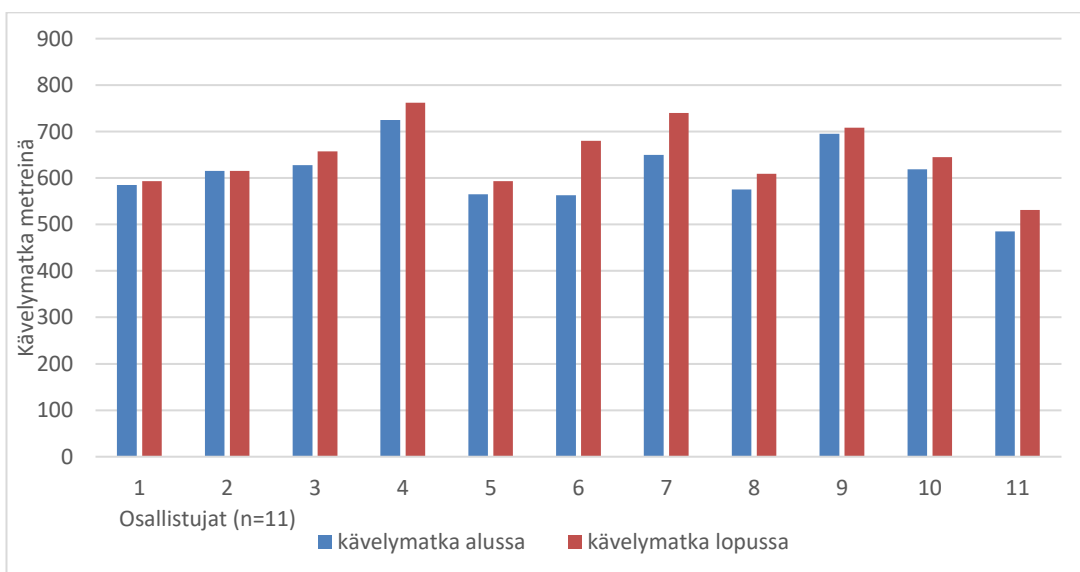
Vyötärön ympäryys pieneni alun ja lopun mittausten välillä. Alku- ja loppumittauksiin osallistuneiden (n=13) vyötärön ympäryys pieneni keskiarvoisesti 5cm, mikä on 4,5 prosenttia vähemmän kuin alussa. Intervention alkumittauksissa vyötärön ympäryys oli keskiarvoisesti 109,7 cm. Minimitulos oli 87 cm ja maksimitulos 125 cm. Loppumittauksissa keskiarvo oli 104,7 cm, minimin ollessa 86 cm ja maksimin 124 cm. Vyötärön ympäryys pieneni suurimmalla osalla osallistujista eli 77 prosentilla, kun neljäsosalla osallistujista se pysyi samana. Yksittäisten osallistujien tulokset on nähtävissä kuviossa 5. Vyötärön ympäryys on pienentynyt kymmenellä osallistujalla ja kolmella pysynyt samana.



Kuvio 5. Muutos vyötärön ympäryksessä

Kuuden minuutin kävelytesti

Kuuden minuutin kävelytestin tulos parani 91 prosentilla eli lähes kaikilla osallistujilla alku- ja lopputestien välillä (Kuvio 6). Ainoastaan yhden osallistujan tulos ei parantunut, mutta pysyi samana. Kuuden minuutin kävelytestiin osallistuneiden (n=11) kuuden minuutin aikana keskiarvoisesti kävelemä matka koheni 28 metriä eli 4,5 prosenttia. Intervention alussa tehdyssä kuuden minuutin kävelytestissä keskiarvoinen kävelymatka oli 620 metriä, minimin ollessa 485 metriä ja maksimin 724 metriä. Lopussa tehdyssä kävelytestissä keskiarvoinen kävelymatka 648 metriä, minimin ollessa 531 metriä ja maksimin 762 metriä.



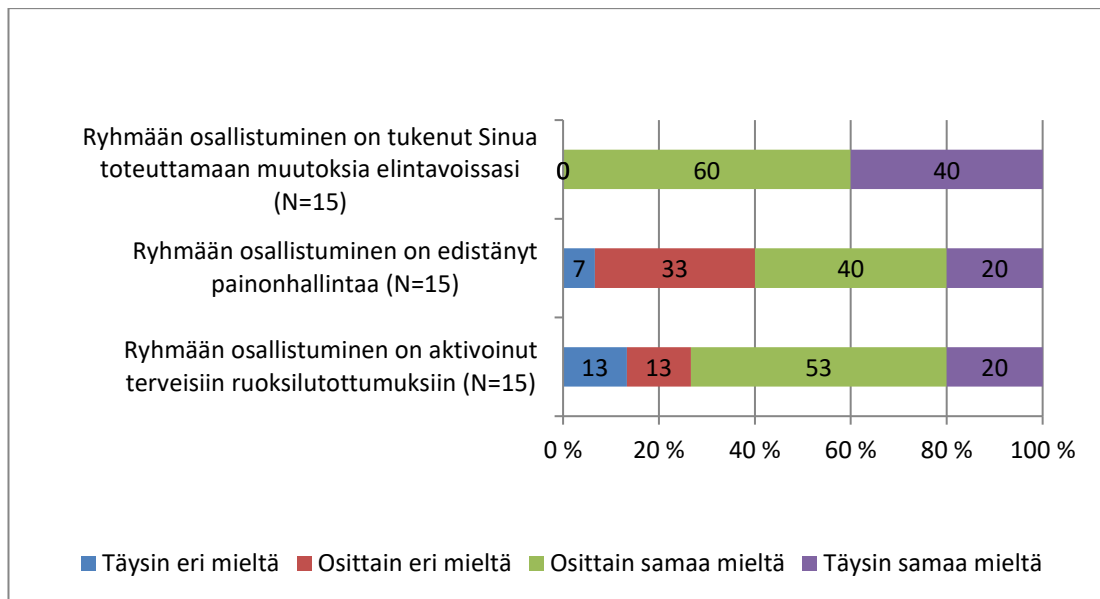
Kuvio 6. Muutos kuuden minuutin kävelytestin kävelymatkassa

Henkilökohtaiset tavoitteet, GAS-menetelmä

Elintapaintervention aloittaneesta 16 osallistujasta, oman henkilökohtaisen tavoitteen onnistumista arvioi intervention lopussa 14 henkilöä. Henkilökohtaisen tavoitteen toteutumista arvioitiin GAS-menetelmän viisiportaisella arviointimenetelmällä. Tavoitteeseen pääsi 93 prosenttia osallistujista. Lähes kaikki osallistajat (n=13) arvioivat saavuttaneensa oman henkilökohtaisen tavoitteensa. Vain yksi osallistuja koki jääneensä alle tavoitetason. Yksi osallistuja koki onnistuneensa tavoitetasoaan paremmin. Henkilökohtaisia tavoitteita oli mahdollista laatia yhdestä kolmeen, ja niitä tarkennettiin intervention kuluessa, kun käsitys omista mahdollisuuksista ja resursseista pyrkiä tavoitteisiin konkretisoituivat. Osallistujista neljällä oli vain yksi päätavoite. Kymmenen osallistujaa laati myös toisen tavoitteen. Toiseen tavoitteeseen ylsi puolet osallistujista. Neljä osallistujaa koki saavuttaneensa tavoitteen ja yksi osallistuja koki, että oli onnistunut paremmin kuin toivomansa tavoitetaso. Neljä osallistujaa jäi hieman tavoitetasostaan ja yksi osallistuja koki jääneensä selvästi odottamansa tavoitetason alapuolelle. Monen osallistujan päätavoite sisälsi jonkinlaisen elintapojen muutoksen. Toinen tavoite liittyi usealla painon alenemiseen.

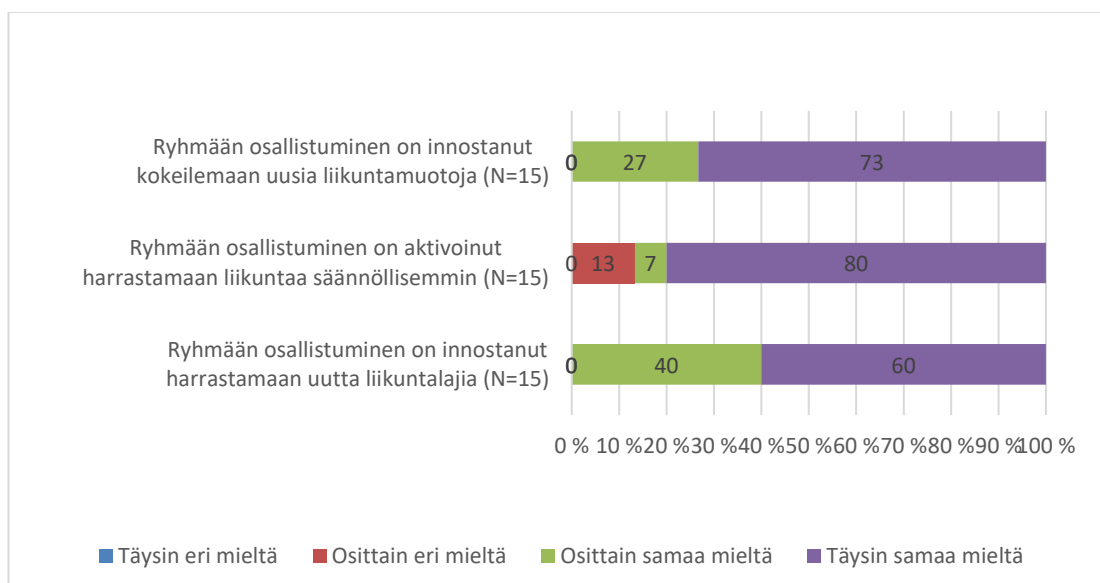
6.2 Koetut elintapamuutokset

Elintapaintervention loputtua koettuja elintapamuutoksia arvioi yhtä lukuun ottamatta kaikki intervention aloittaneet eli 15 osallistujaa. Elintapaintervention osallistumisen koettiin tukeneen elintapojen muutoksien toteutuksessa (Kuvio 7). Kukaan ei ollut eri mieltä, mutta suurin osa eli 60 prosenttia oli osittain samaa mieltä. Täysin samaa mieltä oli 40 prosenttia osallistujista. Intervention osallistumisen vaikutus painonhallinnan edistämiseen jakoi mielipiteitä. Yli puolet eli 60 prosenttia oli täysin tai osittain samaa mieltä, mutta kolmasosa oli osittain eri mieltä ja yksi vastaaja täysin eri mieltä. Kolme vastaajaa eli 20 prosenttia oli täysin samaa mieltä. Intervention aktivoiva vaikutus terveisiin ruokailutottumuksiin toteutui osittain puolella osallistujista ja täysin 20 prosentilla. Neljäsosa oli osittain tai täysin eri mieltä.



Kuvio 7. Kokemus intervention vaikutuksista elintapoihin ja painonhallintaan

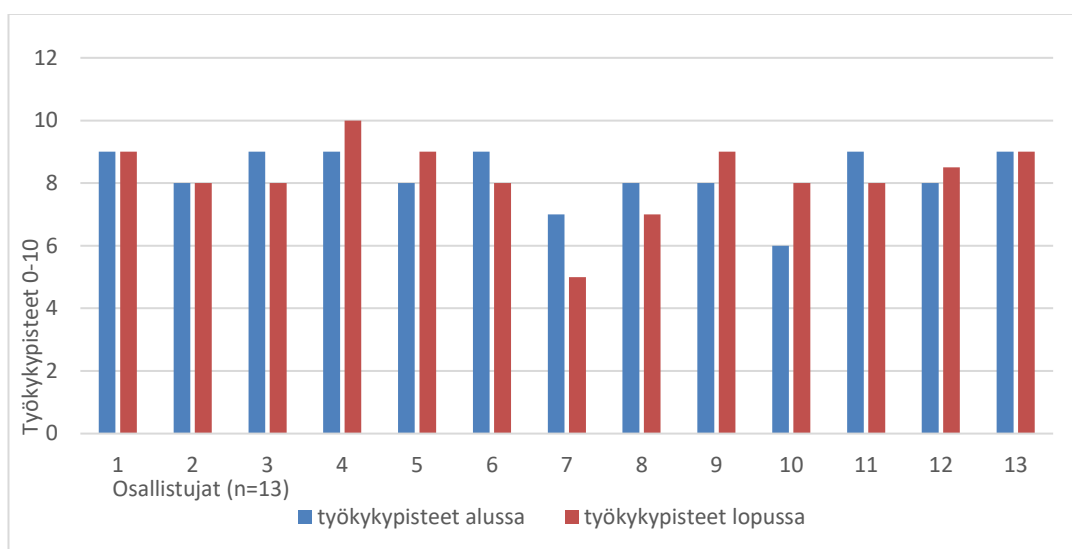
Elintapainterventioon osallistumisen koettiin aktivoineen ja innostaneen harrastamaan liikuntaa (Kuvio 8). Kaikki osallistujat olivat innostuneet kokeilemaan uusia liikuntamuotoja. Osallistujista 73 prosenttia oli täysin samaa mieltä ja loput osittain samaa mieltä. Lähes kaikki olivat aktivoituneet harrastamaan liikuntaa säännöllisemmin. Vain yksi osallistuja oli osittain samaa mieltä ja kaksi osittain eri mieltä. Interventioon osallistuminen oli myös innostanut harrastamaan uutta liikuntalajia. Yli puolen osallistujista oli täysin samaa mieltä ja 40 prosenttia osittain samaa mieltä.



Kuvio 8. Kokemus interventioon vaikutuksista liikunnan harrastamiseen

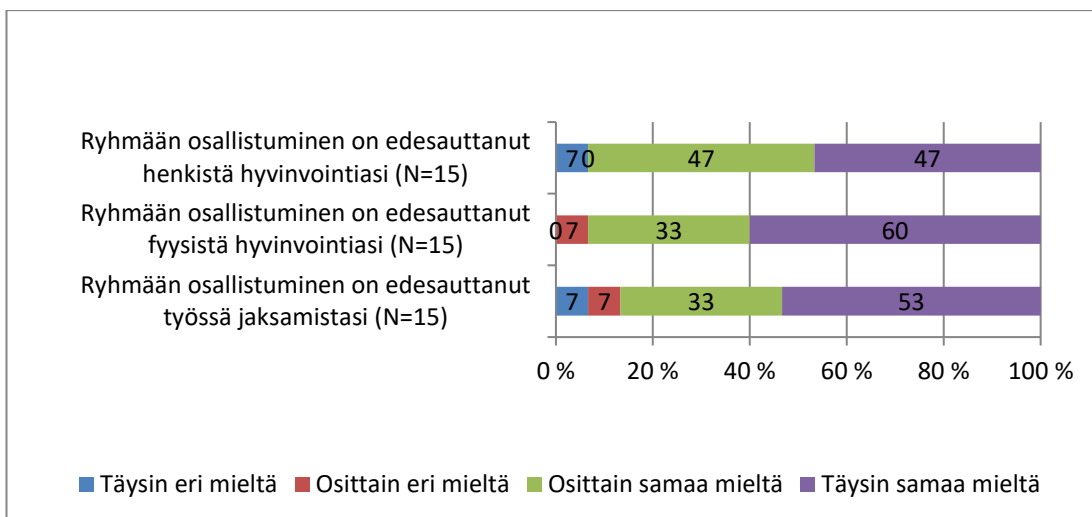
6.3 Kokemus työkyvystä ja työssä jaksamisesta

Työkyky pistemäärää eli arviota omasta työkyvystä elintapainervention alussa ja lopussa arvioi 13 osallistujaa (n=13). Pistemäärän keskiarvo pysyi täsmälleen samana eli oli alussa ja lopussa 8,2. Alkumittauksissa pienin pistemäärä oli 6 ja suurin 9. Lopumittauksissa pienin pistemäärä oli 6 ja suurin 10. Osallistujista viisi eli 38,5 prosenttia koki työkykynsä kohentuneen. Toisaalta myös viisi osallistujaa koki työkykynsä heikentyneen. Kolmen osallistujan eli 23 prosentin työkyky oli pysynyt samana alku- ja loppumittauksissa. Osallistujakohtaiset muutokset nähtävissä kuviossa 9.



Kuvio 9. Muutos työkyky pisteissä.

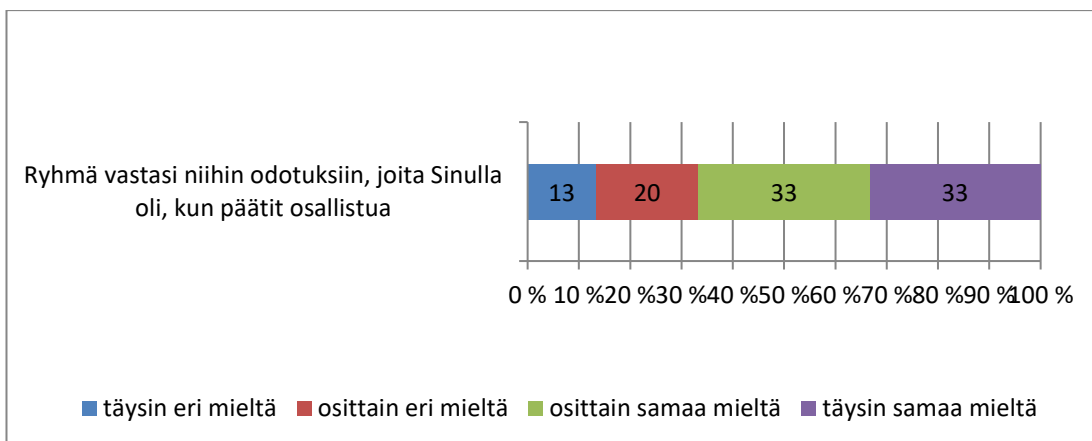
Elintapainervention koettiin vaikuttaneen positiivisesti henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä työssä jaksamiseen (Kuvio 10). Noin puolet osallistujista oli täysin samaa mieltä siitä, että osallistuminen oli edesauttanut henkistä hyvinvointia. Lähes puolet oli osittain samaa mieltä. Yksi osallistuja oli täysin eri mieltä. Vaikutuksista fyysiseen hyvinvoinnin kohentamiseen oli samaa mieltä yli puolet osallistujista ja osittain samaa mieltä kolmasosa. Yksi osallistuja oli vain osittain samaa mieltä. Työssä jaksamisen kohentumisesta täysin samaa mieltä oli puolet osallistujista ja osittain samaa mieltä kolmasosa. Kaksi osallistujaa ei kokenut vaikutusta työssä jaksamiseen, toinen oli osittain ja toinen täysin eri mieltä.



Kuvio 10. Kokemus intervention vaikutuksista hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen

6.4 Osallistujien kyselyn muut tulokset

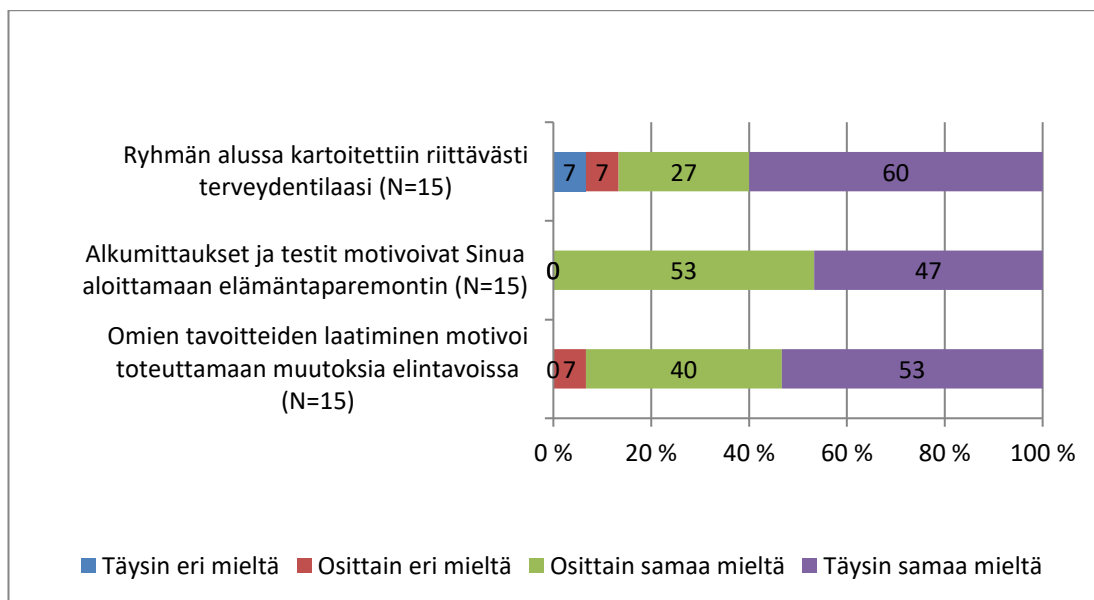
Elintapaintervention toteutus ei ihan vastannut niitä odotuksia, joita osallistujilla oli, kun he päättivät osallistua (Kuvio 11). Elintapaintervention toteutus vastasi täysin odotuksia yhden kolmasosan mielestä. Yksi kolmasosa oli osittain samaa mieltä. Loppu kolmannes oli osittain tai täysin eri mieltä. Täysin eri mieltä oli kaksi vastaajaa.



Kuvio 11. Intervention vastaaminen etukäteisodotuksiin

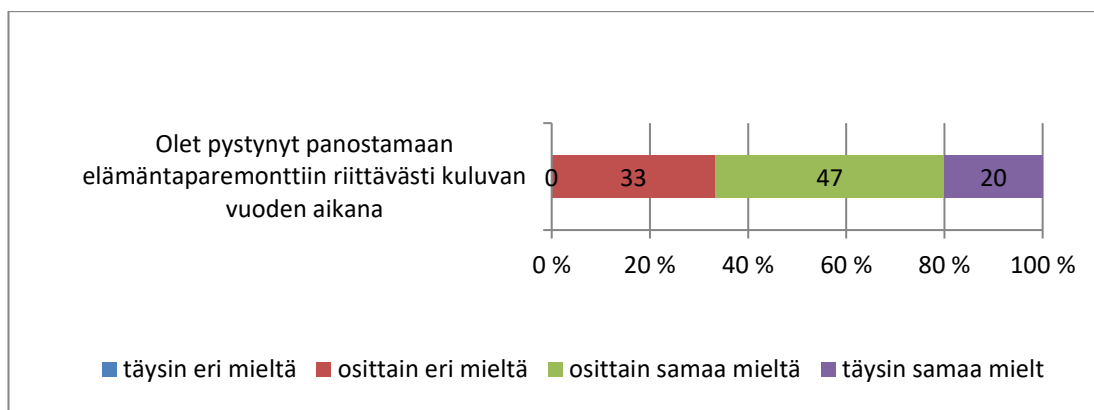
Osallistujista lähes kaikki kokivat, että elintapaintervention alussa kartoitettiin riittävästi terveydentilaa (kuvio 12). Osallistujista 60 prosenttia oli täysin samaa mieltä ja 27 prosenttia osittain samaa mieltä. Vain kaksi osallistujaa eli 14 prosenttia koki kartoitukset riittämättömiksi. Alkumittaukset ja -testit motivoivat aloittamaan muutoksia

elintavoissa. Puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä ja toinen puoli osittain samaa mieltä. Omien tavoitteiden laatimisen koettiin motivoivan toteuttamaan muutoksia elintavoissa. Puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 40 prosenttia osittain samaa mieltä. Yksi vastaaja oli osittain eri mieltä.



Kuvio 12. Kokemus alun motivointikeinoista

Moni osallistuja koki, ettei ihan täysin pystynyt panostamaan elintapojen muutokseen (Kuvio 12). Elintapojen muutokseen koki pystyneensä panostamaan riittävästi viidesosa. Puolet osallistujista oli osittain samaa mieltä ja kolmasosa osittain eri mieltä.



Kuvio 12. Kokemus oman panostuksen riittävydestä

6.5 Osallistujien kokemukset elintapainervention vahvuuksista

Osallistujien loppukyselyssä avoimiin kysymyksiin pyydettiin vastaamaan erityisesti, jos oli osittain tai täysin eri mieltä tavoitteen toteutumisesta. Tässä ajatuksena oli saada osallistujilta kehitysehdotuksia juuri niille alueille, joissa he kokivat parantamisen varaa. Kysymyksen aseteltavan takia laadullista aineistoa kertyi enemmän kehitettävistä asioista. Osa vastaajista oli silti tuonut esille myös hyviä puolia ja vahvuuksia. Lopussa oli myös mahdollisuus antaa vapaasti palautetta, jossa nousi esille sekä vahvuuksia, että kehittämisalueita.

Osallistujien kyselyn avoimien vastausten sisällönanalyysin pohjalta muodostettiin käsitteet, jotka kuvasivat elintapainervention toteutuksen vahvuuksia. Osallistujien kokemusten perusteella työpaikalla toteutetun elintapainervention vahvuuksia kuvaavat käsitteet ovat liikunnallisen aktiivisuus, ryhmän tuki ja fysioterapeutin tuki (Taulukko 6).

Taulukko 6. Osallistujien kokemukset elintapainervention vahvuuksista.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Liikunnallinen monipuolisuus hyvää Sai tutustua erilaisiin liikuntamuotoihin Tuli kokeiltua uusia liikuntajuttuja Eri lajien kokeilu hienoa Löysin uuden harrastuksen Vesijuoksu oli upea kokemus Liikkumisen ilo on löytynyt uudelleen Kiva liikkua ryhmässä Tutun ryhmän kanssa tulee paremmin liikuttua Painon hallinta edistynyt lähinnä liikunnan kautta Säännöllinen liikunta tukenut painonhallintaa	Liikunnan monipuolisuus Liikunnan ilo Ryhmässä liikkuminen Liikunta painonhallinnan tukena	Liikunnallinen aktiivisuus
Kiitos ryhmätiimi Oli kiva olla mukana ryhmässä Uutta puhtia ja hyvää oloa ryhmästä Ryhmään kuuluminen auttoi jaksamaan Ryhmään kuuluminen antoi tukea omalle tilanteelle Ryhmän avulla pääsin eteenpäin Tutun ryhmän kanssa tulee paremmin liikuttua Ryhmässä tulee paremmin liikuttua Mukava huomata, että ryhmäläisillä samanlaisia lähtökohtia	Ryhmään kuuluminen Ryhmän tuki muutoksissa	Ryhmän tuki
Kiitos fysioterapeutille Fysioterapeutin zempkaus auttoi Fysioterapeutin tuki tärkeää Fysioterapeutti oli motivoiva ryhmänvetäjä Tutulta fysioterapeutilta saa tukea Fysioterapeutilla kiva ote ryhmään Fysioterapeutille kiitos hyvästä ja innostavasta zemppaamisesta	Fysioterapeutin tuki Fysioterapeutin kannustus	Fysioterapeutin tuki

Liikunnallinen aktiivisuus

Osallistujien loppukyselyyn vastanneista 73 prosenttia (n=11) oli tuonut elintapaintervention vahvuutena esille liikuntaan liittyviä asioita. Liikunnallinen aktiivisuus muodostui vastauksista, jotka pitivät sisällään liikunnan monipuolisuuteen, liikunnan iloon ja ryhmässä liikkumiseen liittyviä kommentteja. Vastaajat kokivat myös, että liikunta tuki painonhallintaa. Osallistujat kokivat, että elintapainterventioon osallistumisen myötä he pääsivät tutustumaan monipuolisesti erilaisiin liikuntamuotoihin ja uusien liikuntalajien kokeileminen innosti harrastamaan liikuntaa.

*”Vesijuoksun kokeilu oli upea kokemus, se sopii minulle hyvin. Vedessä minua ei satu”
”Löysin uuden harrastuksen, jota voin jatkaa tutun ohjaajan kanssa.”*

Ryhmän tuki

Ryhmään kuulumisen kautta saatu tuki koettiin työpaikalla toteutetun elintapaintervention vahvuudeksi. Ryhmään liittyviä positiivisia asioita toi avoimissa vastauksissaan esille 60 prosenttia (n=9) osallistujista. Ryhmän tuki muodostettiin vastauksista, jotka koskivat ryhmään kuulumisen tärkeyttä sekä ryhmältä saatua tukea muutoksessa. Ryhmästä saatiin tukea omaan tilanteeseen sekä muutoksen toteuttamiseen.

*”Sain ihan uutta puhtia ja hyvää oloa tästä ryhmästä”
”Ryhmän avulla tuli käsiteltyä omaa tilannetta ja pääsin omassa elämäntilanteessani eteenpäin.”*

Fysioterapeutin tuki

Fysioterapeutin tuki nousi elintapaintervention vahvuudeksi noin puolessa vastauksista (n=7). Fysioterapeutti ohjasi suurimman osan elintapaintervention liikuntaryhmistä, joten hän oli ryhmäläisten kanssa tekemisissä lähes joka viikko. Tutun ohjaajan kannustus ja tuki koettiin tärkeäksi.

*”Fysioterapeutille kiitos hyvästä ja innostavasta zemmaamisesta!”
”Tutulta fysioterapeutilta saa juuri itselle sopivaa tukea.”*

6.6 Osallistujien kokemukset elintapaintervention kehittämisalueista

Osallistujien kyselyn avoimien vastausten sisällönanalyysin pohjalta nousseita elintapaintervention kehityskohteita kuvaavia käsitteitä muodostettiin yhteensä kahdeksan. Osallistujien kokemukseen perustuvia kehityskohteita olivat: vertaistuki, tavoitelähtöisyys, motivointi ja henkinen tuki, ravitsemusohjaus, yksilöllisyys, säännöllinen seuranta, osallistuminen sekä yhtenäinen kokonaisuus.

Vertaistuki

Osallistujat kokivat vertaistuen saamisen kehittämistä vaativaksi osa-alueeksi. Osallistujista 60 prosenttia (n=9) koki, että kehittämistä vaatisivat asiat, jotka liittyivät ryhmäytymiseen, keskusteluun ja yhteishenkeen. Vertaistuki käsitteen muodostamien on esitelty tarkemmin taulukossa 7. Vertaistuen saaminen mahdollistaminen vaatii kehittämistä, sillä osallistujat kokivat, ettei elintapaintervention aikataulu tarjonnut riittävästi aikaa keskustella kokemuksista, ryhmäytyminen jäi vähäiseksi, eikä yhteishenki toteutunut odotusten mukaisesti. Varsinkin elintapaintervention alkuvaiheessa olisi kaivattu enemmän keskustelua, mikä olisi tukenut ryhmäytymistä ja auttanut osallistujia saamaan toisiltaan vertaistukea. Yksi osallistujista vastasi näin:

”Ryhmistä puuttui alussa keskusteluaika, jolloin olisi voinut puhua kokemuksistaan ja ottaa vertaistukea vastaan”

Taulukko 7. Vertaistuki osallistujien kokemana kehittämisalueena.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
”Ryhmäytyminen” ei toteutunut kovin hyvin Enemmän ryhmäytymistä Ryhmäläiset jäivät tuntemattomiksi toisilleen Ryhmä jäi etäiseksi Alussa olisi pitänyt olla esim yhteinen iltapäivä, jossa jutellaan mitä remontilta toivoo Ryhmistä puuttui aluksi keskusteluaika, jolloin olisi voinut puhua kokemuksistaan ja ottaa vertaistukea vastaan Heti alussa ei ollut yhteistoimintaa ryhmässä Kaipasin yhteishenkeä Olisi ollut hienoa, jos ryhmäläiset olisivat kannustaneet lähemmään yhdessä harrastamaan myös ryhmätapaamisten ulkopuolella	Ryhmäytymisen vähyyys Ei aikaa keskustella kokemuksista Toteutumaton yhteishenki	Vertaistuki

Tavoitelähtöisyys

Osallistujat kokivat tavoitelähtöisyyden elintapaintervention kehittämistä vaativaksi osa-alueeksi. Tavoitteisiin liittyviä kehityskohteita tuli esille 40 prosentissa (n=6) vastauksista. Tavoitelähtöisyys käsitteen muodostaminen tarkemmin taulukossa 8. Osallistujat kokivat, että tavoitelähtöisyys ei toteutunut, sillä elintapaintervention osallistuneilla oli hyvin erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet. Vastauksissa ehdotettiin, että koko osallistujaryhmä olisi kannattanut jakaa pienryhmiin, jolloin pienryhmiin olisi voitu valita osallistujat, joilla on samankaltaiset lähtökohdat ja tavoitteet. Samankaltaiset ja yhteiset tavoitteet parantavat motivaatiota.

Taulukko 8. Tavoitelähtöisyys osallistujien kokemana kehittämisaalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Oma terveydentila muita huonompi Kun ei pysynyt toisten tahdissa, motivaatio laski Ryhmässä ihmisiä, joilla oli aivan erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet Olisin kaivannut enemmän, että ryhmässä olisi ollut henkilöitä, joilla on samanlaisia ongelmia Ryhmän jakaminen pienryhmiin tavoitteiden mukaan Ryhmän koko pienemmäksi, jotta olisi yksilöllisempi ohjaus	Osallistujilla erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet Ryhmän jakaminen pienryhmiin, jotta tavoitteet samankaltaisia Yhteiset tavoitteet parantavat motivaatiota	Tavoitelähtöisyys

Yksilöllisyys

Yksilöllisyys koettiin yhdeksi elintapaintervention kehittämisaalueista. Osallistujista 40 prosenttia (n=6) toivoi vastauksissaan elintapaintervention sisältöön enemmän yksilöllisyyttä. Vastaajat kaipasivat enemmän henkilökohtaista ohjausta. He toivoivat määrällisesti enemmän ja ajallisesti pidempiä yksilöaikoja. Varsinkin omien henkilökohtaisten tavoitteiden laatimisen tueksi toivottiin enemmän yksilöllistä aikaa. Yksilöllisyys käsitteen muodostaminen tarkemmin taulukossa 9.

Taulukko 9. Yksilöllisyys osallistujien kokemana kehittämisaalueena.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Yksilöajat pidempiä ja useammin Yksilökeskustelut pakollisia ja 3-4 kertaa Heti alussa enemmän aikaa vetäjän kanssa, jotta omat tavoitteeni olisivat olleet minua tukevia ja minulle olisi tullut olo, että minut nähdään myös yksilönä Henkilökohtaista ohjausta ja välitseekkauksia enemmän Vastaavan ohjaajan yksilöllinen tapaaminen heti alussa, mitä testit ja terveydentilan kartoitus merkitsevät Tavoitteiden asettelu olisi vaatinut ”valvontaa”	Enemmän ja pidempiä yksilöaikoja Tavoitteiden laatimisen tukemiseen enemmän yksilöllistä aikaa	Yksilöllisyys

Motivointi ja henkinen tuki

Motivoinnin, henkisen tuen ja psykologisen ohjauksen nosti elintapaintervention kehittämiskohteeksi puolet osallistujista (n=8). Nämä vastaajat kokivat haasteita motivaation löytämisessä ja säilyttämisessä. He olisivat myös kaivanneet enemmän henkistä tukea, jotta itsetunto kohenisi ja oppisi paremmin huolehtimaan itsestään. Osallistujat eivät kokeneet saaneensa psykologin luennoilta sellaista apua, mitä olivat odottaneet. Kehittämiskohteeksi nostettiin erityisesti psykologisen ohjauksen ryhmän koko. Vastaajat kokivat, että tarvitsisivat yksilöllisempää ohjausta. Pienryhmissä tapahtuva ohjaus mahdollistaisi yksilöllisemmän ohjauksen. Motivointi ja henkinen tuki käsitteiden muodostaminen tarkemmin taulukossa 10.

Taulukko 10. Motivointi ja henkinen tuki osallistujien kokemana kehittämisalueena.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Painon hallinta omien korvien välissä, motivaation säilyttäminen tärkeää Motivaatio välillä hukassa, mutta syy itsessä ei ryhmässä tai ohjaajassa Motivaatiota ja itsetunnon kohottamista lisää Itsensä arvostukseen ja huolehtimiseen enemmän tukea Koin psykologin luennot turhiksi Psykologin luennot olivat pettymys Psykologin ryhmät pienempiä Psykologin luentoja vähemmän, mutta yksilöllistä sparrausta enemmän tai luennot pienryhminä	Motivaation löytäminen/ säilyttäminen Henkistä tukea tarvitaan Psykologin luennoilta ei odotettua hyötyä Psykologin ohjausta yksilöllisemmin/pienryhmissä	Motivointi ja henkinen tuki

Ravitsemusohjaus

Osallistujista neljäsosa (n=4) koki ravitsemusohjauksen kehittämistä kaipaavaksi osa-alueeksi. Vastaajat kokivat, että ravitsemusohjaus olisi kannattanut järjestää yksilöllisemmin. Ravitsemusohjaus käsitteen muodostaminen tarkemmin taulukossa 11.

Taulukko 11. Ravitsemusohjaus osallistujien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Yksilöllinen ote ravitsemusneuvontaan Ravitsemusterapeutti henkilökohtaisempaa Ruokapäiväkirjan henkilökohtainen analysointi ja päivitys tarvittaessa Pidin ruokapäiväkirjaa, mutta siihen ei palattu enää myöhemmin	Ravitsemusneuvonnassa tarvetta yksilöllisempään ohjaukseen	Ravitsemusohjaus

Säännöllinen seuranta

Säännöllistä painon seurantaa olisi kaivannut osallistujista neljäsosa (n=4). Paino mitattiin kaikilta osallistujilta elintapaintervention alussa ja lopussa. Säännöllistä painon seurantaa toivoneet epäilivät, että säännöllinen painon mittaaminen olisi voinut tuoda

enemmän kilpailuviettä esille. Yksi vastaajista ehdotti vielä, että jos paino olisi mitattu koko ryhmän edessä, olisi se varmasti motivoinut pudottamaan painoa enemmän. Elintapaintervention ohjelmassa oli ohjeistuksena, että painonsa tai muut mittaustuloksensa voi halutessaan käydä toistamassa fysioterapeutilla elintapaintervention aikana. Muutaman osallistujan kanssa paino mitattiin myös yksilötapaamisilla, kun puhuttiin henkilökohtaisista tavoitteista, erityisesti, jos osallistujalla oli painon pudotus tavoitteena ja hän oli epävarma, että mihin suuntaan painon kehitys oli mennyt. Kaikilta osallistujilta ei automaattisesti mitattu säännöllisin väliajoin painoa, sillä osalla heistä se ei ollut ollenkaan tavoitteena. Säännöllinen seuranta käsitteen muodostaminen on esitelty taulukossa 12.

Taulukko 12. Säännöllinen seuranta osallistujien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Julkiset punnitukset ryhmän edessä edistäisivät painonhallintaa Painon välimittaukset olisi ollut hyvä Tarkistuspunnitukset tasaisin väliajoin Olisikohan kerran kuussa ollut painon mittausta tehnyt itselle ”kilpailuviettä”	Julkiset punnitukset Säännölliset punnitukset	Säännöllinen seuranta

Yhtenäinen kokonaisuus

Kehittämistä vaativaksi alueeksi koettiin myös se, ettei kokonaisuus vaikuttanut kaikkien mielestä riittävän yhtenäiseltä. Neljäsosa osallistujista (n=4) oli sitä mieltä, että elintapaintervention toteutus olisi saanut olla paremmin hallinnassa ja yhtenäisempi kokonaisuus. Vastaajat kaipasivat toteutukseen enemmän moniammatillista yhteistyötä, sillä eri osiot ja luennot jäivät hiukan irrallisiksi. Yhtenäisyyttä olisi vastaajien mielestä parantanut myös, jos toteutus olisi ollut kokonaisuutena hallinnassa yhdellä ohjaajalla. Yhtenäinen kokonaisuus käsitteen muodostaminen tarkemmin taulukossa 13.

Taulukko 13. Yhtenäinen kokonaisuus osallistujien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Ryhmä kokonaisuutena hallinnassa yhdellä ohjaajalla Eri osiot/luennot hiukan irrallisia Enemmän yhteistyötä eri ohjaajien välillä. Paremmin hallittu ryhmä	Ei yhtenäinen kokonaisuus Moniammatillinen yhteistyö	Yhtenäinen kokonaisuus

Osallistuminen

Elintapainterventioon osallistumisen järjestämisessä oli monella haasteita. Yli puolet (n=8) osallistujista koki kehittämistä vaativaksi alueeksi mahdollisuudet osallistua elintapainterventioon. Osallistumista rajoittivat omaan elämäntilanteeseen, työhön, perheeseen ja arjen pyörittämisen liittyvät kiireet, esimerkiksi läheisten sairastuminen verotti osallistumisen voimavaroja. Kolme osallistujaa toi esille, että työhön liittyvät järjestelyt eivät tukeneet sitä, että elintapaintervention käyntikerroille olisi ollut helppo osallistua. Pari toi esille, että ei osallistunut, jos ohjelman sisältö ei ollut itselle hyödyllistä. Osallistuminen käsitteen muodostaminen on esitelty tarkemmin taulukossa 14.

Taulukko 14. Osallistuminen osallistujien kokemana kehittämisalueena.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Stressaavaa lähteä kesken työajan kokoontumisiin Työkiireet rajoittivat osallistumista Epäsäännölliset työvuorot veivät osan käynneistä Ryhmästä saisi olla pois vain esim lääkärin lausunnolla/virallisen sairasloman takia Oma elämäntilanne rajoitti panostamista Arjen kiireet rajoittivat mahdollisuuksia panostaa Läheisten sairastelu vei aikaa ja voimia pois Omaisten hoitaminen vei aikaa Sisältö ei kiinnostanut minua Liikunta tärkeämpää kuin luennot	Työkiireet rajoittivat osallistumista Arki/perhekiireet rajoittivat osallistumista Osallistumismotivaatio	Osallistuminen

6.7 Ohjaajien kokemukset elintapaintervention vahvuuksista

Ohjaajien kysely sisälsi pelkästään avoimia kysymyksiä, joissa pyydettiin arvioimaan, oliko jokaisen ohjaajan oma osuus sopiva elintapaintervention tavoitteisiin nähden, sekä tuomaan esille mahdollisia kehittämis ehdotuksia. Oman osuuden sopivuutta ohjaajat kommentoivat lyhyesti. Kehittämis ehdotuksia oli tuotu esille enemmän. Ohjaajan päiväkirjasta saatiin aineistoa sekä hyvistä käytännöistä, että kehittämistä vaativista alueista. Ohjaajan päiväkirjaa täyttänyt vastaava fysioterapeutti oli kerännyt jokaiselta liikuntakerralta havaintoja ja palautetta sekä kirjannut oman arvionsa siitä, mikä oli hyvää ja mikä kehitettävää.

Ohjaajien kyselyn vastausten ja ohjaajan päiväkirjan sisällönanalyysin pohjalta muodostettiin käsitteet, jotka kuvasivat ohjaajien kokemuksia elintapaintervention toteutuksen vahvuuksista. Ohjaajien kokemista elintapaintervention vahvuuksista muodostettiin aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen kolme käsitettä: asiasisältö, vuorovaikutus ja liikkumaan innostuminen. Aineiston käsitteellistäminen on esitelty tarkemmin taulukossa 15.

Taulukko 15. Ohjaajien kokemukset elintapaintervention vahvuuksista.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Sisältö hyvin suunniteltu, oma osuus riittävä Aihe oli varmasti tavoitteisiin sopiva, mutta oma osuus pieni Tärkeä aihe, mutta melko rajattu Liikuntaa oli paljon ja lajit hyviä työikäisille Liikuntalajien yhteydessä saa kerrottua liikunnan tärkeydestä	Sisältö hyvä Aiheet hyviä, mutta rajattuja Liikuntalajit hyviä ja riittävästi	Asiasisältö
Hyvä kun enemmän aikaa Tärkeää keskustelua saatiin enemmän, kun aikaa oli enemmän Hienoa kun ehtii keskustella, pääsee paremmin ryhmäläisten tasolle ja pystyy antamaan vinkkejä ja tukea. Kun aikaa enemmän, ehtii tutustua paremmin, jolloin tuntuu ryhmän ohjaajalta ja ryhmä tuntuu yhtenäisemmältä. Mukavaa keskustelua. Nyt ollut enemmän aikaa ryhmien yhteydessä keskusteluun, joten ryhmien aikana ja jälkeen ehtinyt keskustella ja tukea kaikkia. Yksilölliset keskustelut hyvin tärkeitä monelle Moni antoi palautetta, että syksyn rauhallisempi tahti ollut parempi. Siitä oltiin yhtämielisiä. Palkitsevaa käydä loppukeskustelu, jossa päästiin miettimään, miksi tavoitteet olivat toteutuneet tai miksi niistä oli jääty.	Keskustelu tärkeää Riittävä aika tärkeää Keskustelun kautta pystyy tukemaan paremmin Yksilölliset ja pienryhmäkeskustelut tärkeitä	Vuorovaikutus
Olipa taas hauskaa ja tuli hiki x2 En olisi millään jaksanut lähteä työpäivän päälle, mutta onneksi tulin, tämä piristi. Osallistujat innoissaan mukana x8 Innostunutta ja iloista porukkaa x2 Lajista tykättiin ChiBall hyvä monelle, muutama innostui jatkamaan ryhmässä Pilates on soveltuva laji, työikäisillä paljon selkävaivoja Vesijumppa hauskaa ja tehokasta x5 Tehokasta treeniä. Kiva oppia sauvakävelytekniikka kunnolla Kuntosali kivaa ja tehokasta x4 Tätä jumppaa voi tehdä omatoimisestikin x3 Hyviä ideoita, voin toteuttaa itsekin x4 Tätä aion tehdä kotonakin x2 Vesij hauskaa ja tehokasta, kaikki pystyvät tekemään, ei tarvitse soveltaa	Innostus ja ilo Tutustuminen sopiviin ja erilaisiin liikuntalajeihin Oppivat uusia lajeja Uudet ideat	Liikkumaan innostuminen

Asiasisältö

Ohjaajien kokemusten mukaan yksi elintapaintervention vahvuuksia kuvaava käsite oli asiasisältö. Ohjaajat kokivat elintapaintervention sisällön ja aiheet hyviksi, mutta vastauksista nousi esille, että osaa aiheista olisi voinut käsitellä laajemminkin. Työterveyshoitaja ja fysioterapeutti kokivat, että heidän osuutensa olivat riittävät.

”Mielestäni ryhmä oli jo alkujaankin hyvin mietitty ja suunniteltu. Koen, että oma osuuteni oli riittävä.”

”Erilaisia liikuntalajeja ohjatessa pystyy kertomaan eri liikuntalajien vaikutuksista ja voi suositella niitä osallistujille sen mukaan, mikä kenellekin sopii. Varsinkin jos on hyvin aikaa, ehtii kysellä yksilöllisemmin, että mistä kukakin tykkää ja voi antaa lisää vinkkejä.”

Ravitsemusterapeutti ja psykologi kokivat, että heidän osuutensa olivat suhteellisen pieniä ja aiheet rajattuja.

”Osuuteni oli melko pieni, mutta asia oli varmasti tavoitteisiin sopivaa.”

”Motivaatio sinänsä aiheena on tärkeä, mutta se hieman rajasi omaa mieltä liiaksi”

Vuorovaikutus

Fysioterapeutin täyttämästä ohjaajan päiväkirjasta nousi aineiston käsitteellistämisen myötä elintapaintervention vahvuudeksi vuorovaikutus. Keskustelu ja riittävä aika ovat tärkeitä, sillä kun keskustelulle jää aikaa, voi sen avulla tukea osallistujia paremmin haasteellisessa muutosprosessissa. Sekä yksilölliset, että pienryhmäkeskustelut koettiin hyvin tärkeiksi. Ohjaajan päiväkirjan merkinnöistä nousi esille, että vuorovaikutukselle eli yksilöllisille ja ryhmässä tapahtuvalle keskustelulle oli järjestetty enemmän aikaa elintapaintervention kesätaun jälkeen. Keskustelut ja niiden mahdollistama tuki niin ryhmässä kuin yksilöllisesti tuntuivat hyvin tärkeiltä.

”Hienoa kun ehtii keskustella, pääsee paremmin ryhmäläisten tasolle ja pystyy antamaan vinkkejä ja tukea.”

”Yksilölliset keskustelut ovat hyvin tärkeitä monelle, silloin pystyy parhaiten miettimään jokaisen omia henkilökohtaisia tavoitteita. Toisaalta moni kokee myös ryhmässä saadut ideat tärkeiksi.”

Liikkumaan innostuminen

Liikkumisesta innostuminen nousi selkeästi esille elintapaintervention vahvuutena, kun tarkasteltiin ohjaajan päiväkirjaan merkittyjä havaintoja sekä osallistujien liikuntakerroilla antamaa palautetta. Liikuntakerroilla koettu innostus ja ilo toistuivat useasti havainnoissa ja osallistujien kommentoissa. Elintapaintervention liikuntakerroilla osallistujat tutustuivat erilaisiin ja uusiin liikuntalajeihin ja saivat tietoa niiden vaikutuksista. Moni koki oppivansa uusia taitoja ja sai uusia ideoita, miten lajeja voi harrastaa joko omatoimisesti tai ryhmässä. Moni innostui harrastamaan uutta liikuntalajia tai jatkoi aikaisemmin tuttua lajia, joka oli jäänyt jostain syystä tauolle. Elintapaintervention osallistumisen myötä moni innostui myös harrastamaan säännöllisesti sellaista liikuntalajia, jota oli ennen tullut harrastettua satunnaisesti

”Olipa taas hauskaa ja tuli hiki.”

”Iloista ja innostunutta porukkaa! Moni tuntui innostuvan lajista tosissaan.”

”En olisi millään jaksanut lähteä liikkumaan työpäivän päälle, mutta onneksi tulin, tämä piristi.”

”Olipas tehokasta treeniä. Kiva oppia sauvakävelytekniikka kunnolla.”

”Sainpa paljon hyviä ideoita, näitähän voin toteuttaa yksinkin”

6.8 Ohjaajien kokemukset elintapaintervention kehittämisalveista

Ohjaajien kyselyn vastausten ja ohjaajan päiväkirjan sisällönanalyysin pohjalta nousseita elintapaintervention kehityskohteita kuvaavia käsitteitä muodostettiin yhteensä seitsemän. Ohjaajien kokemukseen perustuvia kehittämisalveita olivat: tavoitteiden asettelu, vertaistuki ja pienryhmät, ravitsemusohjaus, motivointi muutosprosessissa, ajankäyttö, osallistuminen ja moniammatillisuus.

Tavoitteiden asettelu

Ohjaajat kokivat tavoitteiden asettelun elintapaintervention kehittämistä vaativaksi osa-alueeksi. Tavoitteiden asettelu käsitteen muodostaminen tarkemmin taulukossa 16. Ohjaajat kokivat toistuvasti, että ohjaaminen ja ohjauksen sisällön suunnittelu oli haastavaa, sillä elintapaintervention osallistuneilla oli hyvin erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet. Ohjaajat kokivat, että jos elintapaintervention valitaan osallistujia, joilla

on kovin erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet, kannattaisi heidät jakaa pienryhmiin. Tällöin pienryhmiin voitaisiin valita osallistujat, joilla on samankaltaiset lähtökohdat ja tavoitteet, jolloin ohjauksen sisältöä voidaan muokata kohtaamaan paremmin juuri kyseisiin pienryhmiin osallistuneiden tavoitteet. Tavoitteiden asetteluun liittyviä kehittämisajatuksia nousi esille erityisesti ohjaajan päiväkirjasta.

Taulukko 16. Tavoitteiden asettelu ohjaajien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Hyvin eri kuntoisia ja kokoisia -hankaloittaa ohjaamista Erilaiset tavoitteet Osallistujilla erilaiset lähtökohdat ja mahdollisuudet Hyvin eri kuntoista porukkaa, aiheutti tässäkin haastetta Hyvin erilaisia tavoitteita, hankala saada ohjelma vastaamaan kaikkien tavoitteisiin. Hankalaa, kun haluaisi vastata toiveisiin ja tavoitteisiin ohjelmaa muuttamalla, mutta koska hyvin erilaisia tavoitteita eikä mahdollisuutta muuttaa ohjelmaa, itsellä ristiriitainen olo. Tavallaan menee osa ohjelmasta hukkaan osalla. Vieläkin hyvin erilaisia tavoitteita. Ahdistavaa kun samassa ryhmässä tavoitellaan kovin erilaisia asioita. Miten ohjelmalla pystyy vastaamaan tavoitteisiin. Osa kaipasi punnitusta, osa ei todellakaan. Taas korostui, että hyvin erilaisia tavoitteita. Jos ryhmää voisi jakaa tai jo alussa olisi valittu porukka niin, että samanlaisilla tavoitteilla olevat olisivat samassa ryhmässä, pystyisi ohjelmaa muokkaamaan ryhmän kaipaamaan suuntaan. Voisiko olla vaihtoehtoinen ohjelma, jos ryhmässä tosiaan erilaisilla tavoitteilla olevia ihmisiä. Tekemistä sitä kaipaaville ja keskustelua toisille?	Osallistujien tavoitteiden erilaisuus Heterogeeninen ryhmä Sisällön ja tavoitteiden vastaaminen Heterogeenisen ryhmän ohjauksen haasteet Jako pienryhmiin, jotta sisältö kohtaisi osallistujien tavoitteet	Tavoitteiden asettelu

Vertaistuki ja pienryhmät

Ohjaajista erityisesti psykologi ja fysioterapeutti kokivat vertaistuen ja pienryhmätyöskentelyn elintapaintervention kehittämisalueiksi. Ohjaajat kokivat, että osallistujat kaipasivat enemmän aikaa keskustella, jolloin voisi saada vertaistukea samassa tilanteessa olevilta. Osallistujien erilaisiin lähtökohtiin ja tavoitteisiin liittyen osa kaipasi enemmän keskustelua ja ryhmässä samankaltaisessa tilanteessa olevilta saatavaa vertaistukea, osa nautti keskustelujen sijaan käytännön tekemisestä. Osa kaipasi myös enemmän ryhmäytymistä, mikä onnistuisi pienemmissä ryhmissä paremmin. Pienryhmässä jokaisen ääni tulee paremmin esille. Pienryhmätyöskentely myös sitouttaa ja motivoi osallistujia paremmin. Erityisesti psykologin tapaamiset kannattaisi toteuttaa pienryhminä, sillä psykologin ammattitaitoa kannattaisi käyttää hyödyksi ryhmäytymisen sekä osallistujien motivoitumisen ja omien tunteiden läpikäymisen

tukemisessa. Vertaistuki ja pienryhmät käsitteen muodostamisen prosessi on esitelty tarkemmin taulukossa 17.

Taulukko 17. Vertaistuki ja pienryhmät ohjaajien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Pienryhmät avaisivat keskustelua paremmin ja jokainen ehtisi puhua omista haasteista ja voisi saada tukea muilta Osa tarvitsisi lisää keskustelua. Osa kaipaa vain tekemistä. Jälkeenpäin hyvä keskustelu kahden ryhmäläisen kanssa armollisuudesta ja itsensä arvostamisesta. Osa kaipaa keskustelua ja ryhmäytymistä. Pienryhmissä keskustelu olisi tärkeää, jotta saisi tukea. Hyvä kun oli aikaa pysähtyä. Jakaa porukkaa jo aiemmin pienryhmiin, niin saadaan paremmin keskusteltua Psykologin tapaamiset olivat koko ryhmälle suunnattuja ja sinänsä haastavia, että henkilökohtainen ohjaus jäi toteutumatta Psykologin ominta osaamista olisi -ryhmäyttäminen, -pienryhmässä toteutettava motivointi -omien tuntemusten läpikäyminen Loppua kohden psykologin tapaamisissa pieni määrä osallistujia Kehitysehdotuksena pienryhmätyöskentely Tiiviimpi pienryhmä sitouttaa ja motivoi enemmän Pienryhmässä jokaisen ääni tulee paremmin kuuluviin	Aikaa keskustelulle Pienryhmissä keskustelua kaitavataan Tuki samassa tilanteessa olevilta Ryhmäytymisen, pienryhmässä motivointi ja omat tuntemukset psykologin toimesta Pienryhmätyöskentely sitouttaa ja motivoi	Vertaistuki ja pienryhmät

Ravitsemusohjaus

Ohjaajat kokivat ravitsemusohjauksen elintapaintervention kehittämisalueeksi. Ravitsemusohjausta olisi saanut olla enemmän. Lisäksi ravitsemusohjauksen olisi kannattanut olla yksilöllisempää. Ravitsemusohjaus käsitteen muodostaminen tarkemmin taulukossa 18. Ravitsemukseen liittyviä asioita käytiin läpi elintapaintervention alussa työterveyshoitajan aamupalaan liittyvällä ohjaukerralla sekä ravitsemusterapeutin kahdella koko ryhmän ohjaukerralla. Lisäksi fysioterapeutin pitämässä yksilöllisiä tavoitteita käsittelevissä yksilötapaamisissa mietittiin osan kanssa myös ravitsemuksellisia asioita. Elintapaintervention loppupuolella ravitsemukseen liittyviä asioita käsiteltiin liikunnan yhteydessä annettavina vinkkeinä. Osallistujien odotuksissa ja toiveissa oli henkilökohtaisempaa ja määrällisesti enemmän ravitsemusohjausta, joten tällä sisällöllä ohjelma ei kohdannut odotuksia ja tarpeita.

Taulukko 18. Ravitsemusohjaus ohjaajien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Ravitsemusneuvonnasta jäi tunne, että henkilökohtaisempi neuvonta olisi voinut olla monelle mieleisempää En tosin tiedä miten osallistujat ovat käyneet esim. ruokapäiväkirjoja läpi muiden ohjaajien kanssa Ruokapäiväkirjojen henkilökohtaiseen analysoimiseen ei ollut varattu aikaa tai resursseja. Ravitsemusohjausta kyseltiin syyskaudella, mutta sitä ei ollut suunniteltu ohjelmaan, eikä saatu toteutettua ravitsemusterapeutin toimesta, eikä budjetinkaan puolesta. Ravitsemukseen liittyvät ohjeet syksyllä fysioterapeutilta	Henkilökohtaisempi neuvonta ravitsemusohjauksessa Enemmän ravitsemusohjausta kaivattiin	Ravitsemusohjaus

Motivointi muutosprosessissa

Ohjaajien kokemuksen mukaan elintapaintervention toteutuksessa kehittämistä vaatisi myös muutosprosessissa motivoiminen. Elintapojen muutos on hyvin haasteellinen prosessi, jossa tarvitaan paljon tukea. Riittävän ajan mahdollistaminen siihen, että muutosprosessia käyvän osallistujan tilannetta on mahdollista tukea, on hyvin tärkeää. Varsinkin osallistujien henkilökohtaisten tavoitteiden laatimiseen olisi hyvä varata riittävästi aikaa, jolloin ohjaaja voi käyttää esimerkiksi motivoivan haastattelun tekniikkaa. Motivointi muutosprosessissa käsitteen muodostaminen on esitelty taulukossa 19.

Taulukko 19. Motivointi muutosprosessissa ohjaajien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Elintapamuutos on haastava prosessi, jossa tarvitaan paljon tukea. Lyhyt aika, jossa vain sovitaan ja kirjataan ylös tavoitteet, ei toimi. Osallistujat kaipaavat aikaa puhua ongelmistaan. Jos laihdusi niin, että vaan päättää tiputtaa 5kg, jokainen olisi varmasti tehnyt sen jo.	Elintapojen muutos haasteellinen prosessi, johon tarvitaan tukea ja aikaa	Motivointi muutosprosessissa

Ajankäyttö

Ajankäyttö nousi elintapaintervention kehittämiskohteeksi lukuisista ohjaajan päiväkirjan merkinnöistä. Ohjaajan havainnoissa, osallistujien liikuntakerroilla antamissa palautteissa sekä fysioterapeutin kokemuksissa nousi toistuvasti esille liian tiivis aikataulu elintapaintervention kevään ohjelmassa. Osallistujat kokivat, että aikataulu oli liian kiireinen. Fysioterapeutti koki, että aikataulu oli ohjauskerroilla liian kiireinen, jotta kunnolliseen ohjaamiseen ja varsinkin kokemusten jakamiseen jäisi riittävästi aikaa. Alkuvaiheessa ei myöskään ollut aikaa kunnolliseen ryhmäytymiseen. Myös yksilölliseen ohjaamiseen tarvittaisiin lisää aikaa, jotta voisi paremmin tukea muutosprosessissa. Fysioterapeutti koki myös, että aikataulun muuttamiselle ei ollut

mahdollisuutta, vaikka osallistujat ja ohjaajat toivat esille ajankäytön muutoksen tarpeen. Kesätaun jälkeen elintapaintervention aikataulua muutettiin ja aikaa järjestettiin paremmin, jotta voitiin paremmin huomioida osallistujien toiveita ja tarpeita. Ajankäyttö käsitteen muodostamisen prosessi esitelty taulukossa 20.

Taulukko 20. Ajankäyttö ohjaajien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Kiire aikataulu, ei ehdi ryhmäytyä Aikataulu liian kiireinen Kiire luennolle Haastavaa ohjata, kun kiire, harmittaa kun ei voi itse vaikuttaa aikatauluun, vaikka saa palautetta Kiire, palautetta paljon myös ryhmältä Ohjelman muuttamiselle ei aikaa eikä tukea Jatkossa aikaa pitää laskea ohjaajalta enemmän, jos yksilöohjaus halutaan hoitaa kunnolla Loppu interventiosta mahdollistui aikaa enemmän, voi huomioida toiveita ja tehdä muutoksia	Liian tiivis aikataulu aluksi Lopuksi ohjaajalla enemmän aikaa	Ajankäyttö

Osallistuminen

Osallistuminen koettiin elintapaintervention kehittämisalueeksi, sillä monella työkiireet tai muut elämäntilanteen aiheuttamat aikataululliset asiat rajoittivat osallistumista. Elintapaintervention ohjauskerrat olivat omaa aikaa ja erilaiset työajat ja elämäntilanteet toivat haasteita osallistumiselle. Osallistujia oli elintapaintervention alussa huomattavasti enemmän, lähes kaikki osallistujat olivat paikalla ensimmäisillä ohjauskerrroilla. Vähitellen osallistujamäärät hiukan vähenivät, vaihtelua oli paljon. Osallistujat saattoivat joutua jäämään pois, jos eivät saaneet työtehtäviään järjesteltyä niin, että olisi mahdollista tulla. Sairastumiset rajoittivat tietenkin hiukan osallistujamäärää, mutta useampi osallistuja kertoi myös läheisten sairastumisen aiheuttaneen haastetta panostaa elintapainterventioon. Muutama osallistuja ei ehkä myöskään jaksanut säilyttää mielenkiintoa osallistumiseen koko elintapaintervention ajan. Osallistumiseen pitäisi ehkä sitouttaa enemmän ja osallistumismahdollisuuksia tukea. Toisaalta tavoitteiden kohtaaminen ja pienryhmiin jako voisi tukea osallistumista, kun ohjelma koettaisiin juuri omiin tavoitteisiin nähden mielekkääksi. Osallistuminen käsitteen muodostaminen tarkemmin taulukossa 21.

Taulukko 21. Osallistuminen ohjaajien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Aikataulut haastavia monelle. Vaikka kokoontumisajat tiedossa jo varhain on hankaluuksia päästä paikalle. Toisilla todella kiire töissä mutta ja jotkut eivät ehkä aina jaksu tulla paikalle. Välillä pieni ryhmä, harmi kun kaikki ei pääse paikalle. Aikatauluissa jouduttiin soveltamaan paljon. Noin 10:n porukka suht motivoitunutta, muilla innostus hiipunut. Näky ettei panosteta niin paljon aikaa ja vaivaa.	Työ tai muut kiireet rajoittivat osallistumista Panostus osalla puutteellista	Osallistuminen

Moniammatillisuus

Ohjaajat kokivat moniammatillisuuden elintapaintervention kehittämisalueeksi. Ohjaajilla ei ollut tarkkaa tietoa muiden ohjaajien ohjauksetojen sisällöstä. Fysioterapeutti pääsi osallistumaan muutamalle psykologin luennolle, mutta muilla ohjaajilla oli tiedossa vain alustava runko elintapaintervention ohjelmasta. Ohjaajat kokivat, että tiiviimpi moniammatillinen yhteistyö ohjelmaa suunniteltaessa sekä toteutuksen aikana mahdollistaisi yhtenäisemmän kokonaisuuden, jolloin heidän olisi helpompi tukea osallistujia haastavassa prosessissa. Moniammatillisuus käsitteen muodostaminen on kuvattu taulukossa 22.

Taulukko 22. Moniammatillisuus ohjaajien kokemana kehittämisalueena

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Kiva olla mukana psykologin luennolla, olisi mukava tietää tarkemmin myös mitä ravitsemusterapeutti puhuu Ohjaajilla vain suurpiirteinen kuva toistensa osioista En tosin tiedä miten osallistujat ovat käyneet esim. ruokapäiväkirjoja läpi muiden ohjaajien kanssa Jos ohjaajat tekisivät enemmän yhteistyötä, voitaisiin sisältöä muuttaa tarvittaessa ja nopeastikin vastamaan toiveita Moniammatillinen palaveri olisi hyvä, jotta kaikki ohjaajat tietäisivät toisistaan ja voisivat paremmin tukea osallistujia	Ohjaajien kokonaiskuva sisällöstä puutteellinen Sisällön suunnittelu moniammatillisesti	Moniammatillisuus

6.9 Yhteenveto tuloksista

Monitahoarvioinnille olennainen ominaisuus on muodostaa arviointituloksista arvolausekkeet, jotka konkretisoivat ja yksilöivät tutkimustulokset. Arvolausekkeiden avulla tutkimustuloksista on nostettu esiin arviointiprosessissa havaitut positiiviset ja negatiiviset asiat. (Vartiainen 2007, 168.) Työpaikalla toteutetun elintapainervention monitahoarvioinnin tulosten yhteenveto on esitetty muodostamalla ensin arvolausekkeet erikseen jokaisesta arvioinnin alueesta. Arviointituloksista muodostetut arvolausekkeet on esitelty taulukossa 23. Sen jälkeen arviointiaselman mukaisesti kerättyjen arvolausekkeiden konkretisoimat tulokset on yhdistetty tekstin muodossa.

Taulukko 23. Arvolausekkeet arviointituloksista

<p>Arvolausekkeet elintapainterventioon osallistumisen vaikutuksista elintapoihin</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osallistuminen tuki painonhallintaa, mutta vain osa laihtui. 2. Vyötärön ympärys pieneni suurella osalla. 3. Kestävyyskunto koheni huomattavasti lähes kaikilla osallistujilla. 4. Osallistuminen tuki liikuntaan liittyvän yhden henkilökohtaisen tavoitteen saavuttamisessa, mutta ei niin hyvin toisessa henkilökohtaisessa tavoitteessa.
<p>Arvolausekkeet elintapainterventioon osallistumisen vaikutuksista elintapoihin ja työkykyyn osallistujien arvioimana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elintapainterventioon osallistuminen tuki elintapojen muutoksessa. 2. Osallistuminen edisti painonhallintaa 60 %:n mielestä, loput olivat osittain eri mieltä. 3. Terveellisempiin ruokailutottumuksiin aktivoituminen toteutui vain osittain 4. Kaikki osallistujat olivat innostuneet kokeilemaan sekä harrastamaan uusia liikuntamuotoja. Lähes kaikki olivat aktivoituneet harrastamaan liikuntaa säännöllisemmin. 5. Työssä jaksamisen koettiin parantuneen, työkykyyn ei merkittävää muutosta.
<p>Arvolausekkeet elintapainterventio vahvuuksista osallistujien kokemana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elintapainterventio toteutuksen vahvuuksia olivat liikunnan monipuolisuus sekä liikunnan harrastamisessa koettu ilo. 2. Henkilökohtaisten tavoitteiden laatiminen motivoi toteuttamaan muutoksia elintavoissa 3. Ryhmään kuuluminen ja siitä saatu tuki sekä fysioterapeutilta saatu tuki toteutuivat hyvin.
<p>Arvolausekkeet elintapainterventio kehittämisalueista osallistujien kokemana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vertaistuen mahdollisuuksia pitäisi lisätä muokkaamalla ohjelmaa niin, että se mahdollistaisi paremmin ryhmäytymisen ja kokemuksista keskustelun. 2. Tavoitelähtöisyys pitäisi huomioida paremmin osallistujia valitessa tai pienryhmiin jakamalla. 3. Motivoimiskeinoja ja henkistä tukea kannattaisi lisätä. Psykologista ohjausta olisi hyödyllistä kehittää yksilöllisemmäksi tai pienryhmätyöskentelyksi. 4. Ravitsemusohjausta kannattaisi kehittää yksilöllisemmäksi. 5. Yksilöllistä ohjausta pitäisi lisätä henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamisen tueksi. 6. Säännöllistä seurantaa pitäisi lisätä ja osallistumisen mahdollisuuksia kehittää 7. Moniammatillisen yhteistyön lisääminen, jotta kokonaisuus yhtenäisempi
<p>Arvolausekkeet elintapainterventio vahvuuksista ohjaajien kokemana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tavoitteisiin nähden sopivat aiheet 2. Hyvä vuorovaikutus ja riittävä keskustelu-aika mahdollistavat elintapojen muutoksessa tukemisen. Elintapainterventio ohjelman loppupuolella mahdollistui enemmän aikaa riittäväälle vuorovaikutukselle. 3. Elintapainterventio toteutus mahdollistaa monipuolisen tutustumisen erilaisiin liikuntalajeihin, joista osallistujat innostuivat, ja joita he aktivoituivat harrastamaan.
<p>Arvolausekkeet elintapainterventio kehittämisalueista ohjaajien kokemana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tavoitteiden asettelu ja niissä tukeminen on ryhmämuotoisena haasteellista, jos osallistujilla on hyvin erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet. Tavoitteiden huomioiminen ryhmää muodostettaessa tai pienryhmiin jakaminen mahdollistaisi paremmin tavoitteellisen toiminnan ja tuen antamisen. 2. Muutosprosessiin motivoitumiseen tarvitaan tukea ja aikaa, sillä elintapojen muutos on haasteellinen prosessi 3. Vertaistuen saaminen onnistuu, kun jää aikaa keskustelulle. Pienryhmissä työskentely motivoi ja sitouttaa paremmin. Psykologin ammattiosaamista kannattaa hyödyntää vertaistuen mahdollistavissa keskusteluissa. Parhaiten se onnistuu pienryhmätyöskentelyssä. 4. Ravitsemusmuutosten tueksi ja varsinkin laihdutustulosten saavuttamiseksi kaivattaisiin enemmän ravitsemusohjausta. 5. Ohjauksen ajankäyttö kannattaa jakaa niin, että keskitytään yhteen aiheeseen kerrallaan, jotta olennaiseen ohjaukseen jää riittävästi aikaa. 6. Osallistuminen osalla puutteellista, joten varsinkin työaikojen tuomat rajoitukset pitäisi pyrkiä minimoimaan työnantajan puolesta. Toisaalta myös osallistujien parempi sitouttaminen, esimerkiksi omia tavoitteita vastaavalla ohjelmalla, tukisi osallistumista. 7. Moniammatillisen yhteistyön lisääminen elintapainterventio aikana ja sitä suunniteltaessa auttaisi ohjaajia tukemaan osallistujia tehokkaammin ja yhtenäisemmin.

Työpaikalla toteutettuun elintapainterventioon osallistuminen tuki elintapojen muutoksessa. Kaikki osallistujat olivat innostuneet kokeilemaan ja harrastamaan uusia liikuntamuotoja sekä suurin osa oli aktivoitunut harrastamaan liikuntaa säännöllisemmin. Kestävyyskunto koheni huomattavasti lähes kaikilla osallistujilla. Terveellisempiin ruokailutottumuksiin aktivoituminen toteutui vain osittain. Vyötärönympärys pieni suurella osalla. Painonhallinta parani isolla osalla osallistujista, mutta laihdutustavoite toteutui vain noin puolella. Yhteen henkilökohtaisesti laadittuun tavoitteeseen ylsi melkein jokainen, mutta mahdollinen toinen tavoite jäi puolella jonkin verran tavoitetasosta. Osallistuminen paransi työssä jaksamista, mutta työkykyyn ei ollut selkeää vaikutusta. Elintapainterventioon toteutuksen vastaaminen osallistujien etukäteisodotuksiin jakoi mielipiteitä.

Sekä osallistujat, että ohjaajat kokivat, että elintapainterventioon osallistuminen mahdollistaa monipuolisen tutustumisen erilaisiin liikuntalajeihin, joista osallistujat innostuivat, ja joita he aktivoituivat harrastamaan. Ryhmään kuulumisen ja siitä saatu tuki sekä fysioterapeutilta saatu tuki toteutuivat hyvin. Elintapainterventioon ohjelman loppupuolella mahdollistui enemmän aikaa riittävälle vuorovaikutukselle.

Osallistujien ja ohjaajien kokemukset kehittämisalueista olivat hyvin yhtenäisiä. Osallistujien tavoitteiden huomioiminen ryhmää muodostettaessa tai pienryhmiin jakaminen mahdollistaisi paremmin tavoitteellisen toiminnan ja tuen antamisen. Vertaistuen mahdollisuuksia pitäisi lisätä muokkaamalla ohjelmaa niin, että se mahdollistaisi paremmin ryhmäytymisen ja kokemuksista keskustelun. Vertaistuen saaminen onnistuu, kun jää aikaa keskustelulle. Pienryhmissä työskentely motivoi ja sitouttaa paremmin. Psykologin ammattiosaamista kannattaa hyödyntää vertaistuen mahdollistavissa keskusteluissa. Psykologista ohjausta olisi hyödyllistä kehittää yksilöllisemmäksi tai pienryhmätyöskentelyksi. Motivoimiskeinoja ja henkistä tukea kannattaisi lisätä. Ravitsemusmuutosten tueksi ja varsinkin laihdutustulosten saavuttamiseksi kaivattaisiin enemmän ravitsemusohjausta. Ravitsemusohjausta kannattaisi kehittää yksilöllisemmäksi. Yksilöllisen ohjauksen lisääminen tukisi henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamista. Säännöllistä seurantaakin pitäisi lisätä ja osallistumisen mahdollisuuksia kehittää. Moniammatillinen yhteistyön lisääminen elintapainterventioon aikana ja sitä suunniteltaessa auttaisi ohjaajia tukemaan osallistujia tehokkaammin ja yhtenäisemmin.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida työpaikalla toteutetun elintapaintervention toteutusta monitahoisesti. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työpaikalla toteutetun elintapaintervention vaikutuksista sekä toteutuksen vahvuuksista ja kehittämisalueista, joiden pohjalta sitä voidaan jatkossa kehittää.

Länsi-Suomen Diakonialaitoksella suunniteltiin ja toteutettiin uudenlainen 10 kuukauden mittainen liikuntapainotteinen elintapainterventio, jonka tavoitteena oli aktivoida ja innostaa osallistujia liikunnan pariin, edistää terveellisiä ruokailutottumuksia sekä edistää painonhallintaa. Elintapainterventioon osallistumisen oli tarkoitus myös tukea työssä jaksamista.

7.1.1 Elintapaintervention vaikutukset

Elintapojen muutos ja painonhallinta

Länsi-Suomen Diakonialaitoksella toteutettuun elintapainterventioon osallistuminen tuki elintapojen muutoksessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että työpaikoilla toteutetuilla ravitsemusneuvontaa ja fyysistä harjoittelua sisältävillä elintapainterventioilla on saatu kohennettua työntekijöiden elintapoja (Christensen ym. 2011; Mache ym. 2015), tosin elintapojen muutokset on yleisimmin raportoitu muutoksena painossa (Davis ym. 2014a; Siegel ym 2010; Salinardi ym. 2013). Andersonin ym. (2009) systemaattisen katsauksen mukaan, työpaikoilla toteutetuilla puolesta vuodesta vuoteen kestäneillä ravitsemusta ja liikuntaa yhdistävillä elintapainterventioilla voidaan saavuttaa maltillisia muutoksia työntekijöiden painoon. Länsi-Suomen Diakonialaitoksella toteutetun työntekijöiden elintapaintervention osallistujien paino väheni prosentuaalisesti vain hiukan (1,1 %), yksilötasolla puolet osallistujista pudotti painoaan.

Elintapaintervention tavoitteena oli edistää painonhallintaa, joten tavoitteen voidaan katsoa pääasiassa toteutuneen, kun painonhallinnaksi määritellään painon

lisääntymisen estäminen (Angle 2015, 118). Työikäiselle ylipainoiselle tyypillistä on painon jatkuva lisääntyminen vuodesta toiseen, joten tärkeä ensimmäinen tavoite on pysäyttää jatkuva lihominen. Laihtuminen on mahdollista, kun ensin onnistuu painonhallinnassa. (Alahuhta & Laitinen 2011, 59-60.) Yli puolet elintapainterventioon osallistujista koki painonhallinnan kohentuneen ainakin osittain.

Ravitsemusohjaus ja laihtuminen

Liikunnan lisääminen auttaa painonhallinnassa, mutta jos halutaan laihtuttaa yli kolme kilogrammaa, tarvitaan muutoksia ruokavalioon (Kay & Fiatarone 2006). Paino väheni alle puolella ja terveellisempiin ruokailutottumuksiin aktivoituminen toteutui vain osittain Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapainterventioon osallistuneiden kokemuksen mukaan. Aikaisemmissa työpaikoilla toteutetuissa elintapainterventioissa oli harvoin tutkittu erikseen ruokailutottumusten muutosta. Ainoastaan saksalaisen logistiikkayrityksen työntekijöille toteutetussa 12 kuukauden elintapainterventiossa, joka sisälsi ryhmässä tapahtuvaa ja tarvittaessa yksilöllistä ravitsemusneuvontaa, raportoitiin ruokailutottumusten kohentuneen (Mache ym. 2015). Työpaikoilla toteutetut elintapainterventiot sisälsivät kyllä ravitsemusneuvontaa, mutta sen vaikutuksia oli mitattu pääasiassa painon muutoksena. Paino tai BMI alenikin lähes kaikissa työpaikoilla toteutetuissa ravitsemusneuvontaa sisältäneissä elintapainterventioissa (Christensen ym. 2011; Davis ym. 2014; Mache ym. 2015; Salinardi ym. 2013; Siegel ym. 2010; Siti ym. 2016.)

Aikaisempien tutkimusten työpaikalla toteutetut elintapainterventiot sisälsivät huomattavasti enemmän ravitsemusneuvontaa kuin Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventio, joka sisälsi kaksi ravitsemusterapeutin luentoa sekä vinkkejä terveellisempien valintojen tekemiseen. Tanskalaisten terveydenhuollon työntekijöiden elintapainterventio sisälsi työpaikalla tapahtuvaa ravitsemusohjausta noin 30 minuuttia viikossa, kolmen kuukauden ajan. Osallistujille laadittiin henkilökohtaiset ravitsemusohjeet, joiden noudattamista ja vaikutuksia seurattiin sekä muutettiin tarvittaessa. Osallistujien paino väheni keskimäärin 3,6 kg. (Christensen ym. 2011). Yhdysvalloissa energiantuotantoyhtiön kolmella työpaikalla toteutettuihin 6 kuukauden elintapainterventioihin sisältyi 13 kertaa yksilöllistä ravitsemusneuvontaa. Niihin osallistuneet laihtuivat keskimäärin 5,6 prosenttia lähtöpainostaan. (Davis ym. 2014a.) Yliopiston työntekijöille toteutetun kahdeksan kuukauden elintapainterventio

sisälsi luentoja, ryhmätapaamisia ja henkilökohtaisia ohjeita sekä käytännön harjoittelea, aluksi kerran viikossa ja sitten harvemmin. Osallistujien paino aleni keskimäärin kuusi prosenttia. (Siti ym. 2016).

Vyötärön ympäryys ja liikunnan harrastaminen

Vyötärön ympäryys pieneni Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventioon osallistumisen myötä. Vyötärön ympäryys pieneni keskimäärin viisi cm, mikä on 4,5 prosenttia vähemmän kuin alussa. Vyötärön ympäryys pieneni suurimmalla osalla (77 prosenttia) osallistujista, loppuilla se pysyi samana. Aikaisemmassa tanskalaisille terveydenhuollon työntekijöille toteutetussa kolmen kuukauden elintapainterventiossa raportoitiin vyötärön ympäryksen pienentyneen neljä cm (Christensen ym. 2011). Muissa aikaisemmissa työpaikoilla toteutetuissa elintapainterventioissa vyötärön ympäryksessä ei ollut raportoitu tapahtuneen merkittäviä muutoksia (Davis ym. 2014; LaGaille ym. 2016; Siegel ym. 2010; Siti ym. 2016) tai sitä ei ollut mitattu ollenkaan (Salinardi ym. 2013; Mache ym. 2015). Vyötärön ympäryksen pieneminen on silti hyvin merkityksellistä, sillä rasvan vähentyminen juuri vyötärön alueelta on terveyden kannalta erityisen tärkeää (Lihavuus: Käypä hoito -suositus 2013). Vyötärön ympäryksen pieneminen voi olla jopa hyödyllisempää terveydelle kuin laihtuminen. Vyötärön ympäryksen pienemisen myötä tapahtuva keskivartalon rasvan vähentymisellä on monia terveysvaikutuksia, vaikka paino ei pienenisikään. (Despres 2015, 216.)

Liikunnan lisäämisen on tutkimuksissa todettu vaikuttavan erityisesti keskivartalon rasvaa vähentävästi ylipainoisilla henkilöillä (Kay & Fiaterone 2006, 183). Työpaikalla toteutettujen elintapainterventioiden tuloksissa on myös nähtävissä, että jos kestävyyskunto kohenee, keskivartalon rasva vähenee, sillä vyötärön ympäryys pienenee (Christensen ym. 2015). Tämä yhteys näkyi myös Länsi-Suomen Diakonialaitoksella toteutetun elintapaintervention tuloksissa, joissa saatiin positiivisia vaikutuksia vyötärön ympärykseen sekä kestävyyskuntoon.

Elintapaohjauksessa voidaan toistuvien liikuntaharjoitusten myötä edesauttaa liikunnan harrastamisen muodostumista jatkuvaksi tavaksi (Asbetz & Hankonen 2017, 1018; Kauronen 2016, 128). Kaikki Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapainterventioon osallistuneet innostuivat kokeilemaan ja harrastamaan uusia liikuntamuotoja.

Lisäksi suurin osa aktivoitui harrastamaan liikuntaa säännöllisemmin. Kestävyyskunto koheni huomattavasti lähes kaikilla osallistujilla. Elintapainterventio sisälsi liikuntaa noin tunnin kerrallaan, kerran viikossa (kesätaukoa lukuun ottamatta). Osallistujat tutustuivat 14 eri liikuntalajiin, erityisen sopivia tai toivottuja liikuntalajeja harrastettiin useampaan kertaan. Lisäksi osallistujat saivat kirjallisia ja sanallisia ohjeita, miten he voivat jatkaa harrastamisessa omatoimisesti, tai missä ja milloin vastaavaa liikuntalajia voi harrastaa. Liikuntalajeja ja kotiohjeita ohjasivat fysioterapeutit (18 kertaa) ja liikunnanohjaajat kolme kertaa) sekä joogaohjaaja (kerran). Liikunta ei ollut työaikaa, mutta tapahtui heti työajan päätyttyä työpaikalla, jotta kaikkien olisi mahdollisimman helppo osallistua.

Aikaisemmissa työpaikoilla toteutetuissa elintapainterventioissa, jotka sisälsivät liikuntaa, kahdessa raportoitiin liikunnan harrastamisen lisääntyneen (Christensen ym. 2015; LaGaille ym 2016), osassa ei ollut saatu merkittäviä muutoksia (Siegel ym. 2010; Siti ym. 2016) tai sitä ei ollut mitattu (Davis ym 2014; Salinardi ym. 2013). Tanskalaisten terveydenhuollon työntekijöiden kolmen kuukauden mittainen elintapaintervention liikuntaosuus sisälsi 10-15 minuuttia harjoittelua työajalla sekä ohjeita omatoimiselle harjoittelulle, jonka myötä osallistujien kestävyyskunto koheni. (Christensen ym. 2015.) Sairaalan työntekijöille Yhdysvalloissa toteutetussa 12 kuukauden elintapainterventiossa jaettiin tietoa ja parannettiin liikuntamahdollisuuksia, jonka myötä kävelyaktiivisuus parani (LaGaille ym. 2016).

Elintapainterventioon osallistuneiden liikunta-aktiivisuuden ja kestävyyskunnan kohentuminen on hyvin merkittävä tulos, sillä kohtuullisesti kuormittavan liikunnan harrastamisella saavutetaan merkittäviä terveysvaikutuksia. Kohtuullisesti kuormittavan liikunnan harrastamisen myötä vähenee mm. riski sairastua sydänsairauksiin, tyypin 2 diabetekseen, paksusuolen syöpään ja masennukseen. (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2018.) Yksilötasolla liikunta-aktiivisuuden lisääntyminen vähentää sairauksia sekä parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä. Yhteiskunnan kannalta ajateltuna liikkumisen lisääntyminen voisi tuoda miljoonien tai jopa miljardien säästöt vuosittaisissa terveydenhuollon kustannuksissa. On arvioitu, että terveydenhuollon kokonaiskustannuksista 4,4 miljardia aiheutuu väestön liikkumattomuudesta. (Vasankari & Kolu 2018, 57-60.) Liikunta-aktiivisuuden lisääntymisen parantaa myös painonhallintaa (Fogelholm & Kukkonen-Harjula 2000, 95). Liikunta edistää painon

pudotusta sekä ehkäisee painonnousua laihtumisen jälkeen (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2018). Toisaalta, vaikka paino ei vähenisikään, liikunnan lisääntymisellä on enemmän terveyttä edistäviä vaikutuksia kuin laihtumisella. Huono fyysinen kunto on terveyden kannalta suurempi riski kuin ylipaino tai lihavuus. Vaikka ylipaino lisää riskiä sairastua moneen sairauteen, samanaikainen fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen vähentää riskiä huomattavasti (Fogelholm 2010, 202).

Työkyky

Elintavoilla on todettu olevan merkittävät vaikutukset terveyteen ja työkykyyn (Borodulin ym. 2018b, 4; Laitinen 2018, 162; Vuori 2015, 734). Työpaikoilla toteutettujen elintapainterventioiden muutosten vaikutusta työkykyyn on tutkittu kuitenkin harvoin (Laitinen ym.2016). Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventioon osallistumisen koettiin parantaneen työssä jaksamista, työkyvyn koki parantuneeksi puolet osallistujista. Aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa oli toteutettu työpaikalla liikunta- ja ravitsemusohjausta sisältänyt elintapainterventio, ei ollut tutkittu vaikutuksia työkykyyn tai työssä jaksamiseen. Promo@Work -hankkeessa on tehty tieteellisiä kirjallisuuskatsauksia työpaikoilla toteutetuista interventiotutkimuksista. Työpaikoilla toteutettuja laadukkaita terveyden edistämisen tutkimuksia on sen mukaan tehty hyvin vähän. Sen lisäksi työpaikoilla järjestetyissä terveellisen ravitsemuksen ja liikunnan edistämisen liittyvissä katsauksissa ei ollut useimmiten käytetty mitään työkyvyn mittaria. (Laitinen ym. 2016.)

Työpaikoilla toteutetuissa pelkästään liikuntaa sisältäneissä interventioissa osassa on tutkittu myös yhteyttä työkykyyn. Liikunta fyysisesti raskaassa työssä -katsauksessa alle puolessa työpaikalla toteutetuista liikuntaa sisältäneistä interventioista oli tutkittu vaikutusta työkykyyn tai työhyvinvointiin. Liikuntainterventioiden vaikutuksia olivat työkyvyn ja tuottavuuden kohentuminen, sairauspoissaolojen vähentyminen, työkuormituksen pieneminen sekä ennenaikaisen työkyvyttömyyden riskin pienentyminen. (Laitinen ym. 2016.)

7.1.2 Osallistujien ja ohjaajien kokemuksiin perustuvat elintapaintervention vahvuudet

Liikunnasta innostuminen

Liikunnallinen sisältö oli osallistujien ja ohjaajien kokemusten mukaan yksi Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapaintervention vahvuuksista. Sekä osallistujat, että ohjaajat kokivat, että elintapainterventioon osallistuminen on mahdollistanut monipuolisen tutustumisen erilaisiin liikuntalajeihin. Osallistujat ovat kokeneet liikunnan iloa ja innostuneet harrastamaan liikuntaa. Liikkumisessa koettu ilo, hyvän olon tunne sekä onnistumisen kokemukset kannustavat jatkamaan liikunnan harrastamista (Laitinen, Alahuhta, Keränen, Korkiakangas & Nevanperä 2012, 46). Kevyenkin liikunnan harrastaminen lisää mielihyvän kokemuksia, vähentää toivotonmuuden tunnetta ja lisää pystyvyyden tunnetta, jonka myötä on helpompi noudattaa elintapojen muutoksia (Borg & Heinonen 2015, 170).

Henkilökohtaisten tavoitteiden laatiminen

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventioon osallistuneista lähes kaikki kokivat, että elintapaintervention alussa kartoitettiin riittävästi terveydentilaa, ja että alkumittaukset ja -testit motivoivat aloittamaan muutoksia elintavoissa. Myös omien tavoitteiden laatimisen koettiin motivoivan toteuttamaan muutoksia elintavoissa. Tavoitteiden asettamisen on osoitettu olevan hyvä keino edistää elintapojen muutosta (Locke & Latham 2002, 705; Michie, Abraham, Whittington, McAteer & Gupta 2009, 690). Aikaisemmissa tutkimuksissa työpaikoilla toteutetuista elintapainterventioista tavoitteiden asettelua oli käytetty käyttäytymisen muutoksen ohjauksen osana (Christensen ym. 2011; Salinardi ym. 2013).

Elintapojen muutoksia tavoitellessa, on hyvä ensin hahmottaa nykytilanne, jonka pohjalta voidaan luoda tavoitteet. Omaan terveyteen liittyvien tietojen saaminen ei kuitenkaan tue muutosaikeudesta tai sen toteuttamista, ellei ole uskoa ja luottamusta siihen, että tilanteeseen pystyy vaikuttamaan. (Absetz & Hankonen 2017, 1016). Konkreettiset tavoitteet, joiden saavuttamiseksi suunnitellaan tarkat toteuttamiskeinot, helpottavat elintapojen muutosprosessia (Absetz & Hankonen 2011, 2268; Korkiakangas 2017, 40). Tavoitteiden realistisuutta ja konkreettisuutta pitää ohjata ja tarkistaa säännöllisesti (Kauronen 2016, 128). Diakonialaitoksen elintapaintervention tavoitteiden

asettelussa ja toteutumisessa käytettyä GAS-menetelmää on kehitetty alun perin kuntoutuksen tavoitteiden määrittämisen ja arvioinnin välineeksi, mutta sen on todettu soveltuvan myös erilaisten interventioiden vaikuttavuuden arviointiin. GAS-menetelmän avulla laadittujen henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisen on todettu motivoivan ja sitouttavan muutokseen. (Alanko ym. 2017, 4.)

Vuorovaikutus sekä ryhmän ja fysioterapeutin tuki

Hyvä vuorovaikutus ja ryhmän tuki koettiin tärkeiksi muutoksessa tukeviksi asioiksi. Ryhmytymistä olisi kaivattu enemmän, mutta moni koki kuitenkin saaneensa ryhmässä tekemisestä tukea omaan muutosprosessiin. Varsinkin ryhmässä liikkuminen koettiin innostavaksi. Osallistujat toivat esille tärkeänä asiana fysioterapeutin kannustamisen ja tuen. Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapaintervention ohjelmaa ja aikatauluja muokattiin loppua kohden rauhallisemmiksi, mikä mahdollisti luonnollisten vuorovaikutustilanteiden lisääntymisen. Riittävä aika ryhmätilanteissa sekä keskustelut yksilöllisesti ja pienryhmissä mahdollistivat osallistujien huomioimisen ja tukemisen paremmin. Elintapojen muutos on hyvin haasteellinen prosessi, jossa tarvitaan paljon ymmärtävää suhtautumista, rohkaisevaa kannustusta sekä sopivaa palautetta. Ulkopuolisen tuen ja kannustuksen avulla on mahdollista löytää voimavaroja toteuttaa muutoksia. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 18; Laitinen ym. 2016, 10.) Elintapamuutoksessa tukiessa on tärkeää varmistaa, että tiedon vastaanottajille muodostuu riittävä luottamus omista mahdollisuuksista tehdä muutoksia. Ilman pystyvyyden kokemuksen vahvistamista muutoshalun sijasta voi ilmaantua muutosvastarintaa. (Absetz & Hankonen 2017, 1016.)

Ohjaajien kokemusten mukaan yksi elintapaintervention vahvuuksista oli myös oikeanlainen elintapaintervention tavoitteita tukeva asiasisältö. Työpaikoilla toteutetun terveydenedistämisen toimenpiteissä painottuukin usein tiedon lisääminen (Seppälä ym. 2018). Elintapojen muutoksessa tarvittavat tiedot auttavat ymmärtämään omaa tilannetta ja löytämään keinoja muutokseen, mutta tiedot yksin eivät auta elintapamuutoksessa (Laitinen ym. 2016, 10).

7.1.3 Osallistujien ja ohjaajien kokemuksiin perustuvat kehittämisalueet

Vaikka elintapainterventiolle suunnitteluvaiheessa asetetut tavoitteet tuntuivat toteutuneen melkoisen hyvin, nousi osallistujien ja ohjaajien kokemusten pohjalta paljon kehittämisalueita. Elintapaintervention toteutuksen vastaaminen osallistujien etukäteisodotuksiin jakoi mielipiteitä. Varsinkin laihtumiseen liittyviä ja sitä tukevia sisältöjä olisi kaivattu enemmän. Osallistujilla oli kovin erilaisia lähtökohtia ja tavoitteita, mikä vaikutti vertaistuen saamiseen. Myös elintapaintervention ohjelmasta vastanneet ohjaajat näkivät paljon kehittämiskohteita. Osallistujien ja ohjaajien kokemukset kehittämisalueista olivat hyvin yhtenäisiä.

Ravitsemusohjaus

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapaintervention sisältöön kaivattiin enemmän ravitsemusohjausta. Sekä ohjaajat, että osallistujat toivat esille, että ravitsemusmuutosten tueksi ja varsinkin laihdutustulosten saavuttamiseksi kaivattaisiin enemmän ravitsemusohjausta. Ravitsemusohjauksen uskottiin myös olevan vaikuttavampaa, jos se olisi yksilöllisempää. Työpaikoilla aikaisemmin toteutetut elintapainterventiot, jotka ovat sisältäneet huomattavasti enemmän ravitsemusneuvontaa, josta osa on toteutettu ryhmässä ja osa yksilöllisesti, ovat edesauttaneet parempia laihdutustuloksia (Christensen ym. 2011; Davis ym. 2014; Siti ym. 2016).

Tavoitelähtöisyys ja vertaistuki

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen elintapaintervention osallistujat ja ohjaajat kokivat, että osallistujien tavoitteiden huomioiminen ryhmää muodostettaessa mahdollistaisi paremmin tavoitteellisen toiminnan ja vertaistuen antamisen. Elintapaintervention osallistuvien ryhmää muodostaessa kannattaa huomioida samankaltaiset tavoitteet, sillä kohdentamattomilla elintapainterventioilla vaikutukset vähenevät (Absetz & Hankonen 2011, 2266). Osallistujien samankaltaiset tavoitteet lisäävät yhteenkuuluvuuden tunnetta, jolloin ryhmä toimii voimavarana (Kauronen 2016, 128; Kyngäs ym. 2007, 104). Vertaistuen mahdollisuuksia voitaisiin lisätä muokkaamalla ohjelmaa niin, että se mahdollistaisi paremmin ryhmäytymisen ja kokemuksista keskustelun. Vertaistuen saaminen onnistuu, kun jää aikaa keskustelulle. Samankaltaisessa tilanteessa olevien kokemusten jakaminen, erityisesti sen, miten voi selvitä haasteista, auttaa oman

pystyvyyden kokemuksen vahvistumista (Ashford, Edmunds & French 2010, 265). Pienryhmissä työskentely motivoi ja sitouttaa paremmin. Psykologin ammattiosaimista voitaisiin parhaiten hyödyntää vertaistuen mahdollistavissa keskusteluissa. Psykologista ohjausta olisi hyödyllistä kehittää yksilöllisemmäksi tai pienryhmätyöskentelyksi. Pienryhmiin jako voisi tapahtua myös työajat huomioimalla, jolloin osallistumismahdollisuudet paransivat.

Motivointi, henkinen tuki, yksilöllisyys ja säännöllinen seuranta

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventioon osallistujien sekä ohjaajien kokemuksen mukaan elintapojen muutosprosessissa tukemiseen olisi kannattanut panostaa enemmän. Yksilöllisen ohjauksen lisääminen tukisi henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamista. Henkilökohtaiset tavoitteet laadittiin yksilöllisesti, mutta yksilölliset ajat olivat lyhyitä. Elintapamuutosmotivaatiota voidaan vahvistaa tukemalla pystyvyyden, omakohtaisen mielekkyyden ja autonomian kokemuksia. Kuunteleva ja ymmärtävä vuorovaikutustyyli edesauttaa motivaation löytämistä. (Asbetz & Hankonen 2017, 1018). Ryhmässä tapahtuva ohjaus on kustannustehokasta, mutta yleensä yksilöllisen ja ryhmäohjauksen yhdistäminen lisää vaikuttavuutta (Heinonen ym. 2010, 26-27; Kauronen 2016, 127). Elintapamuutoksia pyritään usein edesauttamaan ensisijaisesti jakamalla tietoa, vaikka tutkimustuloksia alkaa olla yhä enemmän siitä, että käyttäytymisen muutosta tulisi tukea muutoshalukkuuden ja taitojen tukemisen avulla (Absetz & Hankonen 2017, 1015).

Henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamista tukee, jos laaditaan konkreettiset toiminnalliset tavoitteet, joiden saavuttamista seurataan säännöllisesti (Absetz & Hankonen 2011, 2268; Kauronen 2016, 128). Oman käyttäytymisen seurantaan ohjaamisen on todettu olevan kaikkein tehokkain yksittäinen tekniikka elintapamuutoksessa tukemisessa. Motivoivan haastattelun yhdistäminen tavoitteiden asettamiseen on todettu olevan myös tehokas keino. (Asbetz & Hankonen 2011, 2268-2269.) Toteuttamalla yksilöllistä ohjausta vähän pidempinä aikoina ja säännöllisemmin, voitaisiin paremmin käyttää tehokkaiksi todettuja käyttäytymisen muutosta tukevia keinoja.

Moniammatillisuus

Sekä elintapaintervention ohjaajat, että osallistujat kaipasivat lisää moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyön lisääminen elintapaintervention aikana ja

sitä suunniteltaessa auttaisi ohjaajia tukemaan osallistujia tehokkaammin ja yhtenäisemmin. Elintapaintervention ohjaajan ammattinimikkeellä ei ole todettu olevan erityistä vaikutusta elintapojen muutoksen onnistumiseen (Absetz & Hankonen 2011, 2267). Kuitenkin parhaimmillaan elintapainterventio pohjautuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja viestintään eri toimijoiden välillä (Heinonen ym. 2010, 27).

7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Terveyden edistämiseen pyrkivien interventioiden arviointitutkimusten luotettavuuden arviointi voi olla haasteellista, sillä tutkimuksen kohteena olevien ihmisten käyttäytymistä ei voida tutkia kontrolloiduilla koeasetelmilla. Arviointitutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa perustelemalla tutkimuksessa tehdyt valinnat ja päätelmät mahdollisimman hyvin. (Aalto-Kallio ym. 2009, 105; Kananen 2010, 70-71.) Tutkimusta tehdessä on toimittu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta sen tulokset olisivat uskottavia ja luotettavia sekä eettisesti hyväksyttäviä. Tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimuksen aineiston ja analyysimenetelmien selkeä kuvaus lisää luotettavuutta (Ronkainen ym. 2013, 136). Tutkimuksen kaikki vaiheet on pyritty kuvaamaan tarkasti, jotta lukijan on mahdollista arvioida tutkijan toiminnan ja tulosten luotettavuutta.

Määrällisten tulosten mittareina on käytetty kansainvälisissä tutkimuksissa testattuja mittareita, jotta tulokset ovat toistettavia ja vertailukelpoisia (Hirsijärvi ym. 2009, 231). Mittaukset ja testit on suorittanut terveydenhuollon ammattilainen, jolla on monien vuoden kokemus mittarien ja testien käytöstä. Loppukyselyitä varten ei ollut saatavissa valmista mittaria, koska sen avulla haluttiin selvittää juuri tämän Länsi-Suomen Diakonialaitoksella toteutetun työntekijöiden elintapaintervention tavoitteiden toteutumista. Kun päädytään luomaan täysin uusi mittari, tutkimuksen luotettavuus perustuu tämän uuden mittarin luotettavuuteen. Loppukyselylomakkeet on laadittu huolellisesti ja niiden mittarit muokattu lopullisiksi esitestauksen jälkeen, mikä lisää luotettavuutta. (Metsämuuronen 2006, 50.) Laadullisten tutkimustulosten luotettavuutta

parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta (Hirsijärvi ym. 2009, 232).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä (Hirsijärvi ym. 2009, 233). Monitahoarvioinnissa on sovellettu määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää, jolloin arviointitulosten luotettavuus paranee. Myös laadullisten tutkimustulosten esittäminen määrällisessä muodossa parantaa luotettavuutta. (Vartiainen 2007, 171.) Eri näkökulmista kerätyt tiedot tuottavat monipuolisen käsityksen arvioitavasta kohteesta. Monipuolista aineistoa käyttämällä saadaan luotettavampi ja uskottavampi arviointitulos. (Kananen 2014, 121; Vartiainen 2007, 170.) Tässä arviointitutkimuksessa on käytetty mahdollisimman monipuolista aineistoa, jotta voidaan mahdollisimman luotettavasti arvioida Länsi-Suomen Diakonialaitoksella toteutetun työntekijöiden elintapaintervention vaikuttavuutta, onnistuneita käytäntöjä sekä kehittämistä vaativia kohteita. Arviointi on suunniteltu sen tavoitteet sekä tarpeet ja resurssit huomioiden. Arviointikohde on rajattu, pätevä tieto ja edunsaajat ovat määriteltynä. Tiedonkeruumenetelmät ja tiedon dokumentointitavat on tehty näkyviksi ja perusteltu. (Kivipelto 2012, 13-14.) Tutkimuksen tavoitteena ei ole ollut saada tilastollisesti merkittäviä tuloksia, vaan tavoitteena on ollut saada tietoa tutkimuksen kohteena olleesta elintapainterventiosta ja siihen osallistuneiden kokemuksista.

Tutkimusasetelmaa suunniteltaessa oli vaihtoehtona myös toimintatutkimus arviointitutkimuksen sijaan. Toimintatutkimus olisi sopinut, sillä sen avulla pyritään hyödyntämään ja soveltamaan tietoa, sekä löytämään ratkaisut käytännössä havaittuihin ongelmiin (Heikkinen 2015, 209; Kananen 2014, 101). Myös tutkimusta kirjoittaessa tutkija pohti moneen kertaan, että toimintatutkimus olisi mahdollisesti sopinut paremmin kuin arviointitutkimus, sillä tutkija oli voimakkaasti mukana arvioitavassa toiminnassa. Tutkimuksen tekijällä ei ollut kuitenkaan mahdollisuutta suunnitella elintapaintervention sisältöä aikaisempiin tutkimustuloksiin perustuen, vaan hän pääsi muokkaamaan käytäntöä vasta toteutusvaiheessa, joten arviointitutkimuksen valinta tuntui sopivammalta. Aluksi tuntui haastavalta tehdä mahdollisimman objektiivista arviointia toiminnasta, jossa oli itse ollut vahvasti mukana, mutta aikataulullisista syistä tulosten analysointi venyi pitkälle elintapaintervention lopetuksesta, jolloin oli helpompi tarkastella tuloksia kuten ulkopuolinen. Monitahoarvioinnille olennainen piirre on

osallistaa avainryhmien edustajia arviointikriteerien muodostamiseen, sillä usein heillä on laaja ymmärrys arvioitavasta toiminnasta. (Vartiainen 2007, 163.) Tähän perustuen toiminnassa mukana olemisen katsottiin olevan etu mietittäessä arviointiasetelmaa sekä arviointia tehdessä.

7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Eettisyys on huomioitu koko tutkimuksen ajan. Tutkija on pyrkinyt toteuttamaan kaikki tutkimuksen aikana tehdyt valinnat eettisesti kestäväällä tavalla. (Pohjola 2007, 11-12.) Tutkimusta tehdessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu, että tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa on noudatettu eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tulokset julkaistaan noudattaen avoimuutta ja vastuullisuutta. Tarvittavat tutkimusluvut on hankittu tutkimuksen edellyttämiltä tahoilta. Tietosuojasta on huolehdittu asianmukaisesti koko tutkimusprosessin ajan. Muiden tutkijoiden julkaisuihin on viitattu oikean lähdemerkintäkäytännön mukaisesti. Tutkimuksen tekijä on vastuussa tieteellisen käytännön toteutumisesta tässä tutkimuksessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Erityisesti arviointitutkimuksessa huomioitavia keskeisiä eettisiä periaatteita ovat arvioidavien kunnioittaminen, rehellisyys, oikeudenmukaisuus ja totuudessa pysyminen (Aalto-Kallio ym. 2009, 120). Tutkimuksen tärkeänä eettisenä perustana on huomioitu tutkimuksessa mukana olleiden elintapainterventioon osallistuneiden oikeudet ja niiden kunnioittaminen. Tutkimuksen näkökulma on pyritty määrittelemään eettisesti niin, ettei tutkimusasetelma etsi ongelmia tai nimeä tutkimuksen kohdetta negatiivisesti. Tutkimuksesta on informoitu kaikkia osapuolia avoimesti ja rehellisesti. (Pohjola 2007, 17-20.)

Arviointitutkimus toteutettiin yhteistyössä Länsi-Suomen Diakonialaitoksen kanssa. Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa Diakonialaitoksen henkilöstöpäälliköltä. Diakonialaitoksella ei ole nimettyä eettistä toimikuntaa, joka arvioisi tutkimuksen eettisiä lähtökohtia, mutta aiheet käsitellään johtoryhmän kokouksissa. Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventioon osallistujille kerrottiin ryhmän

alkaessa, elintapainterventiosta tehdään ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinäytetyö. Elintapaintervention alkaessa osallistujille tiedotettiin, että elintapaintervention toteutusta on tarkoitus kehittää tästä ensimmäisestä interventiosta saatavien tulosten ja kokemusten perusteella. Elintapainterventioon osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Myös testeihin ja mittauksiin osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Osa ryhmäläisistä kokikin, ettei kaikkien alussa tehtyjen mittausten uusiminen palvele heidän tavoitteidensa toteutumista, joten he toivoivat, ettei niitä uusita. Muutama osallistuja suorittikin vain osan loppumittauksista. Loppukysely oli vapaaehtoinen ja sen pystyi palauttamaan nimettömästi.

Mittausten ja testien tulokset, kyselylomakkeet sekä ohjaajan päiväkirja ovat vain tutkimuksen tekijän käytössä ja ne säilytetään ja hävitetään hyvien käytäntöjen mukaisesti. Tutkimustulosten raportoinnissa noudatetaan kaikissa vaiheissa avoimuutta, rehellisyyttä, ja tarkkuutta. Loppukyselyyn osallistuneiden kuvaukset tutkitusta ilmiöstä raportoitiin mahdollisimman totuudenmukaisesti. Mittausten, testien ja kyselyiden tulokset esitetään niin, ettei osallistujia pysty tunnistamaan.

Tutkimusasetelma määrittää tutkijan aseman. Arviointitutkimuksessa tutkimuksen tekijä asettuu osaksi tutkimaansa prosessia, mikä aiheuttaa tutkimusprosessille useita eettisiä kysymyksiä. Tutkijan pitää pohtia erityisen tarkasti, miten tutkimusprosessissa säilyy kriittinen ja luotettava ote, vaikka hän on osallisena tutkittavassa toiminnassa. Arvioidessaan sellaista toimintaa, jossa on itse ollut mukana, on pohdittava erityisen tarkkaan kriittisen tutkimusotteen säilyttämistä. (Pohjola 2007, 22-23.) On kuitenkin huomattu, että itsearviointi on yhtä luotettavaa kuin ulkoisesti toteutettu riippumaton arviointi, sillä organisaatiot ja yksilöt, jotka haluavat kehittyä, suhtautuvat kriittisesti omaan toimintaansa. (Virtanen 2007, 197-198.) Tätä arviointitutkimusta tehdessä, tutkijan tavoitteena oli kehittää oman työpaikkansa toimintaa, eikä hänellä siinä tilanteessa ole ollut etua kaunistella tuloksia, vaan löytää toteutuksesta jo toimivat hyvät käytännöt sekä tuoda esille kehittämistä vaativat alueet. Loppukysely osallistujille ja ohjaajille oli nimenomaan suunniteltu niin, että kehittämisalueet ja kehitysehdotukset nousevat esille.

7.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Heikoilla elintavoilla ja ylipainolla on negatiivisia pitkäaikaisia vaikutuksia, jotka heikentävät yksilön terveyttä sekä työssä jaksamista. Työpaikoilla toteutetuilla elintapainterventioilla on todettu olevan merkittäviä vaikuttamismahdollisuuksia työikäisten elintapoihin ja terveyteen. Työpaikoilla vietetään suuri osa valveillaoloajasta, joten siellä on paljon mahdollisuuksia edistää terveellisiä elintapoja. Työyhteisöt ja työkaivereilta saatu tuki voivat toimia merkittävänä kannustuskeinona. Elintapojen muuttaminen on haasteellinen prosessi, jota voidaan tukea monin tavoin työyhteisössä. Samanlaisissa työtehtävissä toimivilta voi saada paljon vertaistukea.

Vaikuttavien elintapainterventioiden kehittämisen on todettu olevan haasteellista. Elintapainterventioilla on onnistuttu vaikuttamaan elintapoihin, mutta tutkimuksissa on yleensä käytetty ja kuvattu hyvin vaihtelevasti käytettyjä tekniikoita. Myös työpaikoilla toteutettujen elintapainterventioiden vaikutuskeinoista on vasta vähän tutkimustietoa ja varsinkin elintapainterventioiden vaikutuksia työkykyyn on tutkittu harvoin. Tämän arviointitutkimuksen tulokset kuvaavat tämän työpaikalla toteutetun elintapaintervention vaikutuksia ja siihen osallistuneiden kokemuksia. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niiden pohjalta voidaan kehittää Länsi-Suomen Diakonialaitoksen työntekijöiden elintapainterventioita.

Arviointitutkimuksen avulla saadun tiedon perusteella Länsi-Suomen Diakonialaitoksella on hyvät mahdollisuudet järjestää ja kehittää elintapojen muutoksessa tukevia elintapainterventioita, jotka tukevat myös työkykyä ja työssä jaksamista. Työpaikalla toteutetun elintapaintervention ohjelma voidaan toteuttaa vastaavanlaisena, jos elintapaintervention tavoitteena on innostaa ja aktivoida osallistujia kokeilemaan uusia liikuntamuotoja sekä motivoida harrastamaan liikuntaa säännöllisemmin. Liikunnasta innostuminen ja säännöllinen harrastaminen sekä elintapaintervention sisältämä muu ohjelma kuten alku- ja loppumittaukset sekä ohjelmassa toteutetut luennot edesauttavat osallistujia kohentamaan kestävyyskuntoa ja vähentävät vyötärön alueen rasvaa sekä tukevat painonhallintaa ja työssä jaksamista.

Työpaikan elintapaintervention muodostaminen niin, että osallistujilla on suhteellisen samankaltaiset lähtökohdat ja tavoitteet tukevat ryhmäytymistä ja vertaistuen

saamista. Se auttaa sisällön muodostamista tavoitteita vastaavaksi, jolloin osallistumismotivaatio paranee. Osallistujien odotukset elintapaintervention sisällöstä ja omien tavoitteiden kohtaamisesta paranevat, jos heillä on etukäteen tiedossa ohjelman sisältö ja tavoitteet. Jos työpaikalla toteutetun elintapaintervention tavoitteena on osallistujien laihtuminen tai osallistujien odotuksena on saada painonhallinnan tueksi enemmän ohjeita ravitsemuksesta, on elintapaintervention toteutukseen lisättävä enemmän ravitsemusohjausta. Ruokailutottumusten muuttamiseen ja laihduttamiseen kaivataan paljon myös henkistä tukea, jolloin psykologinen ohjaus tai muiden ammattilaisten ohjaama käyttäytymisen muutostekniikoiden ohjaaminen on hyvin tärkeää. Myös vertaistuen merkitys kasvaa. Osallistujat myös kaipaavat enemmän yksilöllistä tukea haasteellisessa elintapojen muutosprosessissa.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, onko elintapaintervention osallistumisella ollut pidemmällä ajanjaksolla tarkasteltuna vaikutusta osallistujien elintapoihin sekä työkykyyn ja työssä jaksamiseen. Työpaikalla järjestetyn elintapaintervention vaikutuksia työkykyyn ja työssä jaksamiseen selvitettiin tässä tutkimuksessa vain osallistujien subjektiivisen arvion kautta. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, onko elintapaintervention osallistumisella ollut pidemmällä ajanjaksolla tarkasteltuna myönteistä vaikutusta työkykyyn ja työssä jaksamiseen objektiivisesti mitattuna, esimerkiksi vähentyneinä sairaspöissaoloina.

LÄHTEET

- Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla. Matka teoriasta käytäntöön. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 7/2009.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Helsinki: Duodecim, 127, 2265–2272.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Helsinki: Duodecim, 2017;133(10), 1015-21. Viitattu 2.2.2019. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/10/duo13734>
- Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. 2010. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health* 36(5):404–412.
- Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2011. Kuka onnistuu painonhallinnassa? *Työterveyslääkäri* 29 (2). 59–61.
- Alanko, T., Karhula, M., Piirainen, M., Kröger, T. & Nikander R. 2017. Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin Loppuraportti. Kelan tutkimus. Työpapereita 113/2017. Viitattu 19.5.2019. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/175226/Tyopapereita113.pdf?sequence=1>
- American Thoracic Society 2002. ATS Statement: Guidelines for the six-minute walk test. *American journal of respiratory and critical care medicine* 166. Viitattu 28.10.2018. Saatavissa: <http://www.thoracic.org/statements/resources/pfet/sixminute.pdf>
- Angle, S. 2015. Painonhallinta osana elämänhallintaa. Teoksessa: Pietiläinen, P., Mustajoki, P. & Borg, P.(toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Duodecim, 118-119.
- Anderson, L., Quinn, T., Glanz, K., Ramirez, G., Kahwati, L., Johnson, D., Buchanan, L., Archer, R., Chattopadhyay, S., Kalra, G., Katz, D. 2009. The Effectiveness of Worksite Nutrition and Physical Activity Interventions for Controlling Employee Overweight and Obesity. A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 37:4, 340-356.
- Ashford, S., Edmunds, J. & French, D. 2010. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol* 15, 265-288.
- Bilger M, Finkelstein EA, Kruger E., Tate, D., Linnan, L. 2013. The effect of weight loss on health, productivity, and medical expenditures among overweight employees. *Med Care* 51, 471–477.

- Borg, P. & Heinonen, O. 2015. Liikunnan merkitys lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa. Teoksessa: Pietiläinen, P., Mustajoki, P. & Borg, P.(toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 170-171.
- Borodulin, K., Jousilahti, P., Mäki-Opas, T., Männistö, S., Valkeinen, H. & Wennman, H. 2018a. Fyysinen aktiivisuus ja istuminen. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018, 38-41. Viitattu 5.3.2019. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Borodulin, K., Koponen P., Koskinen, S. Lundqvist, A. & Sääksjärvi, K. 2018b. Johdanto. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018, 3-5. Viitattu 4.4.2019. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Christensen, J., Faber, A., Ekner, D., Overgaard, K., Holtermann, A. & Sogaard, K. 2011. Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers - a randomized controlled trial. BMC Public Health 11:671. Viitattu 5.8.2017. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175468/>
- Davis, J., Clark, B., Lewis, G. & Duncan, I. 2014a. The Impact of a Worksite Weight Management Program on Obesity: A Retrospective Analysis. Population Health Management 2014; 17:5, 265-271.
- Davis, J., Verhagen, E., Bryan, S., Liu-Ambrose, T., Borland, J., Buchner, D., Hendriks, M., Weiler, R., Morrow, J. Jr., van Mechelen, W., Blair, S., Pratt, M., Windt, J., al-Tunaiji, H., Macri, E., Khan, K.; EPIC Group. 2014b. Consensus statement from the first Economics of Physical Inactivity Consensus (EPIC) conference (Vancouver). Br J Sports Med. 48:12, 947–951. Viitattu 30.1.2019. Saatavissa: <https://bjsm.bmj.com/content/48/12/947.long>
- Despres, J-P., 2015. Obesity and Cardiovascular Disease: Weight loss in not the only target. Canadian Journal of Cardiology 31:2, 216-222.
- Fogelholm, M. 2010. Physical activity, fitness and fatness: relations to mortality, morbidity and disease risk factors. A systematic review. Obes Rev. 2010; 11:3, 202-221.
- Fogelholm, M. & Kaukua, J. 2013. Lihavuus. Teoksessa Teoksessa Vuori, I., Taimenla, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Duodecim, 423-437.
- Fogelholm, M. & Kukkonen-Harjula, K. 2000. Does physical activity prevent weight gain -a systematic review. Obes Rev. 2000; 1:2, 95-111.
- Galani C, Schneider H. 2007. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: review and meta-analysis. Int J Public Health 52, 348-59.

- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. 2006. Työkyvyn ulottuvuudet. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Heinonen K, Syväne M, Toropainen E, Turku R 2010. Valtimoterveydeksi! Terveyden edistämisen käsikirja. Valtimoterveyttä kaikille-projekti. Pori: Kehitys Oy.
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2015. Helsinki 2015.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveystta edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15.
- Husu, P., Sievänen, H., Tokola, K., Suni, J., Vähä-Ypyä, H., Mänttari, A. & Vasankari, T. 2018. Suomalaisten objektiivisesti mitattu fyysinen aktiivisuus, paikallaanolo ja fyysinen kunto. Opetusministeriön- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 30/2018
- Ilmarinen, J. 2006. Pitkää työuraa. Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jirathananuwat, A. & Pongpirul, K. 2017. Promoting physical activity in the workplace: A systematic meta-review. *J Occup Health* 59:5, 385-393. Viitattu 19.5.2019. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635147/>
- Joopi, U., 2018. Yksikönjohtaja (ent.), Fysioterapiakeskus DiaFysio. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2018.
- Kaleta, D., Makowiec-Dabrowska, T., Jegier, A. 2006. Lifestyle index and work ability. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 19(3), 170–177.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitat toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Juvenes Print.
- Kananen, J. 2015, Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 212. Jyväskylä: Juvenes Print.
- Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. Kohti muutosta -Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämässä. Liikunta- ja hyvinvointiakatemia oy. Vantaa: Digipaino Kirjaksi.Net.
- Kangasniemi, M., Utriainen, U., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291-30.

Kauronen, M-L. 2016. Ohjaajien toiminta elintapamuutosten tukemisessa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 236. Viitattu 18.5.2019. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/49111>

Kay, S. & Fiatarone, S. 2006. The influence of physical activity on abdominal fat: a systematic review of the literature. *Obes Rev*: 2006, 7:2, 183-200.

Keskinen, K. 2013. Fyysinen kunto ja sen testaaminen. Teoksessa Vuori, I., Taimenla, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. Helsinki: Duodecim, 102-119.

Khaw, K-T., Warehalm, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R. & Day, N. 2008. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Medicine* 5(1);e12. Saatavissa: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050012>

Kivipelto, M. Arvioinnin merkitys Kaste-ohjelman hankkeissa. Teoksessa: Kivipelto, M. Larivaara, M. Andersson, S. Heinämäki, L. Jonsson, P-M. Kotiranta, T. Vuoremaa, M. 2012. Näkökulmia arviointiin. Kaste-ohjelman valtionavustushankkeet. Raportti 33/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

KKI-hanketuen hakulomake 2016. Yes, I can (and I will) -hankkeen hanketuen hakulomake. Viitattu 20.4.2018.

Kolu, P., Vasankari, T. & Kari, J. 2018. Aikuisväestön fyysinen aktiivisuus ja paikallaanolo Suomessa. Teoksessa: Vasankari, T. & Kolu, P. (toim.) *Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnan yhteiskunnalliset kustannukset*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31, 8-9. Viitattu 24.5.2019. Saatavissa: <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/31-2018-Liikkumattomuuden+lasku+kasvaa.pdf/3dde40cf-25c0-4b5d-bab4-6c0ec8325e35?version=1.0>

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., Sainio, P., Koskinen, S. & FinTerveys-tutkimuksen johtoryhmä 2018. Yhteenveto ja johtopäätökset. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017-tutkimus*. Raportti 4/2018. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki. Viitattu 20.3.2019. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koskinen, S., Martelin, T., Sainio, P. & Gould, R. Elintavat. Teoksessa: Gould, R., Ilmarinen, J., Jarvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) 2006. *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Hakapaino Oy.

Korkiakangas, E. 2017. Liikkumattomasta liikkujaksi. *Liikunta & Tiede* 54, 5/17, 38-41.

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

LaCaille, L., Schulz, J., Goei, R., LaCaille, R., Nichols, D., de Souza, R., Nowalk, A. & Regal, R. 2016. Go!: results from a quasi-experimental obesity prevention trial with hospital employees. *BMC Public Health* 2016; 16:171.

Laitinen, J. 2018. Terveyttä edistävä työpaikka. Teoksessa: Martimo, K-P., Uitti, J. & Antti-Poika, M. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 154-167.

Laitinen, J. Alahuhta, M., Keränen, A-M., Korkiakangas, E. & Nevanperä, N. 2012. Painon hallitsija. Työterveyslaitos. Helsinki.

Laitinen J, Näyhä S, Kujala V. 2005. Body mass index and weight change from adolescence into adulthood, waist-to-hip ratio and perceived work ability among young adults. *International Journal of Obesity* 29:697–702.

Laitinen J, Turpeinen M, Korkiakangas E, Kaksonen T, Oksanen T, Salmi A, Lusa S, Ahola S ja Promo@Work-konsortio. 2016. Työterveyslaitos. Mars matkalle! -Terveyttä työpaikoille. Viitattu 1.3.2019. Saatavissa: https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2018/11/Terveuden-edist%C3%A4misen-suositukset-ty%C3%B6paikoille_sivuttain_TULOSTUS.pdfviitattu

Laitinen, R. (toim.) 2000. Arvioinnin arkea ja peruskysymyksiä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Laukkala, T., Tuomi, J. & Sukula. 2015. Menetelmän taustaa. Teoksessa: Sukula, S. Vainiemi, K. & Laukkala, T. (toim.) GAS Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Keilan tutkimusosasto, 11-12. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158520/GAS.pdf?sequence=5>

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

Lihavuus: Käypä hoito -suositus. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2013 Viitattu 24.9.2018. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010#s4>

Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016–2018. Työpäpaperi18/2016. Viitattu 2.2.2019. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130539/URN_ISBN_978-952-302-665-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Liikuntapiirakka, UKK-instituutti 2019. Viitattu 1.5.2019. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Locke, E. & Latham G. 2002. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. A 35-year odyssey. *Am Psychol* 2002:57/9, 705-717.

Lundqvist, A., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaartinen, N., Mäki, P. & Borodulin, K. 2018. Lihavuus. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018; 45-49.

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen www-sivut. Viitattu 10.1.2019. Saatavissa: www.pdl.fi

Mache, S., Jensen, S., Linnig, S., Jahn, R., Steudtner, M., Ochsmann, E. & Geraldine, P., 2015. Do overweight workers profit by workplace health promotion, more than their normal-weight peers? Evaluation of a worksite intervention. *J Occup Med Toxicol* 2015; 10:28.

Martimo, K-P., Antti-Poika, M. 2018. Työterveyshuolto työkykyjohtamisen tukena. Teoksessa: Martimo, K-P., Uitti, J. & Antti-Poika, M. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim. 170-183.

McCaig, C. 2010. Research and Evaluation Design. Teoksessa: Dahlberg, L. & McCaig, C. 2010. Practical Research and Evaluation. A Start to finish Guide for Practitioners. London: SAGE Publications Ltd, 29-40.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2018. Pienten aineistojen tilastollinen testaaminen. Teoksessa Valli, R. (toim.) 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 5. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 276–297.

Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J. & Gupta, S. 2009. Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: A meta-regression. *Health Psychol* 28, 690-701.

Mills, P., Kessler, R., Cooper J, Sullivan S. Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *Am J Health Promotion*. 2007; 22: 45–53.

Mitchell, N., Catenacci, V., Wyatt, H. & Hill, J. 2011. Obesity: Overview of an epidemic. *Psychiatric Clinics of North America* 34, 717–732.

Mäkitalo, J. 2010. Työkyvyn ulottuvuudet. Teoksessa: Martimo, K-P., Uitti, J. & Antti-Poika, M. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 162-169.

Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.3.2019. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf

Mänttari, A. 2012. Hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnon testaus. Teoksessa: Suni, J. & Taulaniemi, A. 2012. Terveyskunnan testaus -menetelmä terveystestauksen testaamiseen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 225-238.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Viitattu 31.3.2019. Saatavissa: <https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/>

Pietiläinen, K. 2015a. Energiensaannin ja energiankulutuksen epätasapaino lihottaa tai laihduttaa. Teoksessa: Pietiläinen, P., Mustajoki, P. & Borg, P.(toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim 42-43.

Pietiläinen, K. 2015b. Lihavuuden arviointi. Teoksessa: Pietiläinen, P., Mustajoki, P. & Borg, P.(toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 27-33.

Pietiläinen, K. & Mustajoki, P. 2015b. Lihavuuden hoitomenetelmät ja niiden käyttö. Teoksessa: Pietiläinen, P., Mustajoki, P. & Borg, P.(toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 17-20.

Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi, 11-29.

Pohjonen T. Age-related physical fitness and the predictive values of fitness tests for work ability in home care work. JOEM 2001; 43(8):723–730.

Punakallio, A. 2012. Fyysisen aktiivisuuden ja kunnon merkitys työkyvylle. Teoksessa: Suni, J. & Taulaniemi, A. (toim.) Terveyskunnan testaus -menetelmä terveysliikunnan edistämiseen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 26-34.

Pääkkönen, T., Henkilöstöpäällikkö, Länsi-Suomen Diakonialaitos. Henkilökohtainen tiedonanto 2.11.2017.

Pääkkönen, T., Henkilöstöpäällikkö, Länsi-Suomen Diakonialaitos. Henkilökohtainen tiedonanto 27.3.2019.

Pöykiö, P., Yksikönjohtaja, Fysioterapiakeskus DiaFysio. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 2.2.2019.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S., & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy.

Roos, E. 2014. Obesity, weight change and work disability -a follow-up study among middle-aged employees. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Hjelt-instituutti. Viitattu 2.1.2019. Saatavissa: [file:///C:/Users/Omis-taja/Downloads/obesityw%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Omis-taja/Downloads/obesityw%20(2).pdf)

Räsänen, K. 2018. Työterveyteen liittyvää lainsäädäntöä. Teoksessa: Martimo, K-P., Uitti, J. & Antti-Poika, M. Työstä terveyttä. Tallinna: Printon.

- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 15.2.2019. Saatavissa: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_3.html
- Salinardi, T., Batra, P., Roberts, S., Urban, L., Robinson, L., Pittas, A., Lichtenstein, A., Deckersbach, T., Salzman, E. & Das, S. 2013. Lifestyle intervention reduces body weight and improves cardiometabolic risk factors in worksites. *American Journal of Clinical Nutrition* 2013; 97(4): 667-676.
- Salmela, S-M. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport, Physical Education and Health*. Viitattu 15.3.2019. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3>
- Salmela, S., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010; 47, 208–218.
- Seppälä T, Hankonen N, Korhonen E, Ruusuvuori J, Laitinen J. 2018. National policies for the promotion of physical activity and healthy nutrition in the workplace context: a behaviour change wheel guided content analysis of policy papers in Finland. *BMC Public Health* 18:87. 5-10.
- Siegel, J., Prelip, M., Erasquin, J. & Kim, S. 2009. A Worksite Obesity Intervention: Results From a Group-Randomized Trial. *American Journal of Public Health* 2010; 100: 2. 327-333.
- Siti, N., Foong, M., Mohd, N. & Firdaus, M. 2016. Effectiveness of a Group Support Lifestyle Modification (GSLiM) Programme among Obese Adults in Workplace: A Randomised Controlled Trial. *PLoS One* 2016; 11(8).
- Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa: Sukula, S. Vainiemi, K. & Laukkala, T. (toim.) *GAS Menetelmästä sovellukseen*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 13-15. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158520/GAS.pdf?sequence=5>
- Suni, J. & Husu, P. 2012. Terveyskunnan mittaus: objektiivista tietoa yksilön fyysisen toimintakyvyn edellytyksistä. Teoksessa: Suni, J. & Taulaniemi, A. (toim.) *Terveyskunnan testaus -menetelmä terveystieteiden edistämiseen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 45-58.
- Toimia -tietokanta 2011-2014a. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.9.2018. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/148/>
- Toimia -tietokanta 2011-2014b. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.9.2018. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/100/>

Terveyttä ruoasta - Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 1.3.2019. Saatavissa: https://www.ruokavirasto.fi/globalasets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisu/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 15.3.2019. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Työsuojeluhallinto 2015-2019. Työsuojelutoimikunta. Työsuojeluhallinnon verkkopalvelu. Viitattu 11.3.2019. Saatavissa: <https://www.tyosuojelu.fi/tyosuojelu-tyopakilla/tyosuojelun-yhteistoiminta/tyosuojeluhenkilosto/tyosuojelutoimikunta>

Työterveyshuoltolaki. 2001. L21.12.2001/1383.

Valsta, L., Lundqvist, A., Kaartinen, N., Raulio, S., Sääksjärvi, K. & Männistö, S. 2018. Ruokatottumukset. Teoksessa: Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. 33-37. Viitattu 1.3.2019. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vartiainen, P. 2007. Monitahoarvioinnin periaatteet ja prosessit. Teoksessa Viinämäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi, 152–172.

Vartiainen, P. 2003. Projektilla parempaan tulevaisuuteen? Arkipaja-projektin monitahoarviointi. Tutkimuksia 252, Sosiaali- ja terveyshallinto 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Vartiainen, P., Ollila, S. & Kentala, J. 2008. Sähköinen asiointi ja puhelinpalvelu Vaasan suun terveydenhuollossa. Arviointi projektin toiminnasta ja vaikutuksista. Viitattu 25.4.2017. Saatavissa: <https://media.sitra.fi/2017/02/27173413/raportti20vasu20kkk-2.pdf>

Vasankari, T. & Kolu, P. 2018. Yhteenveto ja johtopäätökset. Teoksessa: Vasankari, T. & Kolu, P. (toim.) Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnan yhteiskunnalliset kustannukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31, 57-60. Viitattu 24.5.2019. Saatavissa: <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/31-2018-Liikkumattomuuden+lasku+kasvaa.pdf/3dde40cf-25c0-4b5d-bab4-6c0ec8325e35?version=1.0>

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen, P., 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edit Prima Oy.

Vuori, I. 2015. Elintapojen terveysvaikutukset. Duodecim 131, 729-736.

WHO 2019a. Ten threats to global health in 2019. Viitattu 3.3. 2019. Saatavissa: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

WHO 2019b. Workplace health promotion. Viitattu 10.3.2019. Saatavissa: https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/

Tiedonhaun kuvaus

LIITE 1

Tietokanta	PubMed	PubMed	PubMed	PubMed	CINAHL
Hakusanat	"lifestyle group intervention" "physical activity" "overweight" "work*" "adult"	"lifestyle group interventions" "changes" "obesity"	"effectiveness of workplace group interventions for obesity"	"workplace health promotion" "physical activity"	worksite AND overweight
Rajaukset	2007-2017, humans, free full text	2007-2017 humans, free full text	2007-2017 humans, free full text	2007-2017 humans, free full text	2007-2017, adult, full text
Osumia	13	56	6	19	44
Otsikoiden lukemisen jälkeen	5	2	3	4	3
Tiivistelmien lukemisen jälkeen	3	1	3	1 (+ 1x sama kuin aikaisemmin valittu)	2
Koko artikkelin lukemisen jälkeen	1	1	2	1	2

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset

LIITE 2

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Interventio / vertailuinterventio	Käytetyt mittarit / aineiston keruu	Keskeiset tulokset	Laadun arvioin- tipisteet
1.Christensen ym. 2011, Tanska	Voidaanko työpaikalla järjestettävällä terveysneuvonnalla vaikuttaa kehon painoon, yleisiin terveyden mittareihin ja fyysiseen kapasiteettiin.	98 terveystyöskentelävää ylipainoista naista	Tutkimus on osa 14 kk:n FINALE-health tutkimusta. Tässä tutkimuksessa on esitely ensimmäisen 3 kk tuloksia. 3kk aikana osallistujille tehtiin mittauksia, he saivat työpaikalla tapahtuvaa ravitsemusneuvontaa, he osallistuivat kehoa vahvistaviin harjoituksiin sekä perehtyivät vapaa-ajan liikunnan harrastamiseen. 60 min/vko Kontrolliryhmä sai työpaikalla kerran kuussa kahden tunnin luennon terveellisistä ruokailutottumuksista.	Tutkimuksen alussa ja lopussa mitattiin: kehon paino, BMI, kehon rasvaprosentti, vyötärön ympäryys, verenpaine, tule -vaivat, maksimaalinen hapenotto-kyky (maximal bicycle test), ja isometrinen maksimaalinen lihasvoima	Interventoryhmään osallistuneiden -paino väheni (3,6kg) -BMI pieneni (30,5 -> 29,2) -kehon rasvaprosentti pieneni (40,9 ->39,3) -vyötärön ympäryys pieneni (99,7 ->95,5) -verenpaineet laskivat (134/85 ->127/80) Tuloksissa oli selkeä ero kontrolliryhmään verrattuna. Muissa mittauksissa ei saatu merkittäviä eroja esille.	20/20
2.Salinardi ym. 2013, USA	Monitahaisen elämäntapa intervention vaikutus painon pudotukseen ja saavutetun	133 ylipainoista ja lihavaa työntekijää	6 kk:n painon pudotus vaihe, josta osa jatkoi 6kk:n painon ylläpitovaiheeseen. Ohjaus sisälsi ravitsemusneuvontaa, käyttäytymisen muutoksen ohjausta ja mittauksia. 6kk n3X kk, toiset 6kk 1x kk	Kehon painon mittaaminen, cardiometabolisten sairauksien riskitekijät	Intervention osallistujien painonpudotusvaiheessa -paino väheni 8 kg, kun verrokkiryhmällä paino nousi n1kg -cardiometabolisten sairauksien riskitekijät vähentyivät	17/20

	painon ylläpitämiseen				mutta ylläpitovaiheessa ei saavutettu merkittävää eroa kontrolliryhmään osallistujien kanssa	
3.Siti ym. 2016, Ma-lesia	Verrata lihaville annettavaa ryhmässä tapahtuvaa muunneltua elämäntapaohjausta aikaisempaan ruokavalio ohjaukseen.	194 ylipainoista tai lihavaa aikuista työpaikalla, pääasiassa naisia, keski-ikänsään 40,5 vuotiaita.	Group Support Lifestyle Modification (GSLiM) kesti 36 viikkoa. Seminaareja ja ryhmätapaamisia, joissa saatiin neuvoja ravinnosta ja liikunnan harjoittamisesta sekä tehtiin käytännön harjoituksia, käyttäytymisharjoituksia, ravitsemusmuutosten harjoittelua sekä aerobista liikuntaharjoittelua. Aluksi 1x/vko, sitten harvemmin. Lisäksi osallistujat ohjattiin tarkkailemaan omaa painoaan, ruokailutapojaan ja fyysistä aktiivisuuttaan ja niiden tarkkailusta sai palautetta. Vertailuryhmä sai ravitsemusohjausta keran 12 viikossa.	Paino ja pituus, BMI, vyötärön ympäryys, verenpaine, veriarvot, mittaukset tehtiin alussa sekä 12, 24 ja 36 viikon kohdalla. Fyysisen aktiivisuuden määrittäminen, psykologiset mittaukset ja elämänlaatu mitattiin alussa, 24 ja 36 viikon kohdalla	GSLiM interventioon osallistuneet pudottivat painoa 6%, kun vertailuryhmässä pudotettiin 4,1% Total weight self-efficacy score parani huomattavasti Kielteiset tunteet ja fyysinen tyytymättömyys vähenivät, elämänlaatu ja ystäviltä saatu tuki paranivat. Vertailuryhmässä negatiiviset ajatukset itsestään vähentyivät enemmän kuin interventoryhmässä.	16/20
4.LaGaille ym. 2016, USA	Selvittää uuden monitahoisen 12 kk kestävään GO! lihavuudenehkäisy intervention vaikutuksia.	500 sairaalan työntekijää, 85 % naisia	Alussa tehtiin mittaukset ja annettiin tietoa ja yksilöllisiä välineitä (askelmittari) käyttöön. Pitkin vuotta työpaikalla tehtiin muutoksia ja lisättiin informaatiota. Työpaikalla annettiin vakuuttavaa viestintää terveemmistä elintavoista esim. posterit, ohjetaulut,	Kehon paino, BMI, Vyötärön ympäryys, fyysinen aktiivisuus, ruokailutottumukset alussa, 6kk ja 12kk kohdalla.	Ei merkittäviä muutoksia painossa, BMI:ssä ja vyötärön ympäryksessä 12 kk jälkeen kummassakaan ryhmässä. Paino ei myöskään lisääntynyt, vaikka yleensä sitä tulee noin 0,8 kg lisää vuosittain.	18/20

	Tarkoituksena antaa työkaluja ja tietoa sekä vaikuttaa sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön ja asenteisiin, jota kautta työntekijät söisivät terveellisemmin ja lisäävät liikuntaa. Tämän myötä työntekijöiden paino ei nousisi.		<p>sosiaalisessa ympäristössä tuetaan terveitä vaihtoehtoja ja fyysisessä ympäristössä tehtiin muutoksia esim. ruokalassa tarjolla terveellisempiä vaihtoehtoja ja luotiin kävelyreittejä+työpaikalla voi harrastaa liikuntaa. Sosiaalista vaikutusta pyrittiin antamaan esimerkillisten työntekijöiden avulla, joita opastettiin kannustamaan ja antamaan sosiaalista tukea.</p> <p>Vertailuryhmälle tehtiin mittaukset, mutta heidän työpaikallaan ei tehty muutoksia.</p> <p>Molemmat ryhmät saivat pienen summan rahaa, kun osallistuivat mittauksiin.</p>	Lisäksi tiedon lisääntyminen, tuen kokeminen sekä positiivinen ja sitoutunut suhtautuminen terveyteen, työkaaveihin ja interventiioon.	<p>Kävelyaktiivisuus lisääntyi intervalliryhmässä.</p> <p>Vähentynyt hedelmien, vihannesten ja kuidun saanti intervalliryhmässä (mahdollisesti koska annosmäärät vähenivät), mutta paljon sokeria ja rasvaa sisältävien ruokien käyttö väheni.</p> <p>Merkittävä parannus terveellisten ruokailu ja liikuntatapojen sekä painon pudotuksen tiedoissa, sitoutumisessa, työkaaveiden kanssa terveydestä keskustelussa ja heidän tukemisessaan. Positiivinen suhtautuminen kaikkia intervallin osa-alueita kohtaan ja toivottiin sen jatkuvan.</p>	
5.Mache ym 2015. Saksa.	Määrittää monita hoisen työpaikan terveyden edistämisen intervention vaikutuksia painoon, fyysiseen aktiivisuuteen, ruokailutottumukseen ja terveyden	<p>ylipainoiset/lihavat ja normaalipainoiset työntekijät.</p> <p>377 intervalliryhmässä, 298 kontrolliryhmässä, molemmissa</p>	<p>Vuoden mittainen interventio, jossa fyysistä harjoittelua ja ravintoneuvontaa. Ryhmässä ja tarvittaessa yksilöllisesti. Työaikana.</p> <p>30-60 min vko:ssa. Lisäksi kannustettiin liikuntaan vapaa-ajalla.</p> <p>Ilmaisia hedelmiä ja vihanneksia oli tarjolla.</p>	<p>Kyselylomake alussa ja lopussa.</p> <p>Kehon paino, terveyskäyttäytymisen, osallistuminen, fyysinen aktiivisuus, ruokailutottumukset,</p>	<p>Fyysinen aktiivisuus ja ruokailutottumukset kohenivat sekä normaalipainoisten ryhmässä, että ylipainoisten/lihavien ryhmässä.</p> <p>Merkittävää painon alenemista ei tapahtunut, BMI aleni hiukan. Ylipainoisten paino aleni selkeämmin. Työntekijät, jotka olivat ylipainoisia tai lihavia pudottivat painoaan huomattavasti enemmän ja</p>	15/20

	tilaan sekä hyötyvätkö ylipainoiset terveyden edistämisen toimista enemmän kuin normaalipainoiset.	ylipainoisia ja normaalipainoisia, 45 % naisia, 55% miehiä		muutosvalmius, asenne, itsearvio terveydestä.	paransivat ruokailutottumuksia verrattuna normaalipainoisiin. Terveiden tilassa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia eri ryhmien välillä.	
6.Davis ym. 2014, USA	Selvittää työpainonpudotusohjelman vaikutuksia 5,5 vuoden aikana	lihavat työntekijät ja ylipainoiset työntekijät joilla 2 riskitekijää (esim. hyperkolesterolemia, diabetes, korkea verenpaine, kulu-maa, sukura-site yms.) sekä heidän puolisonsa, 157 kpl	Intervention tavoitteena oli saada osallistujille riittävät tiedot ja taidot ylläpitää ja parantaa terveyttä ja pudottaa painoa. 26 vkon ohjelma, jossa kolme vaihetta: tietoa (ravitsemuksesta, käytöksen muutoks. ja liikunnasta), tekoja (ravinto, käytös, liikunta) ja ylläpitoa. Alkutestaus ja 13x 30 min yksilöllistä neuvontakertaa 26 vkon aikana. Lisäksi personal trainerin tapaaminen työpainon kuntokeskuksessa. Osallistujat saivat jäsenyyden liikuntakeskukseen. Osallistujat, jotka osallistuivat aktiivisesti ja loppuun asti saivat lisäksi 10 kk jäsenyyden liikuntakeskukseen. Ei vertailuryhmää.	Kehon paino ja BMI, verenpaine, vyötärön ympärys laboratoriokokeet (kolesteroli, LDL, HDL, triclyseridit) alussa ja lopussa	Paino aleni 5,6 % BMI pieneni (-0,9) verenpaine aleni (systolinen -2,9, diastolinen -1,9) Kolesteroliarvot alenivat (koko kolesteroli -5,9, LDL -4,7, triglyseridit -7,6)	14/20

7.Siegel ym. 2009, USA	Käytettiin osallistavaa prosessia lihavuus intervention kehittämässä.	16 koulun työntekijää, intervalli 202, kontrolli 211, 83 % naisia	Interventiotyöpaikat muodostivat vapaaehtoisten komiteat, jotka kehittivät ja tekivät terveyttä edistäviä aktiviteetteja työntekijöille. Komiteoilla oli tiedossa työntekijöiltä kysytyt toiveet wellness aktiviteettien suhteen. Komitea sai apua tukihenkilöltä sekä 3500 dollaria/vuosi aktiviteettien järjestämiseksi. esim terveelliset välipalat, kokkauskurssi, stressin lievitys ja liikunta, osallistumisesta sai lahjakortin.	BMI, vyötärö-lantiosuhde, fyysinen aktiivisuus ja hedelmien ja vihannesten käyttö, Alussa ja intervention jälkeen 2 vuotta myöhemmin.	BMI pieneni intervalliryhmässä (keskimäärin 0,04 kg/m ²) kun kontrolliryhmässä BMI suureni (keskimäärin 0,037 kg/m ²) Muissa tuloksissa ei tullut merkittäviä muutoksia.	15/20
------------------------------	---	---	---	---	---	-------

LOPPUKYSELY

Tämän loppukyselyn vastausten perusteella saadaan arvokasta tietoa siitä, miten osallistujat ovat kokeneet elämäntaparemontti -ryhmän. Kehittämistehtäväni tavoitteena on kehittää Yes, I can (and I will) -hankkeessa toteutetun elämäntaparemontti – ryhmän toimintamallia, vuonna 2017 toteutetun ryhmän kokemusten ja palautteen pohjalta.

Hankkeen tavoitteet on tässä loppukysely -lomakkeessa esitetty väittäminä.

Ympyröi omaa kokemustasi parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jos et ollut johonkin tyytyväinen, toivoisin, että kertoisit, minkälaista toimintaa olisit kaivannut, jotta tavoitteisiin olisi päästy paremmin. Mielellään otan vastaan myös positiivista palautetta onnistuneista toimista, jotta ne osataan säilyttää. Voit tarvittaessa jatkaa kirjoittamista lomakkeen kääntöpuolelle.

Palautathan kyselylomakkeen fysioterapiaosaston sihteerille 5.1.2018 mennessä. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Täytetyt kyselylomakkeet tulevat vain kehittämistyöntekijän nähtäväksi ja ne hävitetään asianmukaisesti aineiston analysoinnin jälkeen.

	1	2	3	4
	TÄYSIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN SAMAA MIELTÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ
Ryhmän alussa kartoitettiin riittävästi terveydentilaasi	1	2	3	4
Alkumittaukset ja testit motivoivat				
Sinua aloittamaan elämäntaparemontin	1	2	3	4
Omien tavoitteiden laatiminen motivoi toteuttamaan muutoksia elintavoissa	1	2	3	4

Perustele alle vastausvalintojasi. Varsinkin jos valitsit vaihtoehdon 1 tai 2, mitä olisit kaivannut enemmän?

	1	2	3	4
	TÄYSIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN SAMAA MIELTÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ
Ryhmään osallistuminen on				
tukenut Sinua toteuttamaan muutoksia elintavoissasi	1	2	3	4
edistänyt painonhallintaa	1	2	3	4
aktivoinut terveisiin ruokailutottumuksiin	1	2	3	4

Perustele alle vastausvalintojasi. Varsinkin jos valitsit vaihtoehdon 1 tai 2, mitä olisit kaivannut enemmän?

Ryhmään osallistuminen on				
innostanut kokeilemaan uusia liikuntamuotoja	1	2	3	4
aktivoinut harrastamaan liikuntaa säännöllisemmin	1	2	3	4
innostanut harrastamaan uutta liikuntalajia	1	2	3	4

Perustele alle vastausvalintojasi. Varsinkin jos valitsit vaihtoehdon 1 tai 2, mitä olisit kaivannut enemmän?

	1	2	3	4
	TÄYSIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN SAMAA MIELTÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ
Ryhmään osallistuminen on				
edesauttanut henkistä hyvinvointiasi	1	2	3	4
edesauttanut fyysistä hyvinvointiasi	1	2	3	4
edesauttanut työssä jaksamistasi	1	2	3	4

Perustele alle vastausvalintojasi. Varsinkin jos valitsit vaihtoehdon 1 tai 2, mitä olisit kaivannut enemmän?

Olet pystynyt panostamaan elämäntaparemonttiin

riittävästi kuluvan vuoden aikana? 1 2 3 4

Perustele alle vastausvalintojasi.

Jos vastasit kysymykseen vaihtoehdon 1 tai 2, mikä on ollut syy? (ympyröi)

ajan puute motivaation puute elämäntilanteen muutos terveydentilan muutos

Muu syy _____

Tarkennusta ylläoleviin vaihtoehtoihin sekä muut perustelut

1	2	3	4
TÄYSIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN ERI MIELTÄ	OSITTAIN SAMAA MIELTÄ	TÄYSIN SAMAA MIELTÄ

Ryhmä vastasi niihin odotuksiin,

joita sinulla oli, kun päätit osallistua

1

2

3

4

Mitä olisit kaivannut enemmän? Tai mihin olit erityisen tyytyväinen?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

Loppukysely

Psykologille, ravitsemusterapeutille ja työterveyshoitajalle

Tämän loppukyselyn vastausten perusteella saadaan arvokasta tietoa siitä, miten ryhmän ohjauksesta vastanneet työntekijät ovat kokeneet elämäntaparemontti -ryhmän. Kehittämistehtäväni tavoitteena on kehittää Yes, I can (and I will) -hankkeessa toteutetun elämäntaparemontti – ryhmän toimintamallia, vuonna 2017 toteutetun ryhmän kokemusten ja palautteen pohjalta.

Yes, I can (and I will) -hankkeen tavoitteet olivat:

1. Kartoittaa osallistujien terveydentilaa ja laatia jokaiselle henkilökohtaiset tavoitteet, jotka he pyrkivät saavuttamaan elämäntaparemontin myötä
2. Aktivoida ja innostaa kurssilaisia liikunnan pariin, edistää terveellisiä ruokailutottumuksia sekä edistää painonhallintaa
3. Kehittää työyhteisöön liikuntamyönteinen toimintamalli edesauttamaan henkilöstön fyysisistä ja henkistä hyvinvointia sekä työssä jaksamista

Yes, I can (and I will) -hankkeen kolmannen tavoitteen mukaisesti työyhteisöön suunniteltiin ja toteutettiin vuoden 2017 aikana liikuntamyönteinen elämäntaparemonttiryhmä, jonka ohjelma on liitteenä lopussa.

Koetko että oma osuutesi oli sopiva kurssin tavoitteisiin nähden?

Kehittämisehdotukset?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

Elintapaintervention ohjelma:

Ajan-kohta	Testit/haastattelut/ yksilölliset tavoitteet	Ohjaaja ja luennot/keskustelut	Liikunta (ohjaaja)
Vko 9	6min kävelytesti, vyötärön ympärys, paino, diabetesriskikysely, työkykytesti		
vko10	Kehonkoostumusmittaus (lo)	Työterveyshoitaja: aamupalan merkitys	Peppu ylös penkistä - päivään osallistuminen
vko11		Psykologi: motivaatio, päätöksen teko ja omat rahkeet	Pallojumppa ja venytelyt (ft)
vko12		Työterveyslääkäri: työhyvinvointi	ChiBall (ft)
vko13		Ravitsemusterapeutti: ruokapäiväkirja	Pilates (ft)
vko14	Yksilölliset tavoitteet (ft)		Lihaskunto (ft)
vko15		Ravitsemusterapeutti: energian tarve ja oikeanlainen syöminen	Allasjumppa (ft)
vko17		Psykologi: motivaation säilyttäminen	
vko18			Diakonialaitoksen yhteinen kävelykilpailu toukokuussa
vko19			Lihaskunto (ft)
vko20			Sauvakävely (ft)
vko21		Psykologi: oma hyvinvointi, omat motivaation lähteet	
vko22			Sauvakävely (ft)
vko23			Puistojooga (ft)
vko24	Yksilölliset tavoitteet(ft)		
vko25			Frisbeegolf (lo)
	Kesätauko, yksilöllinen toteutus		
vko35		Fysioterapeutti: liikunnan merkitys+keskustelua	ChiBall (ft)
vko36		Fysioterapeutti: tietoa ja keskustelua	Kuntosali (ft)
vko37			Allasjumppa (ft)
vko38	Yksilölliset tavoitteet(ft)		Lihaskunto (ft)
vko39		Psykologi: keskustelua	
vko40			Kahvakuula (lo)
vko41			Kuntonyrkkeily (lo)
vko42			Vesijuoksu (ft)
vko43		Fysioterapeutti: tietoa ja keskustelua	Kuntosali (ft)
vko44			Jooga (joogaopettaja)
vko45		Psykologi: keskustelua	
vko46			Saunayoga (ft)
vko47			Kuntosali (ft)
vko48	6min kävelytesti, vyötärön ympärys, paino, työkykytesti		Allasjumppa (ft)
vko49	Yksilölliset tavoitteet (ft)		
vko50	Loppukysely	Henkilöstöpäällikkö ja fysioterapeutti: loppukeskustelu ja päätöskahvit	

OHJAAJAN PÄIVÄKIRJA	SIVU 17
Päivä ja ohjelma	31.8. KLO 14.30-16. Kerta 16. Jana -harjoitus ja keskustelua sekä ChiBall -harjoitus
Havainnot	8 paikalla. Hyvää keskustelua kun aikaa enemmän. Kertoivat omasta tilanteesta ja ryhmätukea saatiin osa innostui, kun sai tukea toisilta, joku tuntui ahdistuvan, kun joku onnistunut kesälläkin muutoksessa ja itse ei.
Osallistujilta tullutta palautetta	”Kiva janaharjoitus” ”tässä syntyi hyvää keskustelua” ”säännöllinen punnitus voisi painostaa muutoksiin”
Ohjaajan arvio toteutuksesta	
- Hyvää	Janaharjoitus ja keskustelu hyvää. Laji hyvä monelle.
- Kehitettävää	Osa kaipasi säännöllistä punnitusta, osa ei todellakaan. Osalla tavoitteena painon pudotus, jolloin säännöllinen punnitus voisi motivoida. Osa ei halua ottaa paineita painosta, vaan yrittää tehdä pieniä muutoksia elintapoihin, jonka myötä mahdollisesti myöhemmin paino putoaa. He ahdistuisivat säännöllisestä punnituksesta. Parilla ei ole ollenkaan painon pudotus tavoitteena. Jakamalla ryhmäläiset tavoitteiden mukaisesti pienryhmiin, voisivat toiset käydä vaa’alla ja toiset keskittyä johonkin muuhun. Se kyllä vaatisi vähän enemmän resursseja tai ainakin aikaa ja suunnittelua
Ohjaajan mietteet	Hienoa kun ehdittiin jakaa kokemuksia. Taas korostui, että hyvin erilaisia tavoitteita. Vaikea miettiä kertojen sisältöjä, kun toiset kaipaavat tietoa laihduttamisesta ja toiset haluaisivat esim. liikkua mahdollisimman paljon. Liikuntalajikokeilusta yleensä onneksi kaikki innostuvat.