

Ryhmämuotoinen käyttäytymismuutosinterventio terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän henkilöstölle

Jenni Kankaanniemi

Opinnäytetyö

Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma

10.4.2020



Tekijä(t) Jenni Kankaanniemi	
Koulutusohjelma Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma	
Raportin/Opinnäytetyön nimi Ryhmämuotoinen käyttäytymismuutosinterventio terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän henkilöstölle	Sivu- ja liitesivumäärä 59 + 4
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia toistettava itsemääräämisteoriaan perustuva käyttäytymismuutosinterventio terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Toimeksiantaja on Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä, ja malli pilotoidaan kuntayhtymän henkilöstöllä. Intervention tavoitteena on tukea henkilöstön yleistä hyvinvointia, jaksamista ja hyvää oloa ja ohjata osallistujia terveydelle ja hyvinvoinnille edullisiin käyttäytymisvalintoihin. Nämä näkyvät välituloksina, joita ovat yksilön fysiologiset ja psykologiset muutokset, sekä käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset.</p> <p>Suunnitteluvaiheessa yhdessä toimeksiantajan kanssa päätettiin laatia kymmenen tapaamiskerran interventio, johon otettiin mukaan 15 osallistujaa. Tapaamisista ensimmäinen ja viimeinen olivat yksilötapaamisia ja toteutuneita ryhmätapaamisia oli seitsemän. Interventiojakso sijoittui lokakuun 2019 ja helmikuun 2020 välille.</p> <p>Jotta terveyskäyttäytymiseen voitiin vaikuttaa, oli tunnistettava käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät. Alkukartoitukseen käytettiin Teoreettisten aihealueiden viitekehystä eli TDF:ää: yksilötapaamisilla kerättiin motivoivan haastattelun sekä henkilökohtaisen tavoitteen menetelmän avulla tietoa käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Näiden avulla voitiin analysoida ongelmat ja valita intervention teoreettiseksi perustaksi itsemääräämisteoria. Yksilötapaamisilla osallistujat asettivat myös henkilökohtaisen tavoitteensa.</p> <p>Ryhmätapaamisilla käsitellyt aiheet pohjautuivat osallistujien tarpeisiin. Aiheina olivat motivaatio, ravitsemus, liikuntakokeilut, psykologinen joustavuus, palautuminen, uni sekä stressinhallinta. Interventiojakson lopettaneella yksilötapaamisilla ohjaaja ja osallistuja pohtivat saavutettuja käyttäytymismuutoksia sekä suunnittelivat käyttäytymisen ja motivaation ylläpitoa.</p> <p>Teemahaastelulla, henkilökohtaisen tavoitteen menetelmällä sekä kyselylomakkeilla arvioitiin intervention tuloksia osallistujan muutosprosessin sekä interventioprosessin näkökulmasta. Työn päätuloksina olivat osallistujien käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset sekä fysiologiset ja psykologiset muutokset. Lisäksi jokainen osallistuja joko saavutti tai edistyi henkilökohtaisessa tavoitteessaan.</p> <p>Opinnäytetyöllä vastattiin onnistuneesti toimeksiantoon ja luotiin toistettava malli, joka muuntuu kohderyhmän tarpeisiin. Työstä oli erityistä hyötyä sen osallistujille, mutta myös toimeksiantajalle ja työn tekijälle, jotka saivat siitä käyttöönsä toimivan työkalun eri kohderyhmien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.</p>	
Asiasanat Terveyden edistäminen, terveyskäyttäytyminen, interventio, hyvinvointi	

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Hyvinvointi ja terveys.....	3
2.1	Ympäristöllisten ja yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset terveyteen.....	4
2.2	Hyvinvoinnin ja terveyden mittaaminen	5
3	Terveyden edistäminen sosiaali- ja terveysalalla	6
3.1	Työolot sosiaali- ja terveysalalla.....	7
3.2	Työterveyshuollon rooli työikäisten terveyden edistämässä.....	8
4	Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen	9
4.1	Teoreettisten aihealueiden viitekehys TDF.....	9
4.2	Itsemääräämisteoria.....	10
4.3	Ryhmämuotoinen elintapaohjaus	14
5	Työn tavoite	16
6	Työn vaiheet	17
6.1	Toimeksianto ja suunnittelu.....	17
6.2	Käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen	19
6.3	TDF-analyysi ja teorian valinta	20
6.4	Arvioinnin lopullinen suunnittelu	22
6.4.1	Arviointi osallistujan muutosprosessin näkökulmasta	22
6.4.2	Arviointi interventioprosessin näkökulmasta.....	24
6.5	Tapaamiset	28
6.6	Arvioinnin toteutus	31
7	Työn tulokset.....	34
7.1	Osallistujan muutosprosessi.....	34
7.2	Interventioprosessi.....	40
8	Pohdinta.....	46
8.1	Luotettavuus	48
8.2	Jatkokehitys	50
	Lähteet	53
	Liitteet.....	60

1 Johdanto

Suomalaisten merkittävimpänä uhkana terveyden menettämiselle ovat edelleen tarttumattomat sairaudet, jotka ovat myös maailman yleisin kuolinsyy. Useimmat tarttumattomat sairaudet ovat kuitenkin ehkäistävissä riskitekijöihin – huonoihin elintapoihin ja epäedulliseen terveyskäyttäytymiseen – vaikuttamalla. Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan käyttäytymistä, jolla on keskeisiä vaikutuksia terveyden kannalta. Huonojen elintapojen ollessa keskeisiä riskitekijöitä suomalaisten terveyden menettämiselle, eikö ennaltaehkäisy, elintapojen muuttamisen ja terveydelle edullisen käyttäytymisen edistämisen tulisi olla aivan terveydenhuollon ytimessä? Kuitenkaan esimerkiksi työterveyshuollossa ehkäisevällä ja promotiivisella työllä ei ole vielä tarpeeksi vakiintunutta asemaa eikä valtaosa suomalaisista noudata liikkumis- ja ravitsemussuosituksia. (Helldán, Helakorpi & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, 9, 16,19; Rautio & Husman 2012, 179; The NCD Alliance 2017; Vasankari 2017, 2.)

Koska terveyttä, eli täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, on mahdotonta saavuttaa, on parhaan mahdollisen terveyden tavoittelu realistisempaa. Objektiviivisen näkökulman lisäksi yksilön tervettä kuvaa subjektiivinen, koettu terveys, johon vaikuttavat yksilön tavoitteet, arvot, asenteet, ympäristö sekä mahdollisuudet päättää toiminnastaan ja huolehtia itsestään. Mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä voidaan parantaa terveyden edistämällä. (Huttunen 2018; Laaksonen & Suvisuo 2015, 8–9.)

Terveyden edistämässä interventio eli väliintulo on toimenpide, jolla vaikutetaan terveyskäyttäytymiseen (Kustannus Oy Duodecim 2019). Kun interventio suunnitellaan käyttäytymistieteelliseen teoriaan perustuen, se onnistuu muuttamaan terveyskäyttäytymistä todennäköisemmin kuin ilman vahvaa teoreettista pohjaa suunniteltu interventio (Linnansaari & Hankonen 2019, 89). Eräs yleinen motivaatioteoria on itsemääräämisteoria, jonka mukaan on psykologisten perustarpeiden, eli koetun autonomian, koetun pätevyyden ja koetun sosiaalisen yhteenkuuluvuuden, tyydyttyminen sekä motivaation omaehtoistuminen ovat edellytykset käyttäytymisen ylläpidolle. Terveyskäyttäytymisen muutosinterventioissa on tärkeää tähdätä pitkäaikaisiin käyttäytymismuutoksiin, johon erityisesti itsemääräämisteoria pureutuu. (Ryan & Deci 2017, 10; Ryan, Patrick, Deci & Williams 2008, 2, 5).

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia toistettava itsemääräämisteoriaan perustuva käyttäytymismuutosinterventio terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Ryhmämuotoinen interventiomalli pilotoitiin toimeksiantajan, Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhty-

män, henkilöstöllä. Laaditun intervention tavoitteena on tukea osallistujien yleistä hyvinvointia, jaksamista ja hyvää oloa ja ohjata osallistujia terveydelle ja hyvinvoinnille edulliseen terveyskäyttäytymiseen. Intervention tuloksia tarkastellaan välituloksina, joita ovat osallistujien fysiologiset ja psykologiset muutokset, sekä käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset.

2 Hyvinvointi ja terveys

Suomalaisten hyvinvoinnin ja terveyden taso on keskimäärin kohentunut positiiviseen suuntaan, vaikkakin hyvinvointi- ja terveyserot ovat kasvaneet sosioekonomisten ryhmien välillä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Hyvinvointi ja terveys ovat käsitteinä varsin moniulotteisia ja siten vaikeita määritellä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kuvaa, että hyvinvointi voidaan jakaa kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Lisäksi hyvinvointia voidaan tarkastella sekä yksilö- että yhteisötasolla. Yksilöllinen hyvinvointi käsittää itsensä toteuttamisen, onnellisuuden ja sosiaalisen pääoman, jolla tarkoitetaan yksilöiden tai ryhmien välisiä sosiaalisia suhteita ja verkostoja sekä niissä kehittyvää luottamusta ja vastavuoroisuutta. Sosiaalinen pääoma tukee koettua terveyttä, sillä aktiivisesti sosiaaliin toimintoihin osallistuvat yksilöt tuntevat itsensä terveemmiksi kuin vähäisemmän osallistumisen ja luottamuksen omaavat yksilöt. Yhteisötason hyvinvointi muodostuu muun muassa elin- ja asuinoloista, ympäristöstä, työstä ja työoloista, koulutuksesta sekä toimeentulosta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019c; Vertio 2003, 23.)

Edellä mainitun hyvinvoinnin määritelmän mukaisesti terveys on yksi hyvinvoinnin kolmesta osa-alueesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b; Vertio 2003, 23). Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Koska kyseistä tilaa ei ole mahdollista saavuttaa, on määritelmä kritisoitu ja myöhemmin kehitetty lisäämällä siihen terveyden dynaamisuus ja spirituaalisuus. WHO:n terveyden edistämisen maailmankongressissa Ottawassa 1986 syntynyt Ottawan asiakirja määrittää terveyden positiiviseksi käsitteeksi, joka ei ole elämisen tavoite, vaan käsitteessä painottuvat yhteiskunnalliset ja henkilökohtaiset voimavarat sekä fyysiset toimintamahdollisuudet. (Huttunen 2018; Vertio 2003, 26–27, 174; WHO 2020.) Donatellen (2011, 4–5) mukaan hyvinvointi ja terveys -käsitteitä käytetään usein keskenään vaihtokelpoisesti, kun kuvataan dynaamista prosessia kohti terveyden eri ulottuvuuksia, joita ovat fyysinen-, sosiaalinen-, älyllinen-, ympäristöön liittyvä, emotionaalinen sekä henkinen terveys.

Vertion (2003, 15, 27) mukaan terveyttä on koitettu myös visualisoida esimerkiksi janalla, jonka ääripäät kuvaavat toinen täydellistä terveyttä ja toinen kuolemaa. Laajeneva spiraali puolestaan kuvaa elämänkokemuksen tarttumista ja terveyden lisääntyviä ulottuvuuksia. Muunlaiset visualisoinnit kuvaavat terveyttä ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona ja kykynä selviytyä tai sopeutua. Myös eri tieteenalat määrittelevät terveyden eri tavoin. (Vertio 2003, 15–23, 25.)

2.1 Ympäristöllisten ja yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset terveyteen

Jälkimodernissa yhteiskunnassa yhteiskunnallisten ja ympäristöllisten olosuhteiden muutokset yhdessä kulttuurien moninaistumisen kanssa vaikuttavat monen tekijän kautta myös yksilön terveyteen sekä tapaan ajatella ja toimia. Terveyden edistämällä onkin tuettava ja autettava yksilöä yhteiskunnallisessa siirtymävaiheessa. (Hirvonen, Koponen & Hakulinen 2002, 36–38.)

Elinolojen ja työolosuhteiden muutoksia leimaa jälkimodernille yhteiskunnalle tyypillisesti tekninen kehitys ja taloudellinen kasvu. Kilpailun koveneminen näkyy nopeutuvina muutoksina elinoloissa, yksilön jokapäiväisessä ympäristössä. Erityisesti työelämän muutokset luovat yksilölle paineen opetella jatkuvasti uusia taitoja välttyäkseen syrjäytymiseltä, sillä ammatit muuttuvat teknologiakehityksen seurauksena nopeasti. Työn haasteellisuus, kiire sekä ristiriidat ovat lisääntyneet ja fyysinen rasittavuus on muuttunut henkiseksi rasittavuudeksi. Suomessa meneillään oleva huoltosuhteen negatiivinen kehitys luo painetta työikäisten terveyden edistämiseksi ja ennenaikaisen eläköitymisen ehkäisemiseksi. (Koponen, Hakulinen & Pietilä 2002, 108; Rautio & Husman 2012, 186.) Vaikka kansantaudeista keskeisimmät, sydän- ja verisuonitaudit, ovat vähentyneet, suomalaisten yleistynyt lihavuus altistaa monille sairauksille, kuten kohonneelle verenpaineelle, aikuisiän diabetekselle sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksille. Työikäisen väestön terveyden haasteina ovat myös työssä uupuminen ja mielenterveysongelmat. (Hirvonen ym. 2002, 45–46; Koponen ym. 2002, 107; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 80.)

Sosiaalisten verkostojen muuttuessa myös yksilön saama sosiaalinen tuki on muutoksen alla. Sosiaalisella tuella tarkoitetaan yhteisöjen tarjoamaa tukea, joka auttaa yksilöä puskuroimaan epäsuotuisia elämäntilanteita ja antaa voimavaroja elämänlaadun parantamiseksi. Koska sosiaalisen tuen laadulla ja määrällä on vaikutus yksilön terveyteen, voidaan terveyden edistämällä tukea yksilöä luomaan uusia sosiaalisia verkostoja. (Hirvonen ym. 2002, 47, 49, 54; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 68.)

Jälkimodernissa yhteiskunnassa korostuvat yksilöllistyminen, elämänvalinnat ja valinnanvapaus, jotka luovat yksilölle mahdollisuuden valita lukuisista erilaisista tavoista elää, ajatella ja toimia juuri itselleen sopivimmat. Valinnat vaikuttavat puolestaan yksilön terveyteen joko sitä tukien tai heikentäen. Valintojen tekemiseen ja hallittavuuteen sekä motivaatioon vaikuttavat tiedon lisäksi esimerkiksi tilanne, tunteet, arvot, sosiaalinen ryhmä, mahdolliset riskit ja niiden arviointi, kirjoitetut ja kirjoittamattomat säännöt sekä aiemmat kokemukset. Nämä valintoihin vaikuttavat tekijät voivat olla ristiriitaisia terveyden kanssa,

ja lisäksi vahvakaan motivaatio ei välttämättä johda suoraan terveydelle edullisiin valintoihin. Tukemalla yksilön kykyä ja mahdollisuuksia voidaan auttaa tätä perustelemaan valintojaan myös terveyden näkökulmasta. (Hankonen 2017, 202; Hirvonen ym. 2002, 50–51; Vertio 2003, 48–49.)

2.2 Hyvinvoinnin ja terveyden mittaaminen

Moniulotteisen hyvinvoinnin mittaamiseen tarvitaan monia eri mittareita, jotka yleisesti jaetaan objektiivisiin ja subjektiivisiin. Objektiivisilla hyvinvoinnin mittareilla tarkastellaan mitattavasta kohteesta riippumattomia asioita, kun taas subjektiiviset mittarit perustuvat mitattavaan kohteeseen. Sovellettavien mittarien valintaan vaikuttaa myös kohde itse: kuva taanko erimerkiksi maiden välisiä hyvinvointieroja vai tarkemmin yksilöiden hyvinvointia. Nykyisin koetun hyvinvoinnin mittaamisessa kiinnitetään huomiota erityisesti elämänlaatuun, johon vaikuttavat terveys, materiaallinen hyvinvointi, yksilön odotukset hyvästä elämästä, sosiaaliset suhteet, omanarvontunto sekä mielekäs tekeminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b.)

Myös terveyttä voidaan mitata joko objektiivisesti tai subjektiivisesti sekä eri tasoilla. Esimerkkejä objektiivisesta yksilön terveyden mittauksesta ovat lääkärintarkastukset ja objektiivisesta yhteiskuntatason mittauksesta väestötutkimukset. Subjektiivisesti terveyttä kuvaa puolestaan viime aikoina yhä vahvemman aseman saanut koettu terveys, joka usein ennustaa terveyttä tulevaisuudessa paremmin ja mittaa terveyden eri ulottuvuuksia paremmin kuin lääketieteellinen arviointi. Kokemukseen omasta terveydestä vaikuttavat voimakkaasti omat tavoitteet, arvot, asenteet sekä fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Vammoista ja sairauksista huolimatta yksilö voi kokea itsensä terveeksi, sillä hoidon lisäksi riippumattomuudella, autonomialla sekä kyvyillä ja mahdollisuuksilla päättää teoistaan ja huolehtia itsestään on tärkeä rooli koetussa terveydessä. (Huttunen 2018; Laaksonen & Suvisuo 2015, 9; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 93; Vertio 2003, 25, 45.)

3 Terveyden edistäminen sosiaali- ja terveysalalla

Ottawan asiakirja paitsi määrittelee terveys-käsitettä, myös antaa pohjan nykyiselle terveyden edistämiseksi ja sitä painottavan terveyspolitiikan kehittämiseksi (Vertio 2003, 29–30; WHO 2020). Terveyden edistäminen määritellään asiakirjassa seuraavasti:

”Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseenkin. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa.” (Vertio 2003, 174.)

Lisäksi Ottawan asiakirjassa terveyden edistämisen toimet jaetaan viiteen osa-alueeseen, joita ovat terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalvelujen uudistaminen. Terveyden edistämisen määrittelemistä monimutkaistaa vielä se, että käsitettä voidaan tarkastella ja toteuttaa yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla sekä promotion eli mahdollisuuksien luomisen ja prevention eli sairauksien ehkäisyn näkökulmista. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13–15, 24; Vertio 2003, 29, 175–176.)

Osana kansanterveystyötä terveyden edistäminen perustuu kansanterveyslakiin, ja sosiaali- ja terveysministeriöllä on siitä yleinen ohjaus- ja valvontavastuu. Terveydenhuoltolain mukaan terveyden edistämisen tavoitteena on terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, terveysongelmien ehkäiseminen, mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. (Laki terveydenhuollosta 30.12.2010/1326; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Kun terveyden edistämisen taustalla on positiivinen terveystietoisuus, ovat keskiössä yksilöiden ja yhteisöjen voimavarojen tukeminen ja kasvattaminen sekä mahdollisuuksien luominen. Kokonaisuudessaan tavoitteena on lisätä ihmisen tietoisuutta ja kokemusta hyvinvoinnin, selviytymistaitojen, itseluottamuksen sekä sosiaalisen tuen lisääntymisestä. Terveyttä edistäessä luodaan ihmiselle mahdollisuuksia itse oivaltaa omaan terveyteen vaikuttavia asioita. (Laaksonen & Suvisuo 2015, 9; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 23; Sinikallio 2019, 17.)

Terveyden edistämisen toimenpiteet aikaansaavat onnistuessaan positiivisia vaikutuksia yksilön terveyteen ja hyvinvointiin lyhyellä aikavälillä, eli tuottavat niin sanottuja välituloksia, joita ovat yksilön fysiologiset muutokset, käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset ja psykologiset muutokset (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 143; Koskinen-Ollonqvist, Peltö-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 7). Välitulokset voivat pidemmällä aikavälillä johtaa vaikuttavuuteen eli hyvinvointi- ja terveystuloksiin, kuten parempaan elämänlaatuun ja ennenaikaisen kuolleisuuden vähenemiseen (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 35–36; Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208).

3.1 Työolot sosiaali- ja terveysalalla

Työterveyslaitos ym. (2010, 5) raportoivat julkaisussaan sosiaali- ja terveysalan työoloja ja henkilöstön hyvinvointia selvittäneen valtakunnallisen kyselytutkimuksen vuoden 2010 tuloksia sekä muutoksia aikaisempiin tutkimuksiin. Kyselytutkimuksen otos koostui vuosittain 5000:sta Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteristä poimitusta sosiaali- ja terveysalalla työskentelevästä henkilöstä. Opinnäytetyön intervention osallistujat työskentelevät sosiaali- ja terveysalalla avoterveydenhuollossa, joten kyselytutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kartoittamaan toimintaympäristössä yleisesti vallitsevia työ- ja hyvinvointioloja.

Tutkimusvuosina sosiaali- ja terveysalan henkilöstön keski-ikä on noussut lähes kaikilla toimintasektoreilla ollen vuonna 2010 46,8 vuotta. Valtaosa henkilöstöstä oli aikaisempien vuosien tavoin naisia (91,6 %). Tilastokeskus (2013, teoksessa Kokkinen & Saarinen 2015, 106–107) esittää terveydenhuollon työntekijämäärien kasvaneen vuosien 2000 ja 2012 välillä julkisella ja yksityisellä sektorilla lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä. Työsuhteiden vakinaistumisesta huolimatta työhön liittyviä epävarmuustekijöitä, kuten irtisanominen, pakkolomautus ja siirto toisiin tehtäviin, koettiin vuoteen 2005 verrattuna enenevässä määrin. (Työterveyslaitos ym. 2010, 20–25, 132.)

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön terveyttä ja työkykyä on pyritty kuvaamaan erilaisilla mittareilla, jotka eivät tosin anna kuvaa henkilöstön koetusta hyvinvoinnista, sillä yksilön voimavarat työssä koostuvat fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta työkyvystä sekä osaamisesta, motivaatiosta ja sitoutumisesta. Henkilöstön sairastavuutta on kuitenkin kuvattu esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen korvaamien yli yhdeksän päiväisten sairauspoissaolojen määrällä. Suomessa sosiaali- ja terveysalan henkilöstöllä on perinteisestikin ollut enemmän sairauspoissaoloja kuin työssäkäyville keskimäärin, ja määrä kasvoi 2000-luvulla. Taustalta löytyy merkittävästi työn kuormitustekijöiden lisääntymistä ja mielenterveyden sekä tuki- ja liikuntaelinten haasteita. Sairauspoissaaloista huolimatta sosiaali- ja terveysalalla valtaosa (77 %) koki terveytensä hyväksi. Positiivista palautetta onnistumisesta

saatiin sosiaali- ja terveysalalla esimiestä useammin asiakkailta ja lähes kaikki asiakastyötä tekevät kokivatkin iloa ja mielihyvää ainakin silloin tällöin. Kuitenkin myös riittämättömyyden tunnetta usein koki asiakastyössään keskimäärin runsas kolmannes. (Kokkinen & Saarinen 2015, 113; Työterveyslaitos ym. 2010, 14, 48–51, 132–133.)

Sosiaali- ja terveysalalla kehitetään jatkuvasti uudenlaisia malleja työn organisoimiseen, jotka voivat huonosti toteutettuina haitata henkilöstön hyvinvointia ja asiakkaiden saamaa palvelua, vaikka pidemmällä aikavälillä uudistuksilla pyritään kuitenkin saamaan positiivisia vaikutuksia. Vuoden 2010 kyselytutkimuksessa kaksi kolmasosaa vastaajista oli kokenut muutoksia organisaation rakenteessa tai toiminnassa viimeisen 1–2 vuoden aikana. Heistä yli puolet kokivat kyseisten muutosten olleen suuria ja merkityksellisiä. Muutosten ennakkosuunnittelussa, henkilöstön osallistamisessa ja suunnittelun huolellisuudessa koki puutteita noin puolet tai useampi vastaajista. (Kokkinen & Saarinen, 2015, 114; Työterveyslaitos ym. 2010, 13, 51–55.)

3.2 Työterveyshuollon rooli työikäisten terveyden edistämisessä

Terveyden edistämistä toteutetaan terveydenhuollossa moniammatillisena yhteistyönä muun muassa lääkärin, sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien kesken, vaikkakin tehtäväjoissa ja osaamisessa saattaa ilmetä puutteita. Työterveyshuollolla on työikäisen väestön terveyden edistämisessä merkittävä rooli. (Vertio, 2003, 113, 121.)

”Työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi” (laki työterveyshuollosta 21.12.2001/1383).

Käytännössä työterveyshuolto sisältää lakisääteisiä toimintamuotoja, kuten työpaikkaselvityksiä, tiedottamista ja neuvontaa, terveystarkastuksia, työkykyä ylläpitävää toimintaa, vammaantumisten työssä selviytymisen seurantaa sekä toiminnan laadun ja vaikuttavuuden arviointia (Koponen ym. 2002, 108–111; laki työterveyshuollosta). Vertio (2003, 121) kuvaa työterveyshuollon tehtäviä luonteeltaan terveyttä edistäviksi ja työympäristön terveydestä huolehtiviksi. Kuitenkaan ehkäisevällä ja promotiivisella työllä ei ole vielä tarpeeksi vakiintunutta asemaa työterveyshuollon säännöllisenä ja menetelmällisenä toimintana (Rautio & Husman 2012, 179).

4 Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen

Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan kaikkea käyttäytymistä, jolla on vaikutuksia terveyteen. Terveyskäyttäytymisen merkitys yhtenä tärkeimmistä yksilön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä on lisääntynyt puhtauden ja lääketieteen kehittymisen myötä – kuolemaan johtavia tauteja osataan nykyisin hoitaa, joten terveystieteen käyttäytymisestä ja sen parantamisesta on tullut kansanterveydellisesti merkittävää. Valtaosan ehkäistävässä olevista elintapasairauksista ja ennenaikaisista kuolemista aiheuttavat vähäinen liikunta, epäterveellinen ruokavalio, tupakointi ja päihteet. Muita terveystieteen käyttäytymisen esimerkkejä ovat päihteiden käyttö, rokotukset, uni ja istumiseen liittyvät tottumukset. Ongelmia syntyy, kun terveystieteen käyttäytymiseen liittyviä suosituksia laiminlyödään pitkään. (Hankonen 2017, 202; Linnansaari & Hankonen, 2019, 90; Middelkamp, Jimenez & Rieger, 2018, 19; Ryan ym. 2008, 2.)

Terveystieteen käyttäytymiseen pyritään vaikuttamaan erilaisin suunnitelluin ja perustelluin muutosterventioin. Interventioilla tarkoitetaan väliintuloa, toisin sanoen toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan kohteen terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Intervention suunnitteluun käyttäytymistieteelliseen teoriaan ja näyttöön perustuen lupaa intervention onnistumista tavoitteissaan todennäköisemmin kuin suunnittelu ilman vahvaa teoreettista pohjaa. Teorian hyödyllisyyttä osoittaa esimerkiksi se, että teorian avulla auttavat käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden analysoimisessa. Toimiviksi todetut ja muutosta edistävät tekijät sekä vaikuttamisen keinot on helpompaa huomioida teorian avulla. (Kustannus Oy Duodecim 2019; Linnansaari & Hankonen, 2019, 89–90, 96; Sinikallio 2019, 17.)

4.1 Teoreettisten aihealueiden viitekehys TDF

Interventiosuunnittelussa määritellään intervention käyttäytymistieteellinen perusta. Jotta terveystieteen käyttäytymiseen voidaan vaikuttaa, on tunnistettava kohdeikäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät. Käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden alkukartoitukseen käytetään suuria abstraktitason teorioita, kuten Teoreettisten aihealueiden viitekehystä (TDF). TDF ryhmittelee monien käyttäytymisteorioiden osittain päällekkäisiä teoreettisia käsitteitä 14 aihealueeseen: taidot, tieto, muisti-, päätöksenteko- ja havaitsemisprosessit, käyttäytymisen säätely, ympäristön olosuhteet ja resurssit, sosiaaliset vaikutteet, sosiaalinen ja ammatillinen rooli, omia kykyjä koskevat käsitykset, optimismi, käyttäytymisen seurauksia koskevat käsitykset (tulosodotukset), aikomukset, tavoitteet, vahvistaminen sekä tunteet. Viitekehystä hyödyntävän analyysin avulla määritetään intervention kannalta keskeisimmät kohdeikäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät sekä ymmärretään kontekstin tarpeita ja erityispiir-

teitä. Käyttäytymisen vaikuttimet tunnistamalla voidaan valita spesifimpi teoria, joka parhaiten sopii kyseessä olevien ongelmien ratkaisemiseksi. (Hankonen 2017, 203–204, 208–209; Linnansaari & Hankonen, 2019, 97, 100–103.)

4.2 Itsemääräämisteoria

Itsemääräämisteoria (Self-Determination Theory, STD) on yleinen motivaatioteoria. Vaikka on olemassa monia lähestymistapoja käynnistää terveystyötytymisen muutos, välttämättömät ainesosat muutoksen ylläpidolle usein puuttuvat. Sen sijaan itsemääräämisteoria keskittyy erityisesti siihen, kuinka yksilö motivoituu sekä uuden terveyteen liittyvän käyttäytymisen aloittamiseen että sen ylläpitämiseen ajan mittaan. Teorian mukaan käyttäytymisen ylläpitäminen edellyttää, että yksilö sisäistää muutoksen arvot omikseen ja kokee oikeutta itsemääräämiseen. (Ryan ym. 2008, 2).

Itsemääräämisteorian keskiössä ovat kolme psykologista perustarvetta, joita ovat koettu autonomia, koettu pätevyys ja koettu sosiaalinen yhteenkuuluvuus. Fyysisten tarpeiden tapaan näiden tarpeiden sanotaan olevan objektiivisia ilmiöitä, sillä niiden puutteella tai täyttymisellä on selkeitä ja mitattavia vaikutuksia. Näin ollen psykologisten perustarpeiden puute johtaa huomattavaan kasvun, eheyden ja hyvinvoinnin heikkenemiseen. Tutkimustulokset itsemääräämisteorian ja terveystyötytymisen välisestä yhteydestä ovat johdonmukaisia: kun tuetaan psykologisia perustarpeita, koetaan enemmän omaehtoista sitoutumista toimintaan ja tuloksia ylläpidetään paremmin. (Ryan & Deci 2017, 10; Ryan ym. 2008, 5).

Ensimmäinen itsemääräämisteoriassa määritellyistä perustarpeista on koettu autonomia eli tarve itse säädellä kokemuksiaan ja toimiaan. Autonomian tunnusmerkki on se, että yksilön käyttäytyminen on omaehtoista ja yhdenmukaista tämän aitojen intressien ja arvojen kanssa. Teorian mukaan vain jotkin yksilön toimista ovat autonomisia ja muut ulkoa säädeltyjä. (Ryan & Deci 2017, 10.) Mikäli yksilöllä on vapautta valita ja toimia itseohjautuvasti, on toimintaan sitoutuminen parempaa kuin tilanteessa, jossa kontrolli ja aloitteet tulevat ulkoa. Esimerkiksi liikunnan näkökulmasta autonomian kokemus muodostuu, kun liikkujalla on mahdollisuus osallistua harjoittelunsa suunnitteluun ja toteutukseen tuomalla itseään koskevassa päätöksen teossa ajatuksensa ja toiveensa esille. (Jaakkola 2015, 113–114; Lintunen 2015, 84.) Nupponen (2011, 49) esittää, että erityisesti aloittelevilla liikkujilla oman halun seuraaminen liittyy liikunnan kuormittavuuteen, yksityiskohtiin ja ympäristöön ennustaa liikuntaharrastuksen jatkumista.

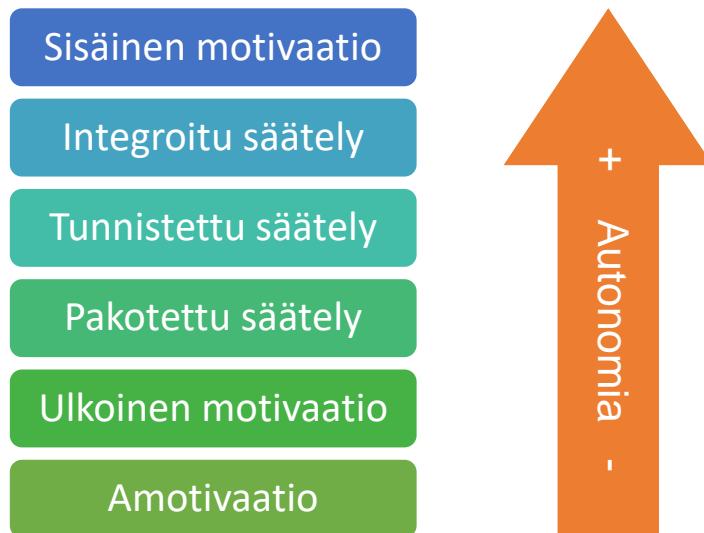
Toinen psykologinen perustarve on koettu pätevyys, joka viittaa tarpeeseen tuntea hallintaa, tehokkuutta sekä omien kykyjen riittävyyttä taidon tai tehtävän suorittamiseen. Pätevyyttä voidaan kokea eri pätevyysalueilla, joita ovat fyysinen pätevyys, tiedollinen eli älyllinen pätevyys, sosiaalinen pätevyys ja tunnepätevyys. Siinä, miten tärkeäksi kukin pätevyysalue koetaan, on yksilöllisiä eroja. Koetun pätevyyden tunne vähenee tilanteissa, jotka ovat liian haastavia, negatiivinen palaute on vallitsevaa tai tunne hallinnasta ja tehokkuudesta heikkenee yksilöön kohdistuvan kritiikin tai sosiaalisen vertailun vuoksi. (Jaakkola 2015, 11–114; Liukkonen & Jaakkola 2013, 149; Ryan & Deci 2017, 11.) Ryan ja kumppanit (2008, 2) korostavat, että autonomian ja pätevyyden tunteiden kehittäminen on tärkeää, jotta yksilö ylläpitää terveyttä ja hyvinvointia edistävää käyttäytymistään.

Kolmantena psykologisena perustarpeena itsemääräämisteoria määrittelee tarpeen kokea sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Yhteenkuuluvuus on tunnetta siitä, että kuuluu merkittävänä osana joukkoon, huolehditaan muista ja muut huolehtivat itsestä. Myös kiintymys, läheisyys ja turvallisuus ovat tunteita, joita tarvitaan sosiaalisen yhteenkuuluvuuden kokemiseen. Vastoin yleisen oletuksen, ryhmätoimintaan osallistuminen ei automaattisesti tarkoita sosiaalisen yhteenkuuluvuuden kokemista. Ryhmän ilmapiiristä on luotava turvallinen, avoin, luottamuksellinen ja innostava, jotta sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunne toteutuu ja jokainen osallistuja uskaltaa olla sellainen kuin on sekä ilmaista tarpeensa ja tunteensa. (Lintunen 2015, 85–86; Lintunen 2017, 188; Ryan & Deci 2017, 11.) Monet interventiomallit viittaavat siihen, että ammattilaisen ja asiakkaan välinen yhteys on tärkeässä osassa muutosta. Esimerkiksi terveydenhuollossa ovat huomioon ottaminen, ymmärtäminen ja välittäminen avainasemassa luottamuksen ja kelpaavuuden tunteen muodostamisessa. (Ryan ym. 2008, 3.)

Motivaation tehtävänä on antaa käyttäytymiselle energiaa eli saada yksilön toimimaan sekä antaa käyttäytymiselle suunta ja näin ohjata käyttäytymistä esimerkiksi tavoitteita kohti. Motivaation taustalla on erilaisia motiiveja eli motivaation lähteitä, jotka vastaavat peruskysymykseen '*miksi toimimme tietyllä tavalla*'. Motivaatio vaikuttaa käyttäytymisen intensiteettiin ja laatuun, toimintaan sitoutumiseen ja tehtävien haastavuustason valintaan. (Jaakkola 2015, 110; Ryan & Deci 2017, 13.)

Kokeellisen psykologian historiassa motivaation käsitettä on kuvattu yhtenä kokonaisuutena sen määrän tai vahvuuden suhteen, mutta sitä ei ole tyypillisesti eroteltu tyypin, laadun tai suuntautumisen suhteen. Itsemääräämisteoria eroaa muista lähestymistavoista siinä, että se korostaa motivaation eri tyyppien ja lähteiden vaikuttavan käyttäytymisen laatuun. Teoria esittää, motivaation lähde on olennaisempi kuin motivaation määrä si-

nänsä. Tämä selittyy sillä, että jotkin motivaatiomuodot ovat täysin vapaaehtoisia ja heijastavat yksilön arvoja, kun taas toiset voivat olla täysin ulkoisen pakon tai painostuksen aikaansaamia. (Ryan & Deci 2017, 13–14; Vasalampi 2017, 54–55.) Motivaation perinteinen jaottelu ulkoiseen ja sisäiseen motivaatioon laajentuu itsemääräämisteoriassa, jossa ulkoisen motivaation muotoja katsotaan olevan useita. Teorian keskiössä on motivaatiojatkumo, joka muodostuu, kun eri motivaation muodot asettuvat motivaation omaehtoisuuden asteen mukaiselle jatkumolle. Jatkumon toisessa päässä on täysin omaehtoinen, sisäinen motivaatio. Jatkumolle sijoittuvat integroitu säätely, tunnistettu säätely, pakotettu säätely, ulkoinen motivaatio ja jatkumon toiseen päähän amotivaatio. (Jaakkola 2015, 111; Karttunen, Hankonen & Absetz 2015, 125; Ryan ym. 2008, 3; Vasalampi 2017, 56.) Kuvio 1 esittää erilaisten motivaation muotojen sijoittumista motivaatiojatkumolle ja autonomian lisääntymistä niiden suhteen.



Kuvio 1. Motivaation muodot ja autonomian lisääntyminen motivaatiojatkumolla (mukaillen Jaakkola 2015, 111)

Alhaisinta autonomian tasoa motivaatiojatkumolla kuvastaa amotivaatio (*amotivation*), joka tarkoittaa motivaation täydellistä puuttumista. Ulkoinen motivaatio (*extrinsic motivation*) on kontrolloiduin motivaation muoto, jossa yksilö toimii vain saadakseen ulkoisen palkinnon, välttääkseen rangaistuksen tai noudattaakseen sosiaalisia paineita. Toiminta on todennäköisesti ristiriidassa yksilön omien arvojen kanssa, mutta ulkoiset motiivit, kuten maine, kunnia, arvostuksen lisääntyminen muiden silmissä tai rangaistuksen pelko voivat saada yksilön toimimaan tehokkaasti lyhyellä aikavälillä, mutta pidemmän ajan kuluessa niiden vaikutus muuttuu negatiiviseksi. (Jaakkola 2015, 112; Liukkonen & Jaakkola 2013, 151; Ryan & Deci 2017, 14; Ryan ym. 2008, 3; Vasalampi 2017, 56).

Pakotetulla säätelyllä (*introjected regulation*) tarkoitetaan tilannetta, jossa yksilö toimii saadakseen hyväksynnän tai kiitoksen, säilyttääkseen itsearvostuksen tai välttääkseen paheksunnan tai syyllisyyden tunteen. Myöskään pakotettu säätely ei ennusta toiminnan pitkäaikaista noudattamista, vaan pikemmin yksilön hyvinvoinnin heikkenemistä. Tunnistetuissa säätelyssä (*identified regulation*) toiminta on jo kohtuullisen autonomista ja siihen liittyy positiivisia, osin henkilökohtaisiksi miellettyjä arvoja. Vaikka toiminta ei olisi erityisen mukavaa, se ei aiheuta yksilölle negatiivisia kokemuksia. Motiivit toimintaan saattavat kuitenkin olla ulkoisia, kuten halu saada arvostusta tai hyötyä sosiaalisessa ympäristössä. Integroitunut säätely (*integrated regulation*) viestii jo erittäin autonomisesta toiminnasta ja johtaa vahvaan sitoutumiseen. Toiminta on osa yksilön persoonallisuutta ja se on linjassa yksilön keskeisten arvojen ja elämäntapojen kanssa. Toimintaan ei kuitenkaan ryhdytä sen itsensä takia vaan esimerkiksi siksi, että toiminnan koetaan olevan osa terveellisiä elintapoja. (Jaakkola 2015, 112; Liukkonen & Jaakkola 2013, 152; Ryan & Deci 2017, 15; Ryan ym. 2008, 3; Vasalampi 2017, 56–58.)

Sisäinen motivaatio (*intrinsic motivation*) edustaa kaikkein autonomisinta motivaation muotoa, sillä kontrolli on toimijalla itsellään. Motiiveina ovat ilo, mielihyvä ja positiiviset kokemukset, joiden vuoksi toimintaan ryhdytään ensisijaisesti sen itsensä vuoksi. Sisäinen motivaatio viestii arvojen mukaisesta toiminnasta, lisää sitoutuneisuutta ja suuntaa käyttäytymistä tavoitteiden suuntaan. Edistymisen sisäisen motivaation mukaisissa tavoitteissa on todettu parantavan yksilön hyvinvointia ja elämäntyytyväisyyttä. Viihtyminen, eli positiiviset tunnereaktiot kuten ilo, nauttiminen ja hauskuus, on seurausta sisäisestä motivaatiosta. (Jaakkola 2015, 111, 117; Vasalampi 2017, 55, 58.)

Motivaation laadun merkitystä terveystyöskäytymiseen on tutkittu muun muassa ikääntyneellä väestöllä Ikihyvä Toimintakyky -interventiotutkimushankkeessa. Intervention lähtömittausajankohtana tunnistettu motivaatio oli positiivisesti yhteydessä objektiivisesti mitattuun fyysiseen toimintakykyyn ja itseraportoituun liikuntakäyttämiseen. Sen sijaan ulkoisella motivaatiolla oli negatiivinen yhteys toimintakykyyn ja liikuntaan. Tutkimustulokset nojaavat näin itsemäärämisteorian perusajatukseen siitä, että autonomisemmat motivaation muodot edistävät parempaa suoriutumista. (Karttunen ym. 2008, 124, 133.) Myös Teixeira, Carraça, Markland, Silva & Ryan (2012, 1) osoittavat fyysiseen aktiivisuuteen ja itsemäärämisteoriaan keskittyvässä katsauksessaan tuen autonomisten motivaatiomuotojen ja liikunnan väliselle positiiviselle yhteydelle. Lisäksi tunnistetun säätelyn todetaan ennustavan lyhytaikaisempaa omaksumista kuin sisäisen motivaation. Näin ollen sisäinen motivaatio on pitkäaikaisinta käyttäytymistä ennustava motivaation muoto. (Teixeira ym. 2012, 1.)

Kun ulkoinen motivaatio muuttuu sisäisemmäksi, yksilö samaistuu motiiveihin ja toiminta muuttuu osaksi yksilön minäkuva. Jotta motivaatio sisäistyy, tulee itsemääräämisteorian mukaan yksilön kokea psykologisten perustarpeiden, eli autonomian, pätevyyden ja sosiaalisen yhteenkuuluvuuden, tyydyttymistä (Jaakkola 2015, 112; Vasalampi 2017, 61). Karttunen ym. (2015, 134) kuvaavat myös ympäristön vaikuttavan osaltaan autonomisempien motivaatiomuotojen kehittymiseen esimerkiksi liikunnan suhteen. Kuten todettu, psykologisten perustarpeiden tyydyttyminen, ja näin ollen motivaation omaehtoistuminen, ovat edellytys käyttäytymisen ylläpidolle ja kestävämpään muutokseen, sillä ulkoiset motiivit aikaansaavat vain lyhytaikaista käyttäytymistä (Karttunen ym. 2015, 126; Linnansaari & Hankonen 2019, 99).

4.3 Ryhmämuotoinen elintapaohjaus

Elintapaohjaus on käytännön tapa vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. Sillä tarkoitetaan asiakaslähtöistä neuvontaa, jolla edistetään ja ylläpidetään terveyttä sekä ehkäistään ja hoidetaan sairauksia. Elintapaohjausta voidaan toteuttaa interventiona tai sen osana, tutkimuksessa tai terveysalan ammattilaisen käytännön työnä. Asiakkaalle ohjaus näyttäytyy suunnitelmallisena, tavoitteellisena ja vuorovaikutuksellisenä toimintana, joka auttaa terveyspäätösten tekemisessä ja elintapojen muuttamisessa. Elintapaohjauksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia terveyteen, hyvinvointiin ja elämänlaatuun. (Kivimäki & Toropainen 2017, 5).

Elintapaohjauksen on oltava paitsi vaikuttavaa myös kustannusvaikuttavaa. Vaikka ohjaus voidaan toteuttaa sekä yksilö- että ryhmämuotoisena, säästää ryhmämuotoinen toteutus kustannuksia. (Kolu 2017, 9). Lihavuuden (lapset, nuoret, aikuiset) Käypä hoito -suositus (2020) suosittaa ryhmässä toteutettavaa neuvontaa sen pienempien kustannusten mutta yksilöneuvontaa vastaavan tehokkuuden vuoksi, sekä korostaa, että ryhmämuotoisessa toteutuksessa päästään hyödyntämään myös vertaistukea ja yhdessä oppimista. Sen sijaan Nupponen & Suni (2011, 213) painottavat neuvonnan henkilökohtaisuuden tärkeyttä, jolloin tavoitellut muutokset voidaan sovittaa asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja elämäntilanteeseen.

Liikunnallisen arjen puheeksi ottaminen osana elintapaohjausta on yleistynyt viime vuosina, sillä liikunnalla on merkittävä rooli monien sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntouksessa sekä toimintakyvyn säilyttämisessä. Liikuntaneuvonnan tavoitteena on edistää asiakkaan liikkumista kehittämällä tämän omia näkemyksiä ja taitoja, joilla tukea terveyttään, hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Liikuntaneuvonta muodostuu useista tapaamisista ja yhteydenottoista terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ammattilaisen kanssa sekä ohjaamisesta matalan kynnyksen liikuntapalvelujen ja omatoimisen liikunnan pariin.

Viiden A:n periaate – *arvioi, anna tietoa, aseta, auta ja aikatauluta* – raamittaa tuloksellista liikuntaneuvontaa antaen sille minimikriteerit. Periaatteen mukaan liikuntaneuvonta pitää sisällään asiakkaan nykytilan arviointia, tiedon antamista liikunnan hyödyistä, annostelusta ja muodoista sekä tavoitteenasettelua yhdessä asiakkaan kanssa. Myös asiakkaan auttaminen esimerkiksi esteiden tunnistamisessa ja liikuntapalveluiden löytämisessä sekä seurantatapaamisten aikatauluttaminen ovat viiden A:n periaatteen mukaan osa liikuntaneuvontaa. Pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn tähtäävät interventiot, joissa annetaan liikuntaa koskevaa tietoa ja lisätään liikuntamahdollisuuksia, on arvioitu vaikuttavammiksi, kustannusvaikuttavammiksi ja kilpailukykyisemmiksi kuin ne, joissa käytetään muita keinoja. (Aittasalo & Vasankari 2011, 198; Kivimäki & Toropainen 2017, 5; Taulaniemi & Rinne; Vuori 2011a, 12; Vuori 2011b, 227.)

Aittasalo (2017, 7) korostaa, että liikuntaneuvonnalla vaikutetaan käyttäytymisen alkulähteisiin, esimerkiksi kyvykkyyteen, motivaatioon ja tilaisuuksiin, ei suoraa käyttäytymiseen. Tunnistamalla muutostarpeet käyttäytymisen alkulähteissä voidaan oikein valituilla muutostekniikoilla vaikuttaa liikuntakäyttämiseen, ja näin saada ajan mittaan vaikutuksia terveyteen ja elämänlaatuun. Myös Nupposen & Sunin (2011, 212) mukaan liikuntaneuvonnan ensisijaiset tulokset näkyvät muutoksina asiakkaan ajattelussa ja käyttäytymisessä. Terveysvaikutukset ovat neuvonnan välillisiä tuloksia, joita havaitaan vasta liikuntakäyttämisen muututtua riittävän paljon ja jatkuttua riittävän pitkään.

Myös liikuntaneuvontaa voidaan toteuttaa ryhmämuotoisena, esimerkiksi Liikettä arkeen - liikuntaneuvontamallin mukaisesti. Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta on oiva tapa hyödyntää ryhmäläisten toisilleen antamaa vertaistukea, jolla tarkoitetaan kokemusten jakamista toisten saman kokeneiden kanssa. Vertaisten välinen vuorovaikutus on eheyttävää ja jaksamista tukevaa. Omakohtaisten esimerkkien jakaminen ja sympatia edellyttävät kuitenkin turvallista ja luottamuksellista ilmapiiriä, sillä aiheet ovat arkoja ja henkilökohtaisia. Kokemuksellisen tiedon ja avun jakaminen luo tunteen ymmärretyksi tulemisesta sekä lisää itsetuntoa ja koettua pätevyyttä. (Harmokivi-Saloranta, Kiviluoto & Kuvajainen 2018; Laimio & Karnell 2010, 12, 18–19; Terveyskylä 2019.)

5 Työn tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia itsemääräämisteoriaan perustuva käyttäytymismuutosinterventio terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Työn toimeksiantajaorganisaationa on Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä, ja malli pilotoidaan kuntayhtymän henkilöstöllä. Toimeksiannon (Nykänen 5.6.2019) mukaan interventiolla tulee pyrkiä tukemaan henkilöstön yleistä hyvinvointia, jaksamista ja hyvää oloa. Intervention tavoitteena on ohjata osallistujia tekemään terveydelleen ja hyvinvoinnilleen edullisia käyttäytymisvalintoja.

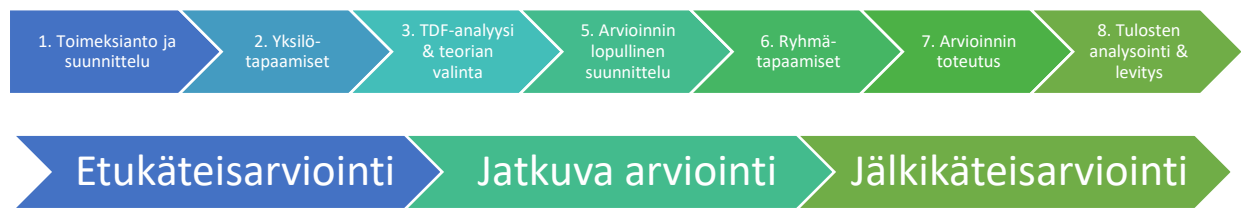
Tarkoituksena on tunnistaa kohderyhmän terveystietämiseen vaikuttavat tekijät, ja siten laatia tarvelähtöinen ja osallistava malli, joka toteutetaan ryhmämuotoisena elintapaohjauksena. Itsemääräämisteoria muodostaa punaisen langan, joka ohjaa oikeiden käyttäytymismuutostekniikoiden valitsemiseen: käyttäytymismuutostekniikat valitaan siten, että niillä pyritään tukemaan psykologisia perustarpeita ja näin vahvistamaan sisäistä motivaatiota.

Opinnäytetyöllä tavoitellaan terveydelle edullisia välituloksia, eli fysiologisia ja psykologisia muutoksia sekä käyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia, joita arvioidaan suhteessa osallistujien itse määrittelemiін henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Pitkän aikavälin muutosten seuranta eli vaikuttavuuden arviointi ei opinnäytetyön resurssien puitteissa ole mahdollista.

Vaikka opinnäytetyön resurssit riittävät vain mallin pilotointiin, on opiskelijan henkilökohtaisena tarkoituksena laatia interventiomallista toistettava, joka voidaan laajamittaisesti toimeenpanna ja levittää myöhemmin niin toimeksiantajaorganisaatiossa kuin opiskelijankin toimesta tämän tulevalla uralla liikunta-alalla.

6 Työn vaiheet

Produktityyppisen opinnäytetyön työstämisessä sovelletaan Sirolan & Salmisen (2002, 265–268) projektin elinkaarta sekä Linnansaaren & Hankosen (2019, 89–120) terveyskäyttäytymisen muutosintervention suunnittelun vaiheita. Kuvio 2 esittää työn vaiheet visuaalisena jatkumona. Työn perustana käytetään samaa elinkaariajattelua kuin missä tahansa projektissa, mutta terveyden edistämisen projektille tyypillisesti projektin päättymisen ei päätä uudenlaista käyttäytymistä. Elinkaaren mukaisesti projektin suunnittelu alkaa, kun terveyden edistämiseen liittyvä idea syntyy. (Sirola & Salminen, 2002, 265.)



Kuvio 2. Terveyskäyttäytymisen muutosintervention vaiheet (mukaillen Linnansaari & Hankonen, 2019, 93; Sirola & Salminen, 2002, 265, 267)

6.1 Toimeksianto ja suunnittelu

Idea interventioon nousi toimeksiantajaorganisaation, Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän, työhyvinvointiryhmältä, joka koostuu työnantajien ja työntekijöiden edustajista. Toimeksiantaja perusteli intervention ajankohtaisuutta sillä, että kuntayhtymän yhtenä strategisena painoalueena on osaava ja hyvinvoiva henkilöstö, ja tavoitteena muun muassa sairauspoissaolojen väheneminen. Kuitenkaan yksittäistä puutetta tai poikkeavaa muutosta työhyvinvoinnissa ei ollut huomattu olleen. (Järvinen 26.8.2019.)

Keväällä 2019 työhyvinvointiryhmä kartoitti henkilöstön kiinnostusta, tarpeita ja toiveita mahdollista interventiota kohtaan Webropol-kyselyllä. Koska henkilöstössä oli kiinnostusta osallistumiseen, toimeksiantaja haki intervention toteuttajaa Haaga-Helian ammattikorkeakoulun opiskelijoista toukokuussa 2019. Opiskelijan valikoiduttua opinnäytetyö aloitettiin kesäkuussa 2019 suunnittelupalaverilla. Toimeksiannon mukaisesti tavoitteena on henkilöstön yleisen hyvinvoinnin, hyvän olon ja jaksamisen tukeminen. Toimeksiantaja määritteli intervention pilotoinnille ajoitus suunnitelman ja toteutusympäristön: kymmenen viikon interventiojakson oli määrä alkaa elokuussa 2019 ja interventioryhmän kokoontua viikoittain terveyskeskuksen koulutustilassa. Myös toimeksiantajan määrittelemä intervention osallistujamäärä, 15 henkilöä, täyttyi. Tässä raportissa interventioon ilmoittautuneista osallistujista voidaan käyttää myös nimeä ryhmä.

Linnansaari & Hankonen (2019, 94) esittävät, että terveystyöskäytännön muutosinterventiolla tulee pyrkiä vastaamaan johonkin olemassa olevaan ongelmaan ja määrittellä tavoitteen mukaan. Koska toimeksiantajan mukaan erityistä ongelmaa ollut havaittu, sovittiin pääosin ryhmämuotoisena toteutettavan intervention sisältävän kaksi yksilötapaamista ja kahdeksan ryhmätapaamista. Interventiojakson alkuun sijoittuvalla yksilötapaamisella oli tarkoitus aiemmin esitellyn neuvonnan viiden A:n periaatteen (Aittasalo & Vasankari 2011, 198) mukaisesti arvioida osallistujien elämäntilannetta sekä pyrkimyksiä ja tunnistaa kohdekäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät. Kohdekäyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta ongelma voidaan analysoida huolellisesti ja intervention tavoite määrittellä selkeästi (Linnansaari & Hankonen, 2019, 94; Nupponen & Suni 2011, 214).

Opinnäytetyön työstäminen keskeytyi heinäkuussa 2019 opiskelijan kokeman työtapaturman, siitä johtuneen polvileikkauksen, pitkittyneen sairausloman ja psyykkisten haasteiden vuoksi. Vaikka mahdollisia riskikohtia oli arvioitu jo varhaisessa suunnitteluvaiheessa (Sirola & Salminen, 2002, 265) muun muassa SWOT-analyysin avulla (liite 1), ei tapaturman kaltaiseen odottamattomaan tilanteeseen osattu varautua. Opinnäytetyön ajoitus suunnitelma tuli laatia yhdessä toimeksiantajan kanssa uudelleen. Uudelleensuunnittelu tehtiin täysin arvion perusteella, sillä opiskelijan kuntoutumiselle työtapaturmasta ei ollut ajallista ennustetta. Interventiojakson sovittiin kuitenkin alkavan yksilötapaamisilla lokakuussa 2019, ryhmätapaamisten sijoittuvan marras-tammikuulle ja interventiojakson päätävien yksilötapaamisten helmikuulle 2020.

Suunnitteluvaiheessa opiskelija aloitti perehtymisen terveystyöskäytännön muutosintervention laatimiseen ja erilaisiin käyttäytymisteorioihin sekä tutustui sosiaali- ja terveystyöskäytännön kohderyhmään yleisellä tasolla. Koska terveystyöskäytännön muutokseen soveltuvia teorioita löytyi useita, kuten COM-B-malli, itsemääräämisteoriat, Precede-Proceed-malli ja suunnitellun käyttäytymisen teoria, päätettiin terveystyöskäytännön muuttamiseen vaikuttavien tekijöiden hahmottamiseksi käyttää ensin Teoreettisten aihealueiden viitekehystä eli TDF:ää. (Linnansaari & Hankonen 2019, 96–99; Räsänen 2012.)

Linnansaaren & Hankosen (2019, 115) mukaan materiaalien huolellisella suunnittelulla ja toteuttamisella pyritään saamaan osallistujat kiinnostumaan sekä sitoutumaan interventioon, ja materiaalien esitelmämuotoisella ehkäistään mahdolliset väärinymmärrykset. Opinnäytetyön interventiota varten luotiin visuaalinen ja aiheeseen sopiva sähköinen kirjepohja, jonka ilme toistui osallistujille tapaamisten välissä lähetettävissä infokirjeissä ja tapaamisten diaesityksissä. Materiaalien luomiseen liittyi läheisesti myös intervention nimeäminen.

Ennen toimeksiantoa interventio markkinoitiin osallistujille työnimellä Elämäntapahallintaryhmä, mutta opiskelijan luomissa materiaaleissa se kantoi lopullista nimeä Hyvinvointiryhmä. Hyvinvointiryhmän ensimmäinen kirje (liite 2) luetutettiin suun terveydenhuollon osastonhoitajalla sekä sairaalan tulosalueen ylihoitajalla, jotta varmistuttiin viestin ja visuaalisen ilmeen tarkoituksenmukaisuudesta. Ensimmäinen kirje lähetettiin osallistujille sähköpostilla 6. elokuuta 2019.

6.2 Käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen

Interventiojakso aloitettiin viikolla 43 yksilötapaamisilla, jotka osallistujat sopivat opiskelijan kanssa itselleen sopivalle ajankohdalle. Tässä raportissa opiskelijasta voidaan käyttää myös nimeä ohjaaja, kun halutaan korostaa hänen asemaansa ryhmän organisoijana. Viidestätoista osallistujasta kaikki varasivat itselleen ajan yksilötapaamiselle, mutta vain neljätoista saapui paikalle. Näin ollen yksi interventioon ilmoittautunut osallistuja jättäytyi pois jo ennen interventiojakson alkua, eikä poisjäännin syitä eettisistä syistä tiedusteltu.

Kantavana menetelmänä läpi yksilötapaamisten käytettiin motivoivaa haastattelua, jolla tarkoitetaan asiakaskeskeistä vuorovaikutustekniikkaa. Siinä pyritään terveyden edistämiseksi tyypillisesti lisäämään yksilön ymmärrystä omasta toiminnastaan sekä herättelemään muutospuhetta. Keskeisiä periaatteita ovat empatian osoittaminen, refleктоiva kuuntelu, avoimet kysymykset, yhteenvedot, ristiriidan selvittäminen nykyisen ja toivotun käyttäytymisen välillä sekä väittelyn välttäminen. Motivoivassa haastattelussa lähdetään oletuksesta, että yksilössä itsessään on muutoksen edellytykset. (Haaga-Helia 2018; Linnan- saari & Hankonen 2019, 108.) Osallistujan ja ohjaajan kahdenkeskeisellä tapaamisella oli tarkoituksena tunnistaa osallistujan käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä ja perehtyä tämän näkemyksiin. Nupposen & Sunin (2011, 214) sanoin osallistujan pyrkimyksiin ja elämäntilanteeseen paneutuminen kasvattaa tämän ja ohjaajan välistä luottamusta sekä edistää sitoutumista niin interventioon kuin myöhemmin terveydelle edulliseen käyttäytymiseen. Intervention tarvelähtöisyys toteutui yksilötapaamisista lähtien, kun osallistujilta itseltään kysyttiin heidän koetuista tarpeistaan sekä toiveistaan ryhmän aiheiden, toteutuksen ja toimintatapojen suhteen (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 65).

Käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen käytettiin motivoivan haastattelun lisäksi *henkilökohtaisten tavoitteiden menetelmää* (liite 3). Motivaation mittaamiseen tähtävällä menetelmällä on monia käyttötarkoituksia ja sillä voidaan selvittää esimerkiksi sitä, mihin yksilö elämässään suuntautuu ja miten hän edistyy tavoitteensa saavuttamisessa (Salmela-Aro & Nurmi, 2017, 43–53). Menetelmää sovellettiin opinnäytetyöhön si-

ten, että osallistujaa pyydettiin keskittymään SMART-periaatteella (Linnansaari & Hankonen 2019, 109) määrittelemäänsä henkilökohtaiseen tavoitteeseensa sen sijaan, että häntä olisi pyydetty muodostamaan pidempi lista tavoitteistaan.

Menetelmässä osallistuja arvioi tavoitettaan erilaisten ulottuvuuksien avulla. Opinnäytetyöhön valitut ulottuvuudet olivat tärkeys, sitoutuminen, edistyminen, pystyvyys tavoitteen saavuttamiseksi, sosiaalinen tuki ja sosiaalinen estäminen. Ulottuvuuksien valintaan vaikutti paitsi Salmela-Aron & Nurmen (2017, 46) kuvaus menetelmän sisällöstä, mutta myös tarve soveltaa menetelmä yhteensopivaksi opinnäytetyön teoriapohjan, TDF:n, kanssa. Tärkeyden ja sitoutumisen ulottuvuudet valittiin siksi, että ne antoivat tietoa tavoitteen merkityksellisyydestä osallistujalle ja ovat siten yhdistettävissä TDF:n tavoitteet-aihealueeseen, *'miten paljon osallistuja haluaa käyttäytyä jollain tavoin'*. Pystyvyyden ulottuvuus antoi tietoa saavuttamisesta eli siitä, uskoko osallistuja kykyihinsä saavuttaa tavoitteensa. TDF:n aihealueista pystyvyydellä on yhteys omia kykyjä koskeviin käsityksiin sekä fyysiseen ja psyykkiseen kyvykkyyteen (taidot, tiedot, käyttäytymisen säätely). Edistymisen ulottuvuus valittiin siksi, että sillä voidaan todentaa osallistujan edistyminen tavoitteessaan interventiojakson aikana. Ulottuvuudet sosiaalinen tuki ja sosiaalinen estäminen antoivat tietoa siitä, missä määrin osallistujan sosiaalinen ympäristö joko tukee tai estää tätä jossakin käyttäytymisessä, ja ovat siten yhdistettävissä TDF:n sosiaalisten vaikutteiden aihealueeseen.

Käytännössä jokainen ulottuvuus sisälsi yhden kysymyksen, johon osallistuja vastasi arvioiden henkilökohtaista tavoitettaan käyttäen portaittaista Likert-asteikkoa, jossa 1 = ei lainkaan ja 7 = erittäin paljon. Lisäksi laadittiin kysymyskohtainen vastausalue, jolle vastatessa osallistujalla oli alhainen taso kyseisellä aihealueella. Näin luotiin henkilökohtaisen tavoitteen menetelmän ja TDF-analyysin välille yhteys.

Näiden ulottuvuuksien lisäksi arvioitiin sisäistä ja ulkoista motivaatiota. Motivaation arviointiin käytettiin Salmela-Aron & Nurmen (2017, 47) esittämiä kysymyksiä, joilla selvitettiin, vaikuttiko osallistujan henkilökohtaisen tavoitteen taustalla ulkoinen vai sisäinen motivaatio. Jo ensimmäisillä yksilötapaamisilla tiedettiin, että osallistujat tulivat täyttämään lomakkeen myös interventiojakson päättäneellä yksilötapaamisella, jolloin saatiin selville intervention alku- ja lopputilanne sekä mahdolliset muutokset.

6.3 TDF-analyysi ja teorian valinta

Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmän (liite 3; Salmela-Aro & Nurmi, 2017, 43–53) ja motivoivan haastattelun avulla selvitettiin, millä käyttäytymiseen vaikuttavilla tekijöillä oli

vahva yhteys osallistujien käyttäytymiseen. Esimerkiksi, jos osallistujalla ilmeni motivoivan haastattelun tai henkilökohtaisen tavoitteen menetelmän myötä puutteita terveystyöskäytännön liittyvissä fyysisissä taidoissa sekä heikko luottamus asioiden järjestymiseen (puute optimismissa), on taulukkoon 2 merkitty X kyseisten käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden riveille. Analyysin avulla huomattiin, että intervention 14 osallistujasta neljällä tai sitä useammalla osallistujalla oli keskimääräisesti alhainen taso fyysisissä taidoissa, psyykkisissä tiedoissa, käyttäytymisen säätelyssä, fyysisissä ja sosiaalisissa tilaisuuksissa, omia kykyjä koskevissa käsityksissä sekä aikomuksissa.

Taulukko 2. Käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät TDF:n mukaan ja niiden alhaisen tason esiintyvyys osallistujilla

KYVYKKYYS		ALHAISEN TASON ESIINTYVYYS (X = yksi intervention osallistuja)
FYYSISET	Taidot	X X X X
PSYYKKISET	Tieto	X X X X X X
	Muisti-, päätöksenteko-, ja havaitsemisprosessit	X
	Käyttäytymisen säätely	X X X X X X X
TILAISUUDET		
FYYSISET	Ympäristön olosuhteet ja resurssit	X X X X X
SOSIAALISET	Sosiaaliset vaikutteet	X X X X X X X X X X
MOTIVAATIO		
TIETOINEN	Sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti	
	Omia kykyjä koskevat käsitykset	X X X X
	Optimismi	X
	Käyttäytymisen seurauksia koskevat käsitykset (tulokset)	X X
	Aikomukset	X X X X
	Tavoitteet	X X
AUTOMAATTINEN	Vahvistaminen	X
	Tunteet	X

Kun käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät oli tunnistettu TDF-analyysin avulla eli ongelma oli huolellisesti määritelty, intervention tavoite täydennettiin osallistujien henkilökohtaisilla tavoitteilla. TDF-analyysin löydösten avulla määriteltiin myös intervention käyttäytymisteollinen perusta ja erilaisista teoriavaihtoehdoista päädyttiin itsemääräämisteoriaan. Koska osallistujilla oli havaittu olleen puutteita erityisesti kyvykkyydessä eli koetussa pysyvyydessä ja sosiaalisissa tilaisuuksissa, sopi itsemääräämisteoria näiden tukemiseen.

Lisäksi itsemääräämisteorialle tyypillisillä itsesäätelyä opettavilla käyttäytymismuutostekniikoilla voitiin vastata aikomusten ja käyttäytymisen väliseen kuiluun. Koska osallistujien motivaation lähteiden havaittiin olevan osittain ulkoisia, olivat itsemääräämisteorian psykologisia perustarpeita tukevat toimintatavat omiaan juuri intervention kohderyhmälle.

6.4 Arvioinnin lopullinen suunnittelu

Arvioinnilla tulee määritellä intervention vaikutus ja tehdä sillä saadut tulokset näkyviksi. Tärkeä arvioinnin tehtävä on osoittaa, onko juuri interventio syy muutoksiin. Monimenetelmäisyys, eli useamman arviointimenetelmän ja analyysitavan käyttäminen hyvä tapa saada arvioinnille kattavuutta. Onnistunut arviointi tuottaa myös muutosehdotuksia intervention kehittämiseksi. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 142; Koskinen-Ollonqvist, Peltö-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 7, 12.)

Sirola & Salminen (2002, 267) erottelevat projektin arvioinnin etukäteisarviointiin, jatkuvaan arviointiin ja jälkikäteisarviointiin. Tämän erottelun lähestymistapaa hyödynnettiin opinnäytetyössä etukäteisarvioinnin osalta, kun ennen interventiojakson ryhmätapaamisia toteutettiin etukäteisarviointi terveyden edistämisen hankkeen laatukriteerien (Vertio 2003, 157) sekä projektin arviointikysymysten (Sirola & Salminen 2002, 267) avulla vastaten näihin kirjallisesti. Laatukriteerien läpikäymisen myötä selvennettiin arviointimenetelmiä, joilla voidaan todentaa interventiolla saavutettavat tulokset ja osoittaa tavoitteiden saavuttaminen. Projektin arviointikysymykset puolestaan auttoivat hahmottamaan, että interventiolla tavoitellaan ensisijaisesti välituloksia, eikä vaikuttavuusarviointiin ole opinnäytetyön resurssien puitteissa mahdollisuutta.

Kangasniemi & Kauravaara (2016, 142) määrittelevät elintapaohjauksen arvioinnin tarkoituksenmukaiseksi, systemaattiseksi ja perustelluksi tiedon keräämiseksi. Arvioinnilla saatua tietoa analysoidaan suhteessa intervention tavoitteisiin. Opinnäytetyön tulosten arvioinnin suunnittelussa päädyttiin lähestymistapaan, jossa interventiota arvioidaan sekä osallistujan muutosprosessin näkökulmasta että interventioprosessin, sen menetelmien ja siitä saatujen tulosten näkökulmasta.

6.4.1 Arviointi osallistujan muutosprosessin näkökulmasta

Kun arvioinnin kohteena on osallistujan muutosprosessi, tehdään arvioinnilla näkyväksi, millaisia välituloksia eli fysiologisia muutoksia, käyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia ja/tai psykologisia muutoksia osallistuja on kokenut, huomannut tai saanut intervention seurauksena. Välituloksia tarkastellaan suhteessa osallistujan itse määrittelemiin henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Arviointiin sisällytetään myös elementtejä, joiden avulla autetaan

myös osallistujaa havaitsemaan interventiolla saatuja muutoksia ja näin kannustamaan tätä eteenpäin terveyskäyttäytymisensä muuttamisessa. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 142–143.)

Arvioinnin kohteista ensimmäistä, fysiologisia muutoksia, arvioitiin vain niiden osallistujien kohdalla, jotka asettivat jonkin fysiologisen muutoksen henkilökohtaiseksi tavoitteekseen. Fysiologisia muutoksia voidaan mitata esimerkiksi itsenäisesti vaa’alla, mittanauhalla, vaatteiden istuvuudella tai peilillä, havaita muutoksina fyysisen toimintakyvyn parantumisena tai todeta objektiivisesti esimerkiksi veri- tai rasituskokeilla (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 143). Arviointi perustui osallistujan itse valitsemiin ja toteuttamiin mittaustapoihin sekä siihen, mitä hän havaitsemistaan fysiologisista muutoksista toi arvioinnissa esille.

Toisella arviointikohteella, käyttäytymisessä tapahtuneilla muutoksilla, tarkoitetaan opin- näytetyössä muutoksia esimerkiksi liikunta-aktiivisuudessa, ruokavaliossa, palautumista edistävässä käyttäytymisessä, uneen vaikuttavassa käyttäytymisessä tai stressinhallinnassa. Muutoksia käyttäytymisessä voidaan todentaa liikuntateknologialla, kuten askel- ja aktiivisuusmittareilla sekä omaseurannalla, kuten liikunta-, ruoka- ja unipäiväkirjalla (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 143). Kuten fysiologisten muutosten kohdalla, arviointi perustui osallistujan itse valitsemaan ja toteuttamaan seurantatapaan sekä siihen, mitä hän havaitsemistaan muutoksista toi arvioinnissa esille.

Käyttäytymisessä tapahtuneiden muutosten ja fysiologisten muutosten lisäksi on tarpeen arvioida myös psykologisia muutoksia, jotka ovat käyttäytymisen taustalla. Interventio voi olla osallistujan näkökulmasta onnistunut, vaikka fysiologisia muutoksia ja käyttäytymisen muutoksia ei olisi tapahtunut, jos osallistuja kuitenkin kokee hyvinvointinsa parantuneen. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 143–144.) Nupposen (2011, 44) mukaan hyvinvoinnin lisääntyminen tarkoittaa myönteisten tunteiden tai havaintojen voimistumista tai monipuolistumista. Koetun hyvinvoinnin mittaamiseen ei ole olemassa yhtä selkeää tapaa. Vaikka hyvinvointia on käytetty elämänlaadun rinnakkaiskäsitteenä, ja erilaisia elämänlaadun mittaamiseen tarkoitettuja mittaristoja on lukuisia, elämänlaatumittarit on kehitetty isojen ryhmien tai koko väestön vaikuttavuus-, poikkileikkaus- tai seurantatutkimuksiin, eivätkä ne siten sovellu yksilötason muutosten todentamiseen (Aalto ym. 2013, 7; Nupponen 2011, 44). Elämänlaatumittarin käyttämättä jättämiseen vaikutti myös toimeksiannon epätarkkuus: koska hyvinvointi on niin laaja käsite, ei olisi ollut tarkoituksenmukaista käyttää elämänlaatumittareita.

Tyytyväisyyttä elämään, mielialaa ja fyysistä vireystasoa voidaan mitata samannimisillä mittareilla: itsearviointikyselyjen täyttäminen intervention alussa ja lopussa todentaa mahdollisen muutoksen ja suunnan. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 143, 165–167.) Koska yksilölle ominainen mielialan pohjavire muuttuu melko hitaasti (Nupponen 2011, 44), ei mielialamittarin käyttö ei lyhyen aikavälin interventiossa olisi ollut perusteltua. Täten interventiossa ei päädytty käyttämään psykologisten muutosten mittaamiseen mitään standardeitua mittaristoa.

Välitulosten eli fysiologisten muutosten, käyttäytymisessä tapahtuneiden muutosten ja/tai psykologisten muutosten arviointimenetelmiksi valittiin haastattelu ja kyselylomake. Arviointimenetelmien valintaan vaikutti se, mitä halutaan tutkia. Kun selvitetään, mitä tutkittavat ajattelevat, tuntevat, kokevat tai uskovat ja mitä he tekevät yksityiselämässään, ovat Hirsjärven (2009a, 185) mukaan haastattelu ja kyselylomake toimivia menetelmiä. Arvioinnin toteutus on kerrottu vaiheittain luvussa 6.6.

6.4.2 Arviointi interventioprosessin näkökulmasta

Toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta interventioprosessilla aikaansaadun vaikuttavuuden arviointi olisi ollut oleellista, mutta opinnäytetyön resursseilla pidemmän aikavälin vaikuttavuusarviointi ei ollut mahdollista. Siksi interventioprosessin arvioinnissa keskityttiin intervention menetelmien ja niiden toimivuuden arviointiin. Vaikka vaikuttavuutta ei arvioitu, valittiin intervention menetelmät ja käyttäytymismuutostekniikat siten, että interventio on mahdollisimman korkealaatuiseen näyttöön perustuva. Tämä tarkoittaa sitä, että intervention käyttäytymistieteellinen perusta, itsemääräämisteoria, valittiin huolella, ja käytetyt menetelmät sekä tekniikat tukivat valittua teoriaa. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa löydettyä tietoa sovellettiin toimeksiantajan määrittelemiін raameihin ja toimintaympäristöön. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 147, 149.)

Jotta osallistujilla on mahdollisuus ja taito tehdä valintoja motivaationsa ja käyttäytymisensä säätelemiseksi myös interventiojakson jälkeen (Hankonen 2017, 211), ovat monet valituista käyttäytymismuutostekniikoista heidän käytettävissä itsenäisesti myös jatkossa. Taulukossa 3 esitetään valitut menetelmät ja käyttäytymismuutostekniikat, perustellaan niiden valinta sekä osoitetaan esimerkin omaisesti, kuinka kyseisen tekniikan käyttö näkyi interventiossa.

Taulukko 3. Käyttäytymismuutostekniikat ja perustelut niiden valinnalle

Käyttäytymismuutostekniikka	Perustelu tekniikan valinnalle	Esimerkki interventiosta
<p>Motivoiva haastattelu</p>	<p>Motivoivan haastattelun käyttäminen tukee psykologisia perustarpeita sekä auttaa herättelemään muutospuhetta (Linnansaari & Hankonen 2019, 108).</p> <p>Motivoiva haastattelu on todettu vaikuttavaksi elintapaohjauksen menetelmäksi (Kivimäki & Toropainen 2017, 6).</p> <p>Pyrittäessä elintapojen muutokseen motivoivalla haastattelulla on saatu hieman vaikuttavampia tuloksia kuin tavallisella neuvonnalla (Hankonen 2017, 211).</p> <p>Sille, minkä itsemääräämisteoria selittää teoreettisemmalla tasolla, on motivoiva haastattelu käytännön vastine (Hankonen 2017, 212).</p>	<p>Motivoivaa haastattelua käytetään yksilötapaamisissa interventiojakson alussa ja lopussa.</p>
<p>Tavoitteen asettaminen SMART-periaatteen avulla (<i>Saavutettava, Mitattava, Ajankohtainen, Relevantti, ja Täsmällinen</i>)</p> <p>Tavoitteen seuranta</p>	<p>Tavoitteen konkretisoiminen SMART-periaatteen mukaisesti tukee tavoitteen saavuttamista ja omaseirannan vaikuttavuutta (Linnansaari & Hankonen 2019, 109).</p> <p>SMART-periaatteen mukainen tavoite ohjaa toimintaa tehokkaammin ja tukee tottumusten automatisointia (Absetz & Hankonen 2017, 1018).</p> <p>Taito asettaa tavoitteita tukee koettua pätevyyttä ja siten edistää sisäistä motivaatiota (Jaakkola 2015, 109).</p>	<p>Yksilötapaamisessa osallistuja asettaa henkilökohtaisen tavoitteensa SMART-periaatteen mukaisesti.</p> <p>Osallistuja seuraa edistymistään tavoitteeseensa viidennellä tapaamisella, kyselylomakkeessa interventiojakson puolivälissä ja lopussa sekä interventiojakson loppuun sijoitulla yksilötapaamisella.</p>

	<p>Tavoitteen asettaminen ja seuraaminen on todettu hyödyllisiksi liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisen muuttamiseksi (Hankosen ym. 2015, 7, 16).</p> <p>Tavoitteen asettaminen lukeutuu liikunta- ja syömisinterventioissa vaikuttavimpiin käyttäytymismuutostekniikoihin myös työpaikoilla tapahtuneissa toteutuksissa (Haukkala, Hankonen & Kontinen 2012, 404).</p>	
Suunnittelu	<p>Suunnittelun ja toteutuneen käyttäytymisen välillä on kuilu. Jotta suunniteltu käyttäytyminen toteutuisi, voidaan kuilua kaventaa toiminnan suunnittelulla. (Hankonen 2017, 206–207.)</p>	<p>Osallistujille opetetaan suunnittelun menetelmiä Teot kohti henkilökohtaista tavoitettani -harjoituksessa (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 57–58).</p>
Omaseuranta	<p>Käyttäytymisen omaseuranta ja muita itesesäätelytekniikoita sisältävät interventiot on todettu tehokkaammiksi kuin muut (Michie, Abraham, Whittington, McAteer & Gupta 2009, 690).</p> <p>Omaseuranta tukee kyvykkyyttä sekä auttaa yksilöä havaitsemaan, miten kaukana hän on tavoitteestaan, ja voi näin auttaa korjausliikkeen tekemisessä. (Linnansaari & Hankonen 2019, 109).</p> <p>Toiminnan seuraaminen auttaa käyttäytymismuutoksen ylläpidossa (Hankonen 2017, 218).</p>	<p>Osallistujalle opetetaan omaseurannan menetelmiä (esim. ruoka- ja liikkumispäiväkirja).</p> <p>Osallistujaa ohjataan seuraamaan käyttäytymistään Teot kohti henkilökohtaista tavoitettani (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 57–58) sekä Tavoitteen seuranta -harjoituksissa.</p>
Ongelmanratkaisu	<p>Ongelmanratkaisu, ts. varmistussuunnitelma repsahdusten ehkäisemiseksi, edistää tavoitteen saavuttamista ehkäisten mahdollisilta esteiltä tai houkutteilta</p>	<p>Osallistuja luo itselleen varmistussuunnitelmia välttyäkseen kohtaamien</p>

	<p>etukäteen (Kwasnicka, Presseau, White, Sniehotta 2013, teoksissa Absetz & Hankonen 2017, 1018; Linnansaari & Hankonen 2019, 109–110).</p> <p>Takaiskuihin valmistautuminen ja niiden käsittely on todettu hyödylliseksi liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisen muuttamiseksi (Hankosen ym. 2015, 7, 16).</p> <p>Tehokkaat strategiat esteiden ylittämiseksi auttavat käyttäytymismuutoksen ylläpidossa (Hankonen 2017, 218).</p>	<p>taan ongelmilta Tavoittekorttiinsa (Donatelle 2011) sekä Esteiden käsittely -harjoituksessa (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 75–76, 79–80).</p>
Käyttäytymisen harjoittaminen ja käyttäytymiskokeilut	<p>Käyttäytymisen vaatimien taitojen harjoittelu vahvistaa kyvykkyyden tunnetta ja lisää motivaatiota (Linnansaari & Hankonen 2019, 108–109).</p> <p>Käytännön kokeilu ja opastus ovat tärkeitä etenkin osallistujille, joilla on vain vähän aiempia liikuntakokemuksia (Nupponen & Suni 2011, 216).</p>	<p>Osallistujat harjoittelevat käyttäytymistä liikuntakokeiluissa.</p>
Tieto terveydellisistä seurauksista	<p>Antamalla tietoa käyttäytymisen terveydellisistä seurauksista voidaan vaikuttaa motivaatioon (Linnansaari & Hankonen 2019, 108) sekä vastata osallistujien tiedon puutteeseen liittyviin tarpeisiin.</p>	<p>Osallistujille annetaan tietoa käyttäytymisen terveydellisistä seurauksista tapaamisten teoriaosuuksissa erilaisten opetusmenetelmien avulla.</p>
Yleinen sosiaalinen tuki	<p>Toisten huomioimista ja auttamista sekä yhteistoimintaa edistävät opetusmenetelmät tukevat koettua sosiaalista yhteenkuuluvuutta (Jaakkola 2015, 115).</p> <p>Sosiaalinen tuki on todettu hyödylliseksi liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisen</p>	<p>Osallistuja pohtii saamaansa sosiaalista tukea Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmässä sekä Palautumispankin Sosiaalinen tuki -harjoituksessa.</p>

	<p>muuttamiseksi (Hankosen ym. 2015, 7, 16).</p> <p>Sosiaalisella tuella on merkittävä vaikutus hyvinvointiin stressiä säätelevänä tekijänä. Kohtaamisella, huomatuksi tulemisella ja oksitosiinin vapautumisella on yhteys stressinhallintaan ja palautumisen nopeutumiseen. (Ek 2019, 190; Fäldt 2019, 83–84, 104–105.)</p>	<p>Vertaistuen hyödyntämiseen kannustetaan kaikissa ryhmätapaamisissa ja -harjoituksissa.</p>
--	---	---

Käyttäytymistekniikoiden huolellisen ja tarkoituksenmukaisen valinnan lisäksi Hankosen ja kumppanien (2015) tavoin selvitettiin, mitä interventiossa opettuja tekniikoita osallistujat käyttivät ja kuinka toimiviksi ne koettiin. Menetelmien käyttöä ja niiden hyödyllisyyttä kysyttiin interventiojakson lopussa kyselylomakkeella.

6.5 Tapaamiset

Huolimatta opiskelijan pitkittyneestä sairauslomasta ja kyvyttömyydestä ohjata rasittavampaa liikuntaa interventiojakson ryhmätapaamiset voitiin toteuttaa uusitun suunnitelman mukaisesti marras-tammikuun välillä. Yksilötapaamisten ja ensimmäisen ryhmätapaamisen väliin jätettiin kolmen viikon tauko, jolloin opiskelija räätälöi intervention sisällön vastaamaan kohderyhmän tarpeita ja toiveita sekä suunnitteli arviointimenetelmät.

Ryhmätapaamisten suunnittelussa ja toimintatapojen valinnassa osallistujia osallistettiin, sillä yksilön kokemus osallisuudesta lisää hyvinvointia ja tuottaa tyytyväisyyttä sekä antaa arvoa terveyden edistämisen prosessille (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 63; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019d). Osallistaminen toteutettiin pääasiassa toiminnallisena osallistumisena, eli intervention osallistujat otettiin mukaan tapaamisten sisällön suunnitteluun sekä toimintatapojen valintaan ja kehittämiseen, mutta viimekädessä opiskelija teki päätökset suuremmista, kuitenkin toimeksiantoa noudattavista linjoista. Joidenkin päätösten, kuten liikuntakokeilujen lajivalintojen suhteen ryhmän osallistuminen oli interaktiivista, eli osallistujilla oli yhdessä täysi oikeus päättää liikuntakokeilujen sisältö. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 64.)

Suunnitelluista kymmenestä tapaamisista toteutuivat yhtä lukuun ottamatta kaikki. Yhden tapaamisen peruuntumiseen syynä oli opiskelijan sairastuminen. Peruuntumiseen reagoitiin siirtämällä tulevien tapaamiskertojen aiheita viikolla eteenpäin. Suunnitelmasta jätettiin

näin pois viimeisen ryhmätapaamisen aihe, jota päätettiin käsitellä kuitenkin interventiojakson päättävillä yksilötapaamisilla. Siten yhden tapaamisen poisjääminen ei aiheuttanut suurempia puutteita intervention sisältöön. Toteutuneiden tapaamisten sisältö on esitetty kuviossa 3. Osallistujien sitoutuneisuus oli jokseenkin vaihtelevaa. Tapaamisten osanottajamäärä vaihteli kuuden ja neljäntoista osallistujan välillä, ja keskimäärin tapaamisiin osallistui kymmenen osallistujaa.

<p>Yksilötapaamiset 21.-25.10.2019</p> <ul style="list-style-type: none"> •Luottamuksellisuus •Motivoiva haastattelu •Miksi liikut? -kortit •SMART-periaate •Tavoitekortti: henkilökohtaisen tavoitteen asettelu ja osatavoitteet •Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmä •Kotitehtävä: Teot kohti henkilökohtaista tavoitettani -harjoitus •Yhteydenpitokanavan sopiminen 	<p>2. tapaaminen 14.11.2019</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ohjaajan ja osallistujien esittely ja tutustuminen •Pelisääntöjen luominen yhdessä •Kotitehtävän läpikäynti: esteiden luokittelu •Tavoitekortin täydentäminen: ongelmanratkaisu ("selviytymiskeinot") •Mihin lähtisit liikkumaan? -harjoitus 	<p>3. tapaaminen 21.11.2019</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tunteiden ilmaisemisen harjoittelu •Liikuntakokeilun päättäminen •Motivaation tehtävät ja laatu, psykologiset perustarpeet •Minun motivaationi -harjoitus •Taukoliikkuminen •Ravinto: ruokakolmio, lautasmalli, ravitsemussuositukset, aineenvaihdunta •Minun välipalani -harjoitus
<p>4. tapaaminen 28.11.2019</p> <ul style="list-style-type: none"> •Viikoittainen liikkumisen suositus 18-64-vuotiaille •Voimaharjoittelun lajit: lihaskestävyys, perusvoima ja maksimivoima •Liikuntakokeilussa lihasvoimaharjoittelu kuntosalilla 	<p>5. tapaaminen 12.12.2019</p> <ul style="list-style-type: none"> •Kevään yhteinen suunnittelu •Henkilökohtaisen tavoitteen seuranta ja kokemusten jako •Kontrollointi ja itsekuri •Lämpimät korvapuustit -harjoitus •Psykologinen joustavuus ja hyväksyntä •Tuo esteet eteesi -harjoitus •Kyselylomake 	<p>6. tapaaminen 16.1.2020</p> <ul style="list-style-type: none"> •Yhteiset sopimusasiat •Palautumisen määrittely •Palautumispankin työkalu 1: akun tasapaino -harjoitus •Työkalu 2: uni, hyvän unen bingo ja huolihetki -harjoitukset •Työkalu 3: työ, minun motivaationi työhön -harjoitus •Työkalu 4: tyhjät hetket ja hiljaisuus, hiljainen hetki -harjoitus

7. tapaaminen 23.1.2020	8. tapaaminen 30.1.2020	Yksilötapaamiset 3.-13.1.2020
<ul style="list-style-type: none"> •Liikuntakokeilussa vesijumppa 	<ul style="list-style-type: none"> •Liikuntakokeilussa pilates ja tasapainon harjoittaminen 	<ul style="list-style-type: none"> •Teemahaastattelu •Miten ylläpitää käyttäytymistä ja motivaatiota? -harjoitus •Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmä

Kuvio 3. Toteutuneiden tapaamisten sisältö

Intervention pohjautuminen itsemääräämisteoriaan ja psykologisten perustarpeiden tukeminen näkyi monissa seikoissa. Koetun autonomian tunnetta interventiossa tuettiin antamalla osallistujille vastuuta ja osallisuutta tapaamisten sisällön ja toimintatapojen suunnitteluun. Autonomian kokemuksia kehitettiin myös ohjaajan aidolla kuuntelulla osallistujien ajatuksille ja ehdotuksille. (Jaakkola 2015, 113; Lintunen 2015, 84.)

Koetun pätevyiden tukeminen korostui yksilötapaamisilla, kun ohjaaja tuki osallistujaa henkilökohtaisen tavoitteen asettamisessa ja osatavoitteiden pohtimisessa sekä interventiojakson edetessä ohjasi tavoitteen seuraamisessa. Liikuntakokeilujen aikana pätevyiden kokemuksia tuki yksilöllisen kehittymisen ja oppimisen merkityksen painottaminen, joka näkyi esimerkiksi yrittämistä ja kehittymistä koskevassa palautteenannossa. Myös harjoitteiden eriyttäminen osallistujien taitotason mukaan ja virheiden näkeminen oppimisen mahdollistajina olivat osa liikuntakokeiluja. Pätevyiden tunteen vahvistumiseen vaikutti myös sosiaalisen tuen tarjoaminen, johon myös osallistujia kannustettiin toinen toisilleen. (Jaakkola 2015, 114; Lintunen 2015, 83.)

Koettua sosiaalista yhteenkuuluvuutta edistettiin yhdessä luoduilla pelisäännöillä ja varamalla aikaa tutustumiselle ja senhetkisten ajatusten jakamiselle. Tutustumista edesautettiin myös satunnaisesti vaihtelevilla pareilla sekä yhteistoiminnallisilla opetusmenetelmillä. Kaikkienensa tavoitteena oli luoda ilmapiiri, jossa jokainen tunsi aidosti kuuluvansa joukkoon ja kaikenlaisten tunteiden osoittaminen sallittiin. Tunteiden ilmaisemista ja nimeämistä harjoiteltiin useissa harjoituksissa niin suullisesti kuin kirjallisestikin, sillä tunnesäätely on osa itsemääräämisteorialle tyypillistä käyttäytymisen säätelyn harjoittelua. Tapaamisissa ohjaaja pyrki mahdollisuuksien mukaan toimimaan ryhmän keskellä sen sijaan, että toimisi ryhmän edessä. (Hancox, Ntoumanis, Thigersen-Ntoumani & Quested 2018, 75–76; Jaakkola 2015, 115; Lintunen 2015, 86; Lintunen 2017, 182.)

6.6 Arvioinnin toteutus

Kuten aiemmin perusteltiin, valittiin intervention tulosten arviointimenetelmiksi henkilökohtaisen tavoitteen menetelmän lisäksi haastattelu ja kyselylomake. Haastattelulla tarkoitetaan keskustelua, joka tähtää tiedon keräämiseen eli on päämäärähakuista ja suunnitelmallista toimintaa. Monista haastattelujen lajeista valittiin teemahaastattelu, joka on puolistrukturoitu haastattelu. Yksityiskohtaisten, tarkkaan muotoiltujen ja järjestettyjen kysymysten sijaan teemahaastattelussa ainoastaan aihepiirit eli teema-alueet ovat kaikille samat. Teemahaastattelu ei ole kuitenkaan täysin vapaa niin kuin esimerkiksi syvähaastattelu, vaan se perustuu juuri keskeisten teemojen varaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42, 48; Hyvärinen 2017, luku 1.)

Teema-alueet valitaan tutkimusongelmiin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 67) eli toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitteisiin perustuen. Intervention tavoitteena on ohjata osallistujia tekemään terveydelleen ja hyvinvoinnilleen edullisia käyttäytymisvalintoja eli saada aikaan muutoksia käyttäytymisessä, joten ensimmäiseksi teemaksi valittiin *käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset*. Interventiolla tulee myös pyrkiä tukemaan henkilöstön yleistä hyvinvointia, jaksamista ja hyvää oloa eli tavoitella fysiologisia ja/tai psykologisia muutoksia. Näin toinen teema-alue muodostui juuri *fysiologisista ja psykologisista muutoksista*. Jotta edellä mainittuja muutoksia eli välituloksia voitiin tarkastella suhteessa osallistujien itse asettamiin henkilökohtaisiin tavoitteisiin, oli yhdeksi teema-alueeksi perusteltua valita *henkilökohtaisen tavoitteen saavuttaminen*. Interventioprosessin näkökulmasta päätettiin valita myös *kokemukset interventiosta* -teema, jossa osallistujaa ohjattiin kertomaan vapaa-muotoiset kokemuksensa interventioon osallistumisesta ja sen menetelmästä. Luotu teema-alueiden luettelo noudatti Hirsjärven & Hurmeen (2008, 66) kuvausta pelkistetystä ja iskusanamaisesta luettelosta.

Teema-alueiden luettelon lisäksi hahmoteltiin jokaiseen teemaan sopivia jatko- ja lisäkysymyksiä, joita voitiin haastattelutilanteessa käyttää, ellei haastattelu soljunut sujuvasti. Tällä pyrittiin hyvään haastattelurunkoon ja siten laadukkaan haastatteluaineiston keruuseen (Hirsjärvi & Hurme 2008, 103, 184). Ennalta päätetyistä ja hahmotelluista kysymyksistä huolimatta haastatteluissa noudatettiin joustavuuden periaatetta, jonka mukaan teemoja käsiteltiin haastateltavalle luonnollisessa järjestyksessä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 104). Keskustelun lomaan voidaan sijoittaa myös suppeita lomakkeita (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66). Näin toimittiin opinnäytetyössä sijoittamalla *henkilökohtaisen tavoitteen menetelmän* lomake teemahaastattelun loppuun.

Arviointimenetelmiä valittaessa puntaroitiin myös teemahaastattelun etuja ja haittoja. Yleisesti haastattelun etuna on se, että siinä yksilö voidaan nähdä aktiivisena subjektina, ja näin tutkia hänen ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Haastateltavalla on myös mahdollisuus selventää, syventää ja täsmentää vastauksiaan. Huomioiden terveyden edistämisen interventio, yhtenä haastattelun merkittävänä etuna on, että haastattelutilanteessa on suuremmat mahdollisuudet motivoida kuin esimerkiksi lomaketutkimuksessa. Koska tarkoituksena oli kerätä tietoa jokaiselta osallistujalta, on haastattelu varmempi vaihtoehto tavoittaa suurempi osallistujamäärä kuin pelkällä lomaketutkimuksella. Erityisesti teemahaastattelulla voidaan selvittää kaikkia yksilön tunteita ja kokemuksia, korostaa haastateltavan elämysmaailma ja tuoda tämän ääni kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35–36, 48.)

Haastattelun suurimpana haasteena oli opiskelijan kokemattomuus haastattelemisesta. Hirsjärvi & Hurme (2008, 35) korostavat, että haastattelijalta vaaditaan taitoa, kokemusta ja koulutauttautumista haastattelemiseen. Opinnäytetyössä nojaututtiin huolelliseen perehtymiseen ja mahdollisuuteen oppia sekä siihen tosiasiaan, että kyseessä oli toiminnallinen opinnäytetyö eikä esimerkiksi tieteellinen tutkimus. Karttunen ym. (2015, 135) nostavat esille mahdollisuuden, että erityisesti ikääntyneemmät haastateltavat saattavat antaa tilanteestaan positiivisemmän kuvan kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa verrattuna lomaketutkimukseen. Luotettavuus voi siten heikentyä, jos haastateltava vääristää vastauksiaan pyrkiessään hyväksytyihin normeihin ja sosiaalisesti suotaviin vastauksiin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35; Karttunen ym. 2015, 135). Tämän haitan välttämiseksi opinnäytetyössä haastateltavia kannustettiin vastauksissaan rehellisyyteen ja arvioinnissaan kriittisyyteen. Hyvärinen (2017, luku 1) esittää teemahaastattelun haasteeksi sen, että kaikki valitut teemat eivät välttämättä ole kaikille haastateltaville läheisiä. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 125) mukaan haastattelijan tulee välttää tällaisia haastateltavan kannalta merkityksettömiä teemoja ja olla sen sijaan vastaanottavainen muille oleellisemmille tiedoille. Tämä toteutui opinnäytetyössä siten, että fysiologisten muutosten teemaa käsiteltiin ainoastaan niiden osallistujien kanssa, joiden henkilökohtainen tavoite liittyi fysiologisiin muutoksiin.

Ennen varsinaisia teemahaastatteluja läpikäytiin Nikanderin (2017) haastattelija tarkistuslista, jotta varmistuttiin siitä, että kaikkia haastattelun kannalta oleellisia seikkoja oli pohdittu. Haastattelut toteutettiin interventiojakson päättäneillä yksilötapaamisilla opiskelijan ja osallistujan sopimana ajankohtana viikolla kuusi toimeksiantajan tarjoamassa rauhallisessa tilassa. Haastatteluihin osallistui 13/14 osallistujaa. Teemahaastatteluja ei nauhoitettu, vaan haastattelija teki haastattelutilanteessa ainoastaan kirjallisia muistiinpanoja,

jotka litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaiksi ja tunnistamattomiksi mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Litteroinnin viipymätön ajoitus sekä se, että tutkija, tässä opiskelija, itse haastattelee ja litteroi parantavat haastattelun laatua (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185).

Haastatteluaineiston analyysi oli mahdollista aloittaa jo itse haastattelutilanteessa, kun opiskelija pystyi haastattellessaan tekemään havaintoja ilmiöiden useudesta, toistuvuudesta ja yhteyksistä. Varsinainen analyysi aloitettiin purkamalla saatu haastatteluaineisto teemoittain, eli ryhmittelemällä eri haastateltavilta saadut saamaa teemaa koskevat tiedot yhteen. Teema-alueittain purkamisen jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan, jotta löydettiin mielenkiintoisia kysymyksiä ja yhteyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141–144.)

Aineiston analysointitavoiksi valittiin laskeminen sekä kehityskulun tarkastelu. Laskemisen tarkoituksena oli analysoida, kuinka usein tietyt tutkittavat asiat toistuivat haastatteluaineistossa. Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmä toistettiin sekä interventiojakson aloittaneella että päättäneellä yksilötapaamisella onnistuneesti yhteensä 12 osallistujalla. Menetelmällä kerätty aineisto analysoitiin tarkastelemalla muutosten kehityskulkua: aineisto sijoitettiin taulukkoon, jonka sarakkeina olivat peräkkäiset ajankohdat ja riveinä jokainen tutkittu ulottuvuus sekä osallistuja. Muutoksen suunta ilmaistiin symbolein (– = muutos huonompaan, 0 = ei muutosta, + = muutos parempaan). (Hirsjärvi & Hurme 2008, 172–178.)

Monimenetelmäisyyteen nojaten (Hirsjärvi 2009b, 233) arvioinnin validiutta tarkennettiin käyttämällä teemahaastattelun tulosten lisäksi kyselylomakkeita. Suppeampi lomake lähetettiin osallistujille intervention puolivälissä ja laajempi interventiojakson päätyttyä. Hirsjärvi & Hurme (2008, 37) korostavat kyselylomakkeiden olevat hyödyllisiä erityisesti silloin, kun ne on suunniteltu huolellisesti ja tutkittavat ilmiöt ovat melko yksiselitteisiä ja konkreetteja. Lisäksi kysely säästää aikaa ja vaivannäköä. Kyselyn ongelmallisia puolia sen sijaan ovat vastaamattomuus, vastausvaihtoehtojen tulkinnassa tapahtuvat väärinymmärrykset, hyvän lomakkeen laadinnan työläisyys sekä vastaajien huolimattomuus. Opinnäytetyön kyselylomakkeet laadittiin Hirsjärven (2009c, 202–203) lomakkeen laadintaa käsittelevän ohjeistuksen mukaisesti. Kyselyissä käytettiin harkiten sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä kuten myös 7-portaiseen Likertin asteikkoon perustuvia kysymyksiä. Kerätyt tiedot käsittelivät käyttäytymistä, toimintaa ja mielipiteitä. Lomakkeet lähetettiin osallistujille sähköisinä kyselyjen tarkoituksesta kertovan lähetekirjelmän kanssa. (Hirsjärvi 2009c, 195–204.) Puolivälissä lähetettyyn kyselylomakkeeseen saatiin 10 vastausta ja loppukyselyyn 12 vastausta.

7 Työn tulokset

Opinnäytetyön tuloksia selvitettiin arvioinnilla osallistujan muutosprosessin näkökulmasta sekä arvioinnilla interventioprosessin näkökulmasta. Arviointimenetelminä käytettiin henkilökohtaisen tavoitteen menetelmää, teemahaastattelua sekä kyselylomakkeita. Tässä luvussa esitetään arviointimenetelmien päälöydökset, eli mitä interventiolla saatiin aikaiseksi ja miten interventioprosessi toimi.

7.1 Osallistujan muutosprosessi

Teemahaastattelun teema-alueella *käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset* selvitettiin, millaisia terveydelle ja hyvinvoinnille edullisia käyttäytymisvalintoja osallistujat olivat intervention vaikutuksesta tehneet. Kysymykset käsitelivät muutoksia osallistujien liikunta-aktiivisuudessa, ruokavaliossa, unen laadussa, palautumista edistävässä käyttäytymisessä sekä stressinhallinnassa. Lisäksi teemahaastattelun joustavuuden periaatteen mukaisesti annettiin osallistujalle mahdollisuus kertoa muista käyttäytymisessään tapahtuneista muutoksista.

Lähes jokainen oli tehnyt muutoksia liikunta-aktiivisuudessaan. 5/13 haastateltavaa kertoi aloittaneensa säännöllisen (1–3 krt/vko) kuntosaliharjoittelun. Neljä osallistujaa oli intervention aikana lisännyt liikunta-aktiivisuuttaan viikoittaisella vesiliikunnalla. Muita liikkumisen muotoja, joita haastateltavat kertoivat aloittaneensa, olivat kuntopyöräily, kävelylenkkeily, kuminauhajumppa, jooga, hulavanteen pyöritys ja tasapainon harjoittaminen tasapainotyynyllä. Mainitut liikkumismuodot ilmaistiin säännölliseksi, vähintään kerran viikossa tapahtuviksi. Lisäksi osallistujat kertoivat muista epäsäännöllisemmistä liikkumismuodoistaan. Eräs osallistuja kertoi päivittäisen askelmääränsä kasvaneen ja toinen valitsevansa nykyään portaan hissien sijasta. Osallistujat kertoivat liikunta-aktiivisuudestaan myös seuraavaa:

”Työmatkallani on kuntoportaat, jotka ennen kävelin, mutta nykyään hölkkään.”

”Ylläpidin säännöllistä liikkumista myös lomallani.”

”Sain ryhmästä taidot sekä sosiaalisen tuen kuntosaliharrastuksen aloittamiseen.”

”Saavutin tavoitteeni, kolme liikuntakertaa viikossa.”

”Teen pidempiä lenkkejä hevoseni kanssa.”

Ruokavaliossa tapahtuneita muutoksia kuvattiin ilmauksilla *”syön paremmin”* ja *”ruokavaliioni on tasapainottunut”*. 8/13 osallistujaa kertoo ateriarjytmiensä parantuneen: konkreettisia muutoksia olivat esimerkiksi toisen lämpimän aterian lisääminen päivään, aamupalan

syöminen, välipalan lisääminen aamu- ja/tai iltapäivään, iltasyömisen sijasta aterioiden jakautuminen tasaisemmin sekä neljän tunnin ateriavälien ylläpitäminen. Eräs osallistuja kertoi kokemuksistaan:

”Kun syön aamupäivällä välipalan esimerkiksi banaanin tai proteiinijuoman, jaksan aamupäivän palaverissa paremmin eikä minulla ole niin kova nälkä lounaalla.”

Olennaiseksi muutokseksi ruokavalionsa sisällössä ja ajattelussaan moni osallistuja kertoi riittävän syömisen. Esimerkiksi aamupalalle lisätyn proteiinin lähteen, kuten raejuuston, ja monipuolisempien, kaikkia energiaravintoaineita sisältävien välipalojen kerrottiin vaikuttaneen parantuneeseen vireystilaan sekä vähentyneeseen makeanhimoon ja iltasyömiseen. 6/13 ilmaisi vähentäneensä ruokavaliostaan sokeri- ja rasvapitoisia kahvileipiä ja naposteltavia. Muista ruokavaliosta tapahtuneista muutoksista osallistujat kertoivat näin:

”Ruokapäiväkirjasta saadun palautteen seurauksena olen lisännyt kokonaisenergiansaantiani, syönyt enemmän kuitupitoisia kasviksia, lisännyt pähkinöitä rasvan lähteeksi sekä syönyt monipuolisempia väli- ja iltapaloja.”

”Olen oppinut juomaan päivässä litran vettä, kun aiemmin en juonut sitä lainkaan.”

”Innostuin kasvisruoista.”

”Tunnistan, etten ole totaalikieltäytyjä herkuista, mutta olen satunnaisesti vähentänyt herkkuttelua.”

Muutama osallistuja oli tehnyt muutoksia palautumista edistävässä käyttäytymisessään. Eräs osallistuja kertoo kokeilleensa päivittäisiä 15 minuutin rentoutushetkiä. Kokeilun kautta hän oli huomannut itselleen toimivammiksi tietoiset lepopäivät: lisäämällä ”viikko-ohjelmaan liikunnallista tekemättömyyttä”, osallistuja kertoo kokonaisuudessaan stressin helpottaneen. Opittuja stressinhallintakeinoja ilmaistiin seuraavasti:

”Olen antanut itselleen luvan lukea ja katsoa hömppää.”

”Akun tasapaino -harjoituksen avulla huomasin, etten palaudu koskaan. Olen lisännyt arkeeni akkuani lataavia asioita, kuten neulomista ja aikaa ystävien kanssa.”

”Olen oppinut pitämään puoliani töissä, enkä aina myötäile.”

”Havaitsen ajoittain lisääntyvän kuormituksen paremmin ja osaan vähentää silloin liikkuamista, jotta kokonaiskuormitus ei nouse liian korkeaksi.”

Parantuneesta unen laadusta kertoi 4/13 osallistujaa. Unen parantumiseen oli vaikuttanut uusi sänky, uniapnealaite, varhaisempi nukkumaanmeno-aika ja loma. Riittävän unen kuvailtiin parantaneen vireystilaa, antaneen virtaa liikkumiseen, vähentäneen suhinaa päästä sekä johtaneen henkiseen helpotukseen.

Käyttäytymismuutosten yhteydessä osallistujilta kysyttiin, olivatko se käyttäneet interventiossa opetettuja itsesäätelytekniikoita, käyttäytymisen suunnittelua ja omaseurantaa. Valtaosa kertoi suunnittelevansa liikkumistaan ja ruokailujaan etukäteen. 2/13 ilmoitti käyttävänsä aktiivisuusranneketta askelmäärän ja unen laadun seuraamiseen. Interventiossa osallistujille tarjottiin mahdollisuutta myös henkilökohtaiseen ravitsemusneuvontaan. Intervention osallistujista 3/14 hyödynsi mahdollisuuden, eli täytti ohjeiden mukaista ruokapäiväkirjaa ja sai kahdenkeskeisellä tapaamisella ohjaajan kanssa ruokapäiväkirjoistaan analyysin. Lisäksi 2/13 haastateltavaa kertoi seuranneensa syömistään ruokapäiväkirjalla omatoimisesti ilman ohjaajan palautetta.

Teema-alueella *fysiologiset ja psykologiset muutokset* selvitettiin, miten interventio vaikutti henkilöstön yleiseen hyvinvointiin, jaksamiseen ja hyvään oloon tukemisen. Fysiologiset muutokset otettiin esille vain niiden osallistujien kanssa, joiden henkilökohtainen tavoite liittyi fysiologisiin muutoksiin, ellei osallistuja itse niistä kertonut.

Fysiologisista muutoksista mainittiin normalisoitunut paastosokeriarvo, laskenut sokerihemoglobiini, kohonnut HDL-kolesteroliarvo, verenpainelääkityksestä eroon pääseminen sekä refluksoireiden helpottuminen. 5/13 osallistujaa ilmoitti kehon painonsa laskeneen vaakaa, peiliä tai vaatteiden istuvuutta seuraamalla. Painonlaskun vaikutuksia kuvailtiin hyvän olon lisääntymisenä, kevyempänä olona ja parantuneena liikkuvuutena. Eräs osallistuja koki säännöllisen joogaharrastuksen vaikuttaneen plantaarifaskiitin rauhoittumiseen ja toinen ruoan kuitupitoisuuden lisääntymisen auttaneen suolisto-ongelmiin. Yleisten kiputilojen hellittämisen taustalla arvioitiin olevan syynä työstressin väheneminen, säännöllistynyt kuminauhajumppa sekä fysioterapia – sama osallistuja kertoi huomanneensa fyysisen harjoittelun vaikutuksen hyvinvointiin, joka motivoi jatkamaan. Muutoksista fyysisessä kunnossa kerrottiin seuraavasti:

”Pääsen tuoilta ylös helpommin, kun lihasvoimani on kasvanut. Myös askeleeni on pidentynyt.”

”Huomaan kuntoni kohonneen ja voiman lisääntyneen. Olen lisännyt painoja kuntosalilla.”

Psykologisten muutosten osalta 8/13 osallistujaa tunsi vireystilansa ja jaksamisensa parantuneen ja yhtä moni kertoi hyvinvoinnin kokemuksensa vahvistuneen. Yksi osallistuja

kuvasi mielialansa parantuneen. Itsetuntoon, riittävyden tunteisiin, ajatusmalleihin ja motivaatioon liittyviä muutoksia esitettiin seuraavin ilmauksin:

"Minä kelpaan, enkä tunne enää häpeää liikkumisesta."

"Huonommuuden tunne meni pois, kun huomasin muidenkin ajattelevan samoin."

"Tiedostan itsestäni pyykkisen puolen muutoksia: olen saanut ryhmästä rohkeutta sanoa mielipiteeni ja pitää puoleni."

"Olen huomannut kiitollisuutta."

"Oma peilikuvani näyttää paremmalta."

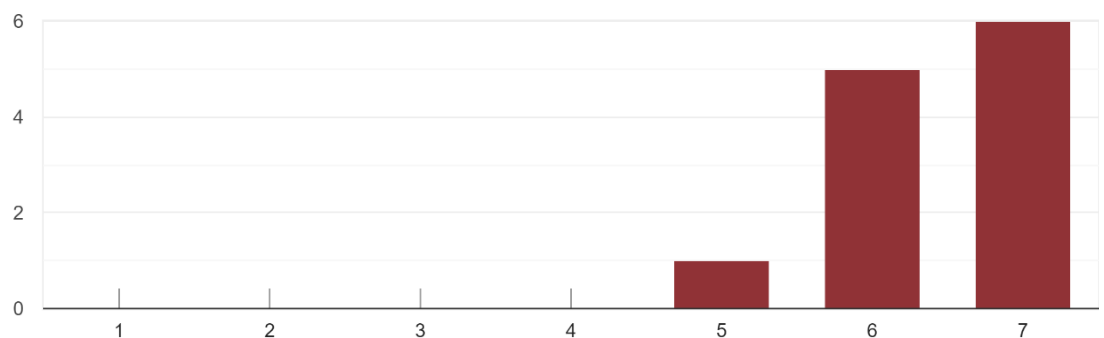
"Olen ylpeä itsestäni ja saavutuksistani."

"Tunnistan motivaationi kuntosaliin olleen ennen ulkoista, mutta nyt se on sisäistä."

Osallistujien lukuisat fysiologiset ja psykologiset muutokset havaitaan myös kyselylomakkeen vastauksista. Kuvio 4 esittää, kuinka osallistujat kokivat intervention tukeneen heidän yleistä hyvinvointiaan, jaksamistaan ja hyvää oloaan.

7) Hyvinvointiryhmän tavoitteena oli tukea osallistujien yleistä HYVINVOINTIA, JAKSAMISTA ja HYVÄÄ OLOA. Kuinka hyvin tämä tavoite toteutui kohdallasi?

12 vastausta



Kuvio 4. Osallistujien kokemus intervention vaikutuksesta heidän yleiseen hyvinvointiinsa, jaksamiseensa ja hyvään oloonsa, jossa 1 = Hyvinvointiryhmään osallistuminen ei tukenut lainkaan hyvinvointiani, jaksamistani ja hyvää oloani ja 7 = Hyvinvointiryhmään osallistuminen tuki erittäin paljon hyvinvointiani, jaksamistani ja hyvää oloani

Henkilökohtaisten tavoitteiden menetelmää käytettiin ensisijaisesti käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen, mutta toteuttamalla menetelmä sekä intervention alussa että lopussa sillä voitiin tutkia myös intervention aikana tapahtuneita muutoksia valituissa ulottuvuuksissa. Taulukosta 5 huomataan, että intervention aikana tärkeyden ja sitoutuneisuuden ulottuvuudessa muutokset olivat hajanaisia. Sen sijaan edistymisen ulottuvuudessa huomataan 11/12 osallistujan edistyneen henkilökohtaisen tavoitteensa saavuttami-

sessä. Vain yhdellä osallistujalla edistymistä ei tapahtunut, eikä kukaan mennyt tavoitteensa saavuttamisessa taaksepäin. Koettu pystyvyys tavoitteen saavuttamiseen lisääntyi 7/12 osallistujalla ja säilyi ennallaan yhtä monella. Kuitenkin 3/12 osallistujalla koetussa pystyvyydessä tapahtui muutosta huonompaan suuntaan. Sosiaalisen tuen määrä lisääntyi interventiojakson aikana 6/12 osallistujalla ja pysyi samana 5:llä. Yksi osallistuja koki sosiaalisen tuen tavoitteen saavuttamiseksi heikentyneen. Sosiaalisesta ympäristöstä tulevat esteet vähenivät 6/12 osallistujalla ja säilyivät samanlaisina yhtä monella. Kukaan osallistujista ei kokenut sosiaalisen estämisen lisääntyneen. Intervention aikana 5/12 osallistujalla ulkoisen motivaation lähteet tavoitteen saavuttamiseen vähenivät tai sisäistyivät. Osallistujista 4:llä ulkoiset motiivit säilyivät ennallaan ja kolme osallistujaa koki ulkoisten motivaation lähteiden voimistuneen. Sisäisen motivaation kohdalla huomataan, että 5/12 osallistujan sisäisen motivaation lähteet vahvistuivat ja motivaatio sisäistyi. Yhtä monella sisäisen motivaation määrä säilyi, ja puolestaan 2/12 osallistujaa koki sisäisen motivaationsa tavoitteen saavuttamiseen vähentyneen.

Taulukko 5. Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmällä saadut tulokset 12 osallistujalla

Ulottuvuus	Muutos huonompaan (hlö)	Ei muutosta (hlö)	Muutos parempaan (hlö)
tärkeys ja sitoutuminen	3	5	4
edistyminen tavoitteen saavuttamisessa	0	1	11
koettu pystyvyys tavoitteen saavuttamisen	3	7	7
sosiaalinen tuki	1	5	6
sosiaalinen estäminen	0	6	6
ulkoinen motiivi	3	4	5
sisäinen motiivi	2	5	5

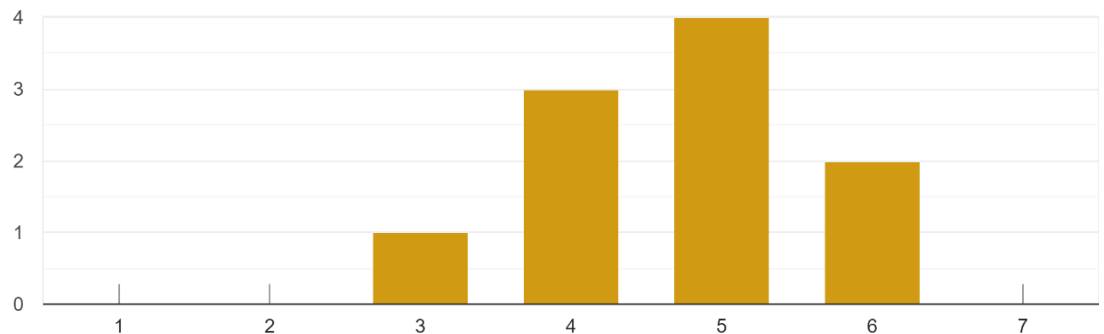
Myös teemahaastattelun teemalla *henkilökohtaisen tavoitteen saavuttaminen* selvitettiin, kuinka osallistuja kokee edistyneensä tavoitteessaan tai mahdollisesti saavuttaneensa sen. 6/13 haastateltavaa totesi saavuttaneensa asettamansa henkilökohtaisen tavoitteen täysin ja 7/13 kertoi edistyneensä tavoitteessaan tai saavuttaneensa sen osittain. Osallistujia pyydettiin arvioimaan, millainen merkitys juuri interventiolla oli tavoitteen saavuttamiseen tai siinä edistymiseen, ja millä muilla mahdollisilla tekijöillä oli vaikutusta. 5/13 osallistujasta arvioi juuri intervention olleen syynä tavoitteen saavuttamiseen tai siinä edistymiseen. Muita mainittuja vaikuttaneita tekijöitä olivat muun muassa uuden sängyn ja uniapnealaitteen vaikutus unen paranemiseen, fysioterapian vaikutus parantuneeseen fyysiseen toimintakykyyn sekä työssä tapahtuneiden rakenteellisten muutosten vaikutus

stressitason laskuun. Sosiaaliset vaikutteet, kuten tyttäreltä ja ystävältä saatu tuki, olivat vaikuttaneet osaltaan muutaman osallistujan liikunta-aktiivisuuden lisääntymiseen. Eräs osallistuja kertoi paastosokerikokeen tulosten ja lääkärin kehotuksen olleen syynä hänen tekemiinsä muutoksiin ruokavaliossa. Terveydellisillä haasteilla, kuten polvikivuilla, kerrottiin olleen negatiivisia vaikutuksia liikunta-aktiivisuuteen.

Kolmas menetelmä tavoitteen saavuttamisen arvioimiseen olivat kyselylomakkeet intervention puolivälissä ja lopussa. Kuvioista 5 ja 6 nähdään, kuinka tavoitteessa edistymistä oli tapahtunut kyselyiden välillä. Kuvio 5 on puolivälin kyselystä, jonka vastaukset saatiin 31.12.2019 mennessä ja kuvio 6 on loppukyselystä, johon osallistujat vastasivat 5.3.2020 mennessä. Kyselylomakkeilla saadut tulokset korreloivat henkilökohtaisen tavoitteen menetelmällä sekä teemahaastattelulla saatuihin tuloksiin. Loppukyselyssä osallistujat arvioivat myös, kuinka paljon interventioon osallistumisesta oli apua tavoitteen saavuttamisessa. Kuvioista 7 huomataan, että suuri osa vastaajista koki interventiosta olleen erittäin paljon apua tavoitteen saavuttamisessa, mikä korreloi teemahaastattelussa saatuihin tietoihin.

4) Olen edistynyt tavoitteeni saavuttamisessa.

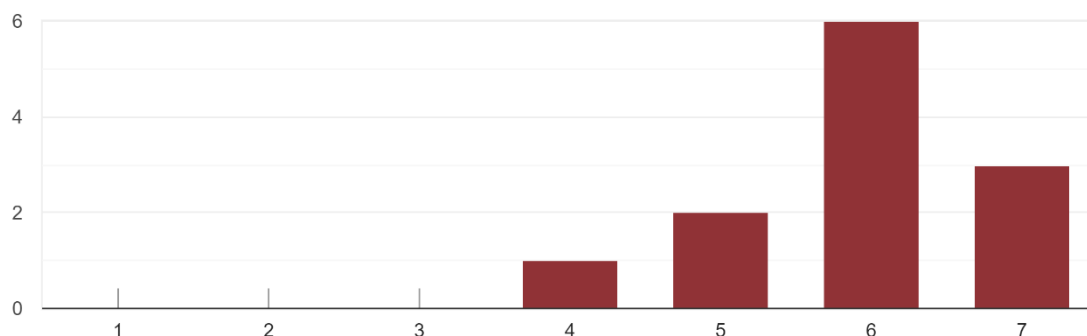
10 vastausta



Kuvio 5. Osallistujien edistyminen henkilökohtaisissa tavoitteissaan intervention puolivälin kyselyssä 31.12.2019, jossa 1 = erittäin vähän ja 7 = erittäin paljon

5) Kuinka paljon EDISTYIT henkilökohtaisen TAVOITTEESI SAAVUTTAMISESSA, jonka asetit itsellesi syksyllä?

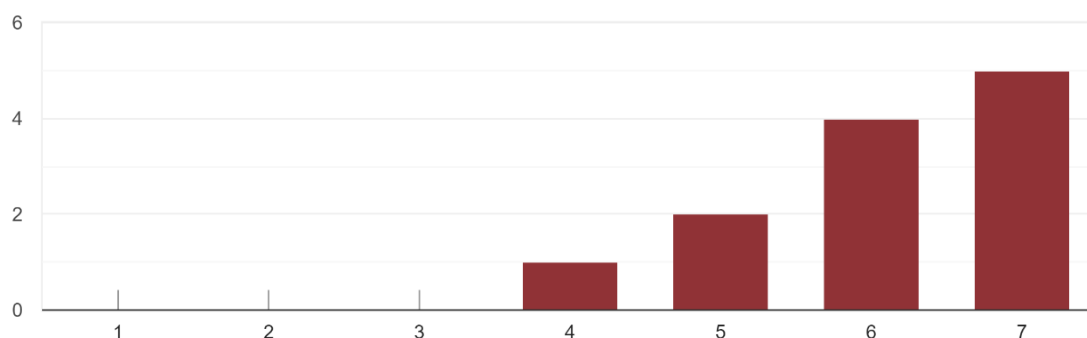
12 vastausta



Kuvio 6. Osallistujien edistyminen henkilökohtaisissa tavoitteissaan intervention loppukyselyssä 5.3.2020, jossa 1 = erittäin vähän ja 7 = erittäin paljon

6) Kuinka paljon tapaamisista oli apua henkilökohtaisen tavoitteesi saavuttamisessa?

12 vastausta



Kuvio 7. Osallistujien kokemus intervention vaikutuksista tavoitteen saavuttamisessa, jossa 1 = erittäin vähän ja 7 = erittäin paljon

Keskinäistä vertailua osallistujien välillä esimerkiksi liikunnan määrän suhteen ei tehty, sillä myös aineistojen analysoinnissa haluttiin valita itsemääräämisteorian mukaisesti pätevyyden tunnetta vahvistava näkökulma, jossa vertailun sijasta painotetaan yksilöllistä kehittymistä (Jaakkola 2015, 114).

7.2 Interventioprosessi

Teemahaastattelun *kokemukset interventiosta* -teema-alueessa osallistujaa ohjattiin kertomaan vapaamuotoiset kokemuksensa interventioon osallistumisesta ja sen menetelmästä. Teema mahdollisti sen, että osallistuja sai tuoda esille juuri itselleen merkityksellisiä asioita, joita haastattelija ei olisi osannut kysyä. Jokainen haastateltu kuvaili kokemusta posi-

tiivisilla sanoilla kuten hyvä, mukava, herättelevä ja motivoiva. Eräs osallistuja kertoi intervention ylittäneen odotukset ja muutama korosti lähteneensä tapaamisista hyväntuulisina ja intoa puhkuen. Näin osallistujat kertoivat kokemuksistaan:

”Ryhmä [interventio] rohkaisi miettimään omaa hyvinvointia ja antoi eväitä alkavaan prosessiin.”

”Osallistuminen herätti ajatuksen siitä, että kaikki hyvinvointiteot ovat itseä varten.”

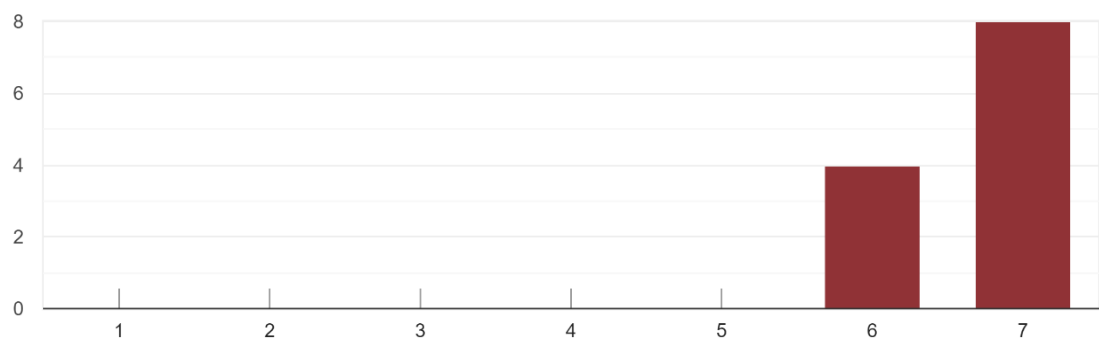
”Koin olleeni juuri oikea ihminen ryhmään.”

Interventioprosessin arvioinnissa selvitettiin kyselylomakkeella, mitä interventiossa opettuja käyttäytymismuutostekniikoita osallistujat käyttivät ja/tai kuinka toimiviksi ne koettiin. Arvioidut menetelmät olivat tavoitteen asettelu, esteiden käsittely, ongelmanratkaisu, suunnittelu, omaseuranta, käyttäytymisen harjoittelu ja käyttäytymiskokeilut, tieto terveydellisistä seurauksista sekä yleinen sosiaalinen tuki. Lisäksi selvitettiin, mitkä interventiojaksoon sisältyneistä harjoituksista koettiin hyödyllisimmiksi.

Jokainen osallistuja asetti henkilökohtaisen tavoitteensa yksilötapaamisella interventiojakson alussa. Kuvio 8 huomataan, että 8/12 kyselyyn vastanneesta koki tavoitteen asettelu erittäin hyödylliseksi.

8) Kuinka hyödylliseksi koit HENKILÖKOHTAISEN TAVOITTEEN asettamisen kirjallisesti?

12 vastausta



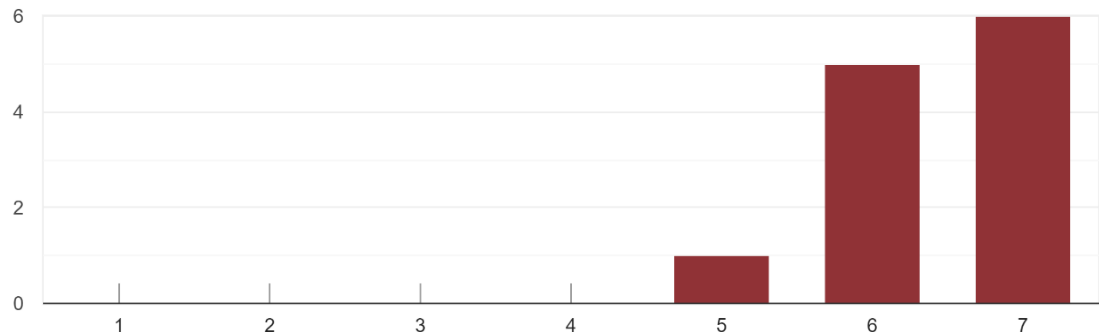
Kuvio 8. Osallistujien kokemus tavoitteen asettelu hyödyllisyydestä, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllistä ja 7 = erittäin hyödyllistä

Sen sijaan esteiden käsittelyn hyödyllisyyden kokemisessa havaittiin olleen hieman enemmän hajontaa. Likertin 7-portaisella asteikolla, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllistä ja 7 = erittäin hyödyllistä, 7/12 vastasi kokeneensa esteiden käsittelyn kuitenkin erittäin hyödylliseksi. Kysyttäessä ongelmanratkaisu-tekniikan käyttämisestä, 10/12 osallistujaa vastasi luoneensa selviytymiskeinoja ja/tai varmistussuunnitelmia selvittääkseen esteistään. Ongelmanratkaisua käyttäneet vastaajat kokivat myös luomistaan selviytymiskeinoista olleen

apua. 12 vastaajasta jokainen kertoi suunnitelleensa toimintaansa etukäteen. Kuviosta 9 nähdään, että toiminnan suunnittelu koettiin hyödylliseksi.

13) Jos vastasit edelliseen "kyllä", kuinka hyödylliseksi koit käyttäytymisen/toiminnan suunnittelun etukäteen?

12 vastausta



Kuvio 9. Osallistujien kokemus käyttäytymisen/toiminnan suunnittelun hyödyllisyydestä, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllistä ja 7 = erittäin hyödyllistä

Omaseurantaa kertoi käyttäneensä 10/12 vastaajaa. Näistä omaseurantaa käyttäneistä 10 vastaajasta 6 koki sen erittäin hyödylliseksi Likertin 7-portaisella asteikolla, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllistä ja 7 = erittäin hyödyllistä.

Käyttäytymisen harjoittelu ja käyttäytymiskokeilut -tekniikan toimivuutta kyseisessä kohderyhmässä arvioitiin sekä kyselylomakkeella että teemahaastattelujen teema-alueella *kokemukset interventioista*. Likertin 7-portaisella asteikolla, jossa 1 = ei lainkaan hyödyllistä ja 7 = erittäin hyödyllistä ja kysyttäessä ” Kuinka hyödyllisiksi koit käytännön liikuntakokeilut?” 7/12 vastaajista koki liikuntakokeilut erittäin hyödyllisiksi. Avoimessa kysymyksessä ”Vapaa sana liikuntakokeiluista” niitä kuvattiin monipuolisiksi, mielenkiintoisiksi, innostaviksi ja asiantunteviksi. Kiitosta annettiin osallistujien osallistamisesta lajivalintaan sekä hyvin valmistelluista ohjauksista.

Tieto terveydellisistä seurauksista -tekniikka eli tapaamisten teoriaosuudet koettiin myös hyödyllisiksi. Niistä annetut vapaamuotoiset vastaukset sisälsivät seuraavia kommentteja:

”Teoriaosuudet olivat monipuolisia ja erityisen kiitollinen olen uniasioista.”

”Erittäin asiantuntevia, mukavilla kielikuvilla ja esimerkeillä ymmärrettäväksi tehtyjä.”

”Tuli hyviä vinkkejä esim. aamiaisen ja välipalojen suhteen.”

”Hyvää asiaa, palautti mieleen taas ravitsemuksen ja unen merkityksen hyvinvoinnille.”

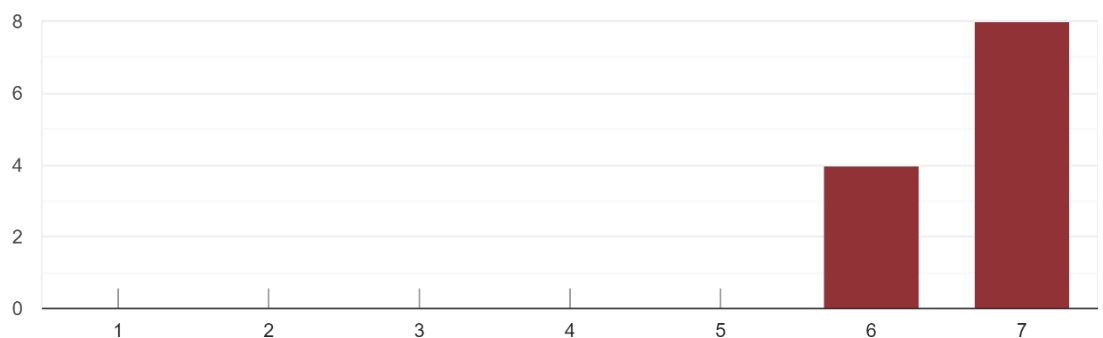
Yleinen sosiaalinen tuki -tekniikka näyttäytyi ryhmämuotoisessa interventiossa vertaistuenä. Teemahaastattelussa valtaosa toi esille vertaistuen merkityksellisyyden, mukavan ryhmän sekä hyvän ilmapiirin. Ryhmässä luotiin muutamia hyviä ystävyysuhteita sekä useampia tuttavuuksia. Erityisen mielissään osallistujat olivat ryhmän kokoonpanosta, sillä ryhmässä oli osallistujia eri työyksiköistä, mutta myös muutamia omasta työyhteisöstä. Tämän takia ryhmä salli uusien suhteiden luomisen, mutta myös aiheista jutustelun kollegoiden kanssa työpäivän aikana. Kyselylomakkeessa toistui kokemukset yhdessä olon tärkeydestä ja hyvästä ilmapiiristä, jota kuvattiin lämpimäksi ja leppoisaksi, mutta myös tukevaksi ja kannustavaksi.

Interventiojaksoon sisältyneistä harjoituksista hyödyllisimmiksi koettiin Tavoitekortti (henkilökohtaisen tavoitteen asettelu kirjallisesti) sekä Miksi liikut? -kortit. Korttiharjoituksen tavoitteena oli pohtia henkilökohtaisesti merkityksellisiä syitä liikkua, oppia liikkumisen myönteisistä seurauksista sekä arvioida motivaation laatua. Muita erityisen hyödyllisiksi koettuja harjoituksia olivat Teot kohti henkilökohtaista tavoitettani (toiminnan suunnittelu ja seuraaminen), Minun motivaationi (aiempiin onnistumisiin keskittyminen), Minun välipalani (välipalan koostamisen harjoittelu käytännössä), Hyvän unen bingo (hyvän unen tekijät omalla kohdalla) sekä Tavoitteen seuranta kirjallisesti (tavoitteessa edistyminen intervention puolivälissä).

Interventiojakson lopussa osallistujille lähetetyssä kyselylomakkeessa annettiin mahdollisuus antaa avointa palautetta tapaamisten lukumäärästä, yksilötapaamisista, materiaaleista sekä ohjaajan toiminnasta. Lisäksi lomakkeessa kysyttiin viihtymisestä ja osallistamisesta. Kuvio 10 havaitaan, että osallistujien viihtyminen tapaamisissa oli hyvää. Viihtymistä selvitettiin myös interventiojakson puolivälin kyselylomakkeessa, jossa vastaukset olivat hyvin samanlaisia kuin loppukyselyssä.

1) Kuinka paljon VIIHDYIT tapaamisissa?

12 vastausta



Kuvio 10. Osallistujien viihtyminen tapaamisissa, jossa 1 = erittäin vähän ja 7 = erittäin paljon

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda osallistava malli. Osallistujien kokemuksia osallistamiseen tutkittiin sekä intervention puolivälissä että lopussa. Molempina ajankohtina enemmistö koki saaneensa vaikuttaa ryhmässä käsiteltäviin aihealueisiin ja ryhmän toimintatapoihin erittäin paljon, eikä osallistujilla ollut halua vaikuttaa enempää. Kysyttäessä osallistujien mielipidettä tapaamisten suunnittelusta lukumäärästä (10 tapaamista), 9/12 vastaaja koki tapaamisia olleen sopivasti, kun taas 3/12 osallistujaa vastasi niitä olleen liian vähän.

Materiaaleja eli diaesityksiä, harjoituksen tulosteita sekä sähköpostikirjeitä arvioitiin taidokkaiksi, houkutteleviksi ja jälkeenkäinkin käytettäviksi. Materiaaleista saatiin muun muassa seuraava palaute:

”Ohjaaja viestitti selkeästi asioista sähköpostitse. Diat olivat selkeät ja visuaaliset. Materiaalit/tehtävät olivat kiinnostavia ja tukivat yksilöä ja ryhmää. Hyvä, ettei ollut pelkkää teoriaa vaan välillä tehtiin tehtäviä ja liikuttiin ryhmätapaamisissa.”

Interventiojakson alkuun ja loppuun sijoittuneista yksilötapaamista annettiin positiivista palautetta. Tapaamisten kerrottiin motivoineen ja auttaneen tavoitteen saavuttamisessa sekä oman kehittymisen havainnoinnissa. Eräät osallistujat kirjoittivat seuraavat palautteet yksilötapaamista:

”Erittäin hyvä. Tavoitteiden asettaminen vaiheittain kohti fiksumpia elämäntapoja. Lopussa näki, että pienillä askelilla saavuttaa hyvää!”

”Motivoivia ja luottamuksellisuus oli kiitettävää.”

Osallistujia kannustettiin antamaan ohjaajan toiminnasta palautetta niin ryhmätapaamisilla kuin kyselylomakkeellakin, jotta opiskelija saisi opinnäytetyöstä kaiken hyödyn irti ammatillisen kehittymisensä näkökulmasta. Suullinen ja kirjallinen palaute oli yhtenäistä, ja ohjaajaa kuvattiin innostavaksi, motivoivaksi ja ammattitaitoiseksi. Kyselylomakkeella ohjaajasta saatiin seuraavia palautteita:

”Kokemusvuosiltaan uran alussa ja pystyi erittäin laadukkaaseen työskentelyyn. Hallitsi ryhmän ja naiset, palautti napakasti aiheeseen. Oli läsnä meille jokaiselle – tunsi itsensä huomioiduksi.”

”Mukava, maltillinen ja motivoiva. Tavoite oli aina hyvinvointi, ei esim. painonhallinta.”

”Erittäin ammattitaitoinen, motivoitunut, hyvin perehtynyt ja valmisteli tapaamiset hyvin. Hyvä tiedottaminen, osasi motivoida ja hienosti laittaa osallistujan itse pohtimaan asioita.

Oikein hyvät vuorovaikutustaidot ja esiintyminen. Osasi hienosti elävöittää teoriaosuuksia erilaisilla tehtävillä/keskusteluilla. Oikea persoona tällaiseen työhön.”

8 Pohdinta

Opinnäytetyössä laadittiin käyttäytymismuutosinterventio terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Laadittu malli pilotoitiin Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen kuntayhtymän henkilöstöllä toimeksiannon mukaisesti. Intervention perusteellinen suunnittelu ja huolellinen käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen teoreettisten aihealueiden viitekehysellä (TDF) paransivat intervention perustamista korkealaatuiseen näyttöön, kuten myös niiden perusteella valittu käyttäytymistieteellinen teoria (Kauravaara & Kangasniemi 2016, 149). Koska interventiossa käytetyt käyttäytymismuutostekniikat lisäksi tukivat valittua teoriaa, voitiin odottaa interventiolla saavutettavan hyötyjä.

Tulosten perusteella interventio ohjasi osallistujia tekemään terveydelle ja hyvinvoinnille edullisia käyttäytymisvalintoja, eli vaikutti heidän terveystietoisuuteensa, mikä on merkittävää myös tarttumattomien sairauksien näkökulmasta. Osallistujien omien arvioiden mukaan interventiojaksosta oli heille todennettua hyötyä, ja he muuttivat liikkumiseen, ruokavalioon, palautumiseen, unen laatuun ja/tai stressinhallintaan liittyvää käyttäytymistään ja kokivat intervention vaikutuksesta fyysisiä ja/tai psyykkisiä muutoksia. Ennen kaikkea osallistujat kokivat intervention tukeneen heidän yleistä hyvinvointiaan, jaksamistaan ja hyvää oloaan, joten interventiolla päästiin toimeksiannon mukaisiin tavoitteisiin. Interventiolla saatiin myös ennalta-arvaamattomia vaikutuksia, joita olivat muun muassa kohonnut itsetunto ja riittävyden tunne. Psykologisia perustarpeita tukemalla voidaankin lisätä kokonaisvaltaisesti eheyttä ja hyvinvointia (Ryan & Deci 2017, 10).

Osallistujat edistyivät asettamissaan henkilökohtaisissa tavoitteissaan merkittävästi. Tähän voidaan katsoa olleen syinä muun muassa realistinen, yksilön elämäntilanteeseen sopiva SMART-menetelmällä asetettu tavoite sekä itse interventio. Osallistujien henkilökohtaiset tavoitteet vaihtelivat pidemmän aikavälin tavoitteista pienempiin tekoihin. Tämä osaltaan selittää sitä, miksi kaikki osallistujat eivät täysin saavuttaneet tavoitettaan. Näidenkin osallistujien kohdalla tapahtuneet edistysaskeleet ovat kuitenkin tekoja kohti parempaa terveyttä ja hyvinvointia. Itsemääräämisteorialle tyypillisiä itsesäätelytekniikoita, kuten omaseurantaa, suunnittelua ja tavoitteen asettamista, sisältävät interventiot on todettu vaikuttavimmiksi kuin muut (Michie, Abraham, Whittington, McAteer & Gupta 2009, 690). Myös opinnäytetyön interventiossa osallistujat kokivat itsesäätelytekniikoiden käytön hyödylliseksi tavoitteensa saavuttamisen kannalta.

Toimeksiantaja arvioi opinnäytetyön erittäin hyödylliseksi ja antaneen erittäin paljon lisäarvoa toimialalle tuottaen uuden innovaation. Vaikka organisaatiossa on vastaavaa toimin-

taa järjestetty muutamia kertoja aiemminkin, oli opinnäytetyössä laadittu interventio sisältönsä ja toiminnaltaan erilainen. Opinnäytetyöprosessia arvioitiin onnistuneeksi, johdonmukaiseksi ja toimeksiantajan tarpeita vastaavaksi. Vaikka interventiolla kyettiin tavoittamaan vain pieni osa organisaation koko henkilöstöstä, työn hyödyllisyyttä toimeksiantajalle ja organisaatiolle perusteltiin sillä, että työ hyödytti interventioon osallistunutta henkilöstöä, ja siitä saatiin hyvät lähtökohdat sekä kokemukset, mikäli organisaatiolla on mahdollisuus järjestää vastaavaa toimintaa jatkossakin henkilöstölle. (Järvinen 6.3.2020; Nykänen 9.3.2020.)

Koska arviointikeskustelu toimeksiantajan kanssa käytiin ennen intervention tulosten julkistamista, ei toimeksiantaja voinut tarkasti arvioida tulevaisuuden hyödyntämismahdollisuuksia. Interventiolla saatuja tuloksia käsitellään seuraavassa organisaation työhyvinvointiryhmän kokouksessa. Toimeksiantaja katsoo, että laadittua käyttäytymismuutosinterventiota terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi voisi hyödyntää vastaavanlaisena organisaation omiin vastaaviin tarpeisiin tai muihin organisaatioihin. (Järvinen 6.3.2020; Nykänen 9.3.2020.) Kyselyiden tuloksista laadittiin toimeksiantajan pyynnöstä kattava selvitys, joka lähetettiin arviointikeskustelun jälkeisellä viikolla organisaation hyödynnettäväksi.

Erilaisia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen interventioita on laadittu paljon, mutta tälle työlle luo uutuusarvoa toimeksiantajan ja tavoitteen välinen poikkeuksellisuus. Vaikka toimeksiantajana oli työnantajaorganisaatio, tavoitteena oli vaikuttaa osallistujien yleiseen hyvinvointiin, jolloin mahdollinen hyvinvoivempi työyhteisö ja yksilöiden parempi työssäjaksaminen ovat seurausta osallistujien kohentuneesta yleisestä hyvinvoinnista. Osallistujien näkökulmasta interventioon osallistuminen oli vapaaehtoista ja vapaa-ajalla tapahtuvaa toimintaa. Tämä lisäsi osaltaan osallistujien motivoituneisuutta ja sitoutuneisuutta toimintaan, mutta myös uutuusarvoa, kun työ poikkesi perinteisestä työajalla järjestettävästä toiminnasta.

Laadittu interventiomalli on myös opiskelijan käytettävissä tämän tulevilla uralla liikuta-alalla – opiskelija näkeekin laatimallaan mallilla suuren potentiaalin laajempaan levitykseen. Malli on helposti toistettava, sillä se muuntautuu kohderyhmän tarpeisiin ja ottaa huomioon osallistujien lähtökohdat sekä tavoitteet. Koska jokaisen kohderyhmän käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät vaihtelevat keskenään, on huolellinen taustoitus ja vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen tärkeää vaikutusten takaamiseksi.

Opinnäytetyön aikana kohdattiin suuria aikataulullisia haasteita opiskelijan heinäkuisen työtapaturman ja siitä aiheutuneiden polvileikkausten takia. Koska tapaturmaa ja ensim-

mäistä leikkausta ei voitu ennakoida, ei riskienhallintaa voitu siltä osin toteuttaa. Muutoshallintaan ryhdyttiin kuitenkin viiveettä, ja aikataulullisista sekä toteutuksellisista muutoksista neuvoteltiin yhdessä toimeksiantajan kanssa. Opiskelija pystyi sijoittamaan toisen polvileikkauksensa työn ajankohtaan, jossa siitä koitui mahdollisimman vähän haittaa, interventiojakson loppuun. Ajoitussuunnitelman muuttuminen ja venyminen vuoden 2020 puolelle ei vaikuttanut negatiivisesti työn lopputulokseen, sillä uudelleensuunnittelua tehtiin aktiivisesti. Toimeksiantajayhteistyö toteutui läpi prosessin luontevasti ja työelämäpalautea hyödynnettiin säännöllisesti.

8.1 Luotettavuus

Kun tarkastellaan opinnäytetyön menetelmiä kriittisesti, voidaan pohtia motivoivan haastattelun sopivuutta käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen. Vaikka motivoivalle haastattelulle tyypillisillä yhteenvedoilla varmistuttiin haastattelijan ymmärtäneen haastateltavaa, liittyyne haastattelutilanteeseen ja aineiston analysointiin aina tulkinnanvaraisuutta varsinkin opinnäytetyön kaltaisessa tilanteessa, jossa opiskelijalla ei ole haastattelijakoulutusta. On siis jossain määrin haastattelijan tulkinnasta kiinni, onko motivoivalla haastattelulla onnistuttu tunnistamaan käyttäytymiseen vaikuttaneet tekijät virheittä. Toisaalta käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseen käytettiin motivoivan haastattelun lisäksi henkilökohtaisen tavoitteen menetelmää, ja näistä saadut tulokset korreloivat keskenään.

Interventiossa seurattiin osallistujien motivaation laatua henkilökohtaisen tavoitteen saavuttamiseen. Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmän alku- ja loppumittauksessa saatujen tulosten perusteella motivaation laadussa tapahtui interventiojakson aikana muutoksia sekä sisäisempään että ulkoisempaan suuntaan. Sisäiset motiivit voimistuivat vain 5/12 osallistujalla. Tätä sisäisen motivaation vahvistumista voidaan perustella itsemääräämistheoriaan nojautuen psykologisia perustarpeita tukevilla toimenpiteillä. Pohdittaessa, miksi sisäinen motivaatio ei vahvistunut useammalla kuin viidellä osallistujalla, voidaan miettiä liikuntamotivaation laadun lähtötasoa. Osallistujien liikuntamotivaatio arvioitiin ”Miksi liikut?” -korttiharjoituksella interventiojakson alussa varsin sisäiseksi, joskin joukossa oli myös ulkoisia motiiveja. Vaikka osallistujat olivat työikäisiä, oli moni työuransa loppupuolella. Siten voidaan päätyä samaan johtopäätökseen kuin Ikihyvä Toimintakyky -interventiotutkimushankkeessa (Karttunen ym. 2015, 134): osallistujat kokivat liikunnan arvokseen, sillä se liittyy toimintakyvyn säilyttämiseen ja elämänlaadun ylläpitämiseen. Täten liikuntamotivaation sisältäessä sisäisiä motiiveja jo lähtötilanteessa, jäi motivaation laadun muutospotentiaalikin perustellusti pieneksi, ja siksi sisäisen motivaation vahvistumista ei

tapahtunut kaikkien kohdalla. Niiden osallistujien kohdalla, joilla liikuntamotiivit olivat jo interventiojakson alussa varsin sisäisiä, ei sisäisen motivaation vahvistumista käytetyillä arviointimenetelmillä havaittu.

Henkilökohtaisen tavoitteen menetelmässä mitattiin ulkoisten motiivien voimakkuutta väitteillä *"Pyrin totuttamaan tämän tavoitteen, koska on pakko"* ja *"Pyrin toteuttamaan tämän tavoitteen, koska tuntisin häpeää, syyllisyyttä ja/tai ahdistusta, jos en toteuttaisi sitä"* (liite 3; Salmela-Aro & Nurmi 2017, 33). Ulkoiset motiivit voimistuivat 3/12 osallistujalla. Koska ulkoisen motivaation vahvistuminen ei ollut intervention toivottu tulos, tulee pohtia, mistä ulkoisten motiivien voimistuminen johtuu. Yksilötapaamisilla havaittiin, että jotkin osallistujat vastasivat väitteeseen *"Pyrin totuttamaan tämän tavoitteen, koska on pakko"* Likertin 7-portaisella asteikolla, jossa 1 = erittäin vähän ja 7 = erittäin paljon, suuren luvun, koska kokivat tavoitteen toteutumiseen terveydellistä pakkoa. Terveydellinen pakko ei kuitenkaan ole ulkoinen motiivi, sillä yksilö kokee terveytensä itselleen tärkeäksi ja on omaksunut terveyden arvokseen. Tällaisessa tapauksessa väite *"...koska on pakko"* ei ollut validi, eli väitteellä ei saatu mitattua sitä, mitä sillä oli tarkoitus selvittää, eli ulkoisen pakon tunnetta. Jotta väite toimisi paremmin juuri ulkoisen motivaation mittaamiseen, ehdotetaan sen uudelleenmuotoiluksi seuraavia vaihtoehtoja:

"Pyrin totuttamaan tämän tavoitteen, koska tunnen ulkoista pakkoa."

"Pyrin totuttamaan tämän tavoitteen palkkioiden, pakotteiden tai rangaistuksenpelon vuoksi."

Intervention arviointia hankaloitti se, ettei vaikuttavuutta voitu arvioida, sillä opinnäytetyön ajalliset resurssit eivät riittäneet pidemmän aikavälin interventiojaksoon. Lisäksi korkean vaikuttavuuden osoittaminen vaatii koe-kontrolliasetelman, jonka tarkoituksena on rajata kaikki muut ulkoiset ja sisäiset vaikuttavat tekijät pois. Ilman koe-kontrolliasetelmaa on haasteellista osoittaa, onko saatuihin tuloksiin syynä nimenomaan interventio. Opinnäytetyössä oltaisiin resurssien niin salliessa voitu käyttää kontrolliryhmää, mutta tutkimusasetelman luomista olisi hankaloittanut se tosiasia, että laboratoriomaisen elinympäristön luominen ihmisille on mahdotonta. Vaikka luotaisiin koe-kontrolliasetelma, olisi muutoksen absoluuttisen syyn osoittaminen ongelmallista, sillä kaikista muutoksen tautalla vaikuttavista tekijöistä ei normaaliolosuhteissa voida olla varmoja. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 141, 151; Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 5.) Vaikka opiskelijatyönä toteutettu interventio ei tuottanut toimeksiantajalle suuria kustannuksia, olisi vaikuttavuuden osoittaminen auttanut toimeksiantajaa arvioimaan intervention kustannusvaikuttavuutta, eli toiminnan hyötyjä suhteessa mahdollisiin kustannuksiin (Kolu 2017, 9), mikäli interventio toteutetaan tulevaisuudessa uudelleen.

Myöskään arvioitaessa intervention tuloksia, ei voida täysin luotettavasti osoittaa, oliko juuri interventio muutoksen syy. Tätä epäluotettavuutta pyrittiin kuitenkin välttämään teemahaastattelussa, kun haastateltavaa pyydettiin pohtimaan muita ulkoisia ja sisäisiä muutokseen vaikuttaneita syitä. Esiinnousseita vaikutteita olivat muun muassa aiemmin mainitut uniapnealaite, uusi sänky ja fysioterapia. Kuitenkin, kuten raportin arviointia käsittelevissä luvuissa on korostettu, intervention arviointi perustui monimenetelmäisyyteen. Eri arviointimenetelmillä saadut tulokset vastaavat toisiaan, joten opinnäytetyötä ja sen arviointia voidaan pitää kokonaisuutena luotettavana.

8.2 Jatkokehitys

Päällimmäisenä kehitysehdotuksena on interventiojakson pidentäminen seurantatapaamisilla. Tapaamisia koettiin interventiojakson ydintoteutuksessa olleen sopivasti, mutta tarve pidemmän ajan päähän sijoittuville seurantatapaamisille nousi niin osallistujilta kuin toimeksiantajaltakin. Osallistujan näkökulmasta seurantatapaamiset auttaisivat opitun terveyskäyttäytymisen ylläpidossa sekä suunniteltujen tavoitteiden arvioinnissa ja täydentämisessä. Myös Nupponen & Suni (2011, 223–224) puoltavat seurantatapaamisten hyödyllisyyttä: kun kontaktivälit ohjaajaan pitenevät interventiojakson loppua kohden, osallistujalla jää enemmän aikaa vakiinnuttaa käyttäytymistään ja muodostaa terveystottumuksia.

Seurantatapaamisten järjestämiseen liittyy läheisesti myös mahdollisuus vaikuttavuuden arviointiin. Vaikuttavuusarvioinnilla voitaisiin osoittaa, saavutetaanko intervention välituloksilla pidemmällä aikavälillä toivottuja hyvinvointi- ja terveystuloksia, kuten elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemista (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 35–36; Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208). Vaikuttavuusarviointiin liittyy aiemmin kuvattuja haasteita, joten sen toteuttaminen vaatisi vähintään standardoitujen asteikkojen ja toimintakykymittareiden käyttöönottoa (Mäntysaari 1998, teoksessa Sirola & Salminen 2002, 289), jotta voitaisiin todentaa, onko resurssien käyttö interventioon taloudellisesti mielekäästä.

Vaikka vaikuttavuusarvioita ei toteutettaisi laajamittaisesti, helpottaisi mittarin käyttö myös osallistujan muutosprosessin arviointia tukien monimenetelmäisyyttä ja siten mahdollisesti reliabeliutta entisestään. Kuten luvussa 6.4.1 todettiin, ei koetun hyvinvoinnin mittaamiseen ole yhtä selkeää tapaa. Siksi mittarin valinta tulisi tehdä huolellisen taustatyön perusteella ja vertaillen vastaavien interventioiden toimintatapoja. Mahdollisia vaihtoehtoja voisivat olla Tyytyväisyys elämään-, Fyysinen vireystila- ja Mieliala-mittarit (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 163–167) tai Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittarin lyhyt ver-

sio WHOQOL-BREF, jonka muutosherkkyys on arvioitu välillä tyydyttävästä hyvään (Korpilahti & Takatupa 2015). Jälkimmäisenä mainittua mittaria ei käytetty opinnäytetyön pilotissa, sillä yksilötapaamisille varattu aika oli rajallinen, eikä tapaamisella olisi ollut aikaa mittarin huolelliselle täyttämiseksi. Näin voidaan todeta, että mikäli yksilön muutosprosessin arviointiin käytetään jatkossa jotakin edellä mainituista mittareista, tulee yksilötapaamisen kesto pidentää nykyisestä 60 minuutista. Vaikka interventiossa painottuu osallistujan subjektiivinen kokemus terveydestä ja hyvinvoinnista, voisi myös objektiivisen mittarin käyttöä harkita.

Mikäli toimeksiantaja toistaa intervention muulla tavoin kuin opiskelijayhteistyönä, tulee eri menetelmien käyttöä punnita kustannusten näkökulmasta. Erimerkiksi puolistrukturoitu haastattelu on tiedonkeruumenetelmänä kallis toteuttaa ja edellyttää haastattelijakoulutusta (Hirsjärvi & Hurme 2009, 35–36), mikäli halutaan päästä korkeaan vaikuttavuuteen. Kustannusten kattamiseksi yhtenä vaihtoehtona voisi olla osallistujilta kerättävä osallistumismaksu. Opinnäytetyössä osallistujia pyydettiin arvioimaan loppukyselyssä, olisivatko he voineet osallistua interventioon, jos se olisi ollut maksullinen. 10/12 vastaajista vastasi ”Kyllä, vaikka ohjaajana olisi ollut opiskelija” ja 2/12 vastasi ”Kyllä, jos ohjaajana olisi ollut ammattiin valmistunut Liikunnanohjaaja (AMK)”. Kieltäviä vastauksia ei saatu lainkaan. Arvioidut summat, joita olisi voitu osallistumisesta maksaa, vaihtelivat 20–150 euron välillä. Tämä kysymys sisällytettiin lomakkeeseen myös siksi, että opiskelija voi käyttää vastauksia ohjaamaan päätöksentekoaan, mikäli hän jalkauttaa intervention toiseen organisaatioon tulevalla urallaan.

Osallistujan liikuntakäyttötymisen ylläpidon näkökulmasta valmistellut reitit ohjattuihin liikuntamuotoihin ja liikuntaryhmiin ovat oleellisia (Nupponen & Suni 2011, 212, 225). Täten yksi kehitysehdotus opinnäytetyössä laadittuun malliin on yhteistyö paikallisten liikuntapalvelujen kanssa. Pilotin liikuntakokeiluista kaksi kolmesta toteutettiin toimeksiantajaorganisaation kuntosalin tiloissa. Ratkaisua perusteltiin tilan hyödyntämisen maksuttomuudella sekä sillä, että henkilöstöllä on kuntosalille vapaita käyttövuoroja. Näin Nupposen & Sunin (2011, 225) kehoitus valmistelluista reiteistä toteutui osittain, mutta ohjausta ryhmiin tai yhteistyötä paikallisten liikuntapalvelujen kanssa ei tehty.

Omaehtoista motivaatiota tukevalla interventiolla saatiin aikaan lukuisia henkilöstön terveyttä ja hyvinvointia edistäviä vaikutuksia. Intervention tulosten perusteella voidaan omaehtoista motivaatiota tukevaa vuorovaikutustyyliä suositella käytettäväksi myös muissa organisaation järjestämissä vastaavissa toiminnoissa. Sen sijaan, että korostettaisiin ulkoi-

sia motiiveja, esimerkiksi kilpailua, vertailua, ulkonäöllisiä seikkoja tai suorituksen lopputulosta, voitaisiin psykologisia perustarpeita tukemalla edistää motivaation sisäistymistä, ja näin saavuttaa pitkäkestoisempia käyttäytymismuutoksia sekä parempaa hyvinvointia.

Lähteet

Aalto, A-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H., Luoma, M-L & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. TOIMIA-suositus. Luettavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/131192>. Luettu: 17.10.2019.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim*, 133, s. 1015–1021.

Aittasalo, M. 2017. Liikuntaneuvonnan vaikuttavuus ja arviointi. *Terveysliikuntauutiset* 2017, s. 7–8.

Aittasalo, M. & Vasankari, T. 2011. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa Foggerholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*, s. 197–204. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Donatelle, R. 2011. *Health: The basic*. Pearson Benjamin Cummings. Boston.

Ek, E. 2019. Stressi ja sen hallinta. Teoksessa Sinikallio, S. (toim.) *Terveyden psykologia*, s. 172–197. PS-kustannus. Jyväskylä.

Fäldt, S. 2019. *Nauti työstäsi! Naisen voimakirja työelämään*. Bazar. Helsinki.

Haaga-Helia ammattikorkeakoulu 2018. *Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma*. Intranet. *Motivoiva työote: Case harjoitukset*. Luettu: 18.9.2018.

Hankonen, N. 2017. Miten motivoida kohti hyvinvointia? Käyttäytymismuutosinterventiot terveyden edistämiseksi. Johdanto. Teoksessa Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. (toim.) *Mikä meitä liikuttaa: Motivaatiopsykologian perusteet*, s. 202–221. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Hankonen, N., Sutton, S., Prevost, T., Simmons, R., Griffin, S., Kinmonth, A. & Hardeman, W. 2015. Which Behavior Change Techniques are Associated with Changes in Physical Activity, Diet and Body Mass Index in People with Recently Diagnosed Diabetes? *Ann Behav Med*, 49, 1, s. 7–17.

Harmokivi-Saloranta, P., Kiviluoto, L. & Kuvajainen, M. 2018. Liikettä arkeen: Malli ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan toteuttamiseen. Luettavissa: <http://www.liikettaarkeen-malli.fi/>. Luettu: 28.10.2019.

Haukkala, A., Hankonen, N. & Kontinen, H. 2012. Sosiaalipsykologia terveyskäyttäytymisen tutkimuksessa. *Psykologia*, 47, 5–6, s. 396–409.

Helldán, A., Helakorpi, S. & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Hirsjärvi, S. 2009a. Aineiston hankinnan suunnittelu. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita, s. 177–190. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hirsjärvi, S. 2009b. Tutkimuksen reliäabelius ja validius. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita, s. 231–233. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hirsjärvi, S. 2009 c. Tutkimustyytit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (toim.) Tutki ja kirjoita, s. 191–220. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki.

Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: Näkökohtia terveyteen. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen: Uudistuvat työmenetelmät, s. 35–61. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.

Huttunen, J. 2018. Mitä terveys on? Luettavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903. Luettu: 14.9.2019.

Hyvärinen, M. 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaara, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. E-kirja. Vastapaino. Tampere.

Jaakkola, T. 2015. Motivaatio – ilo, innostus ja intohimon synnyttäminen. Teoksessa Hämmäläinen, K., Danskanen, K., Hakkarainen, H., Lintunen, T., Forsblom, K., Pulkkinen, S.,

Jaakkola, T., Pasanen, K., Arajärvi, P., Lehtoviita, T. & Riski, J. (toim.) Lasten ja nuorten hyvä harjoittelu, s. 109–123. VK-Kustannus Oy. Lahti.

Järvinen, S. 26.8.2019. Johtava ylihoitaja. Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä. Sähköposti.

Järvinen, S. 6.3.2020. Johtava ylihoitaja. Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä. Sähköposti.

Kangasniemi, A. & Kauravaara K. 2016. Kohti muutosta – Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämiseksi. Liikunta- ja hyvinvointiakatemia Oy. Vantaa.

Karttunen, T., Hankonen, N. & Absetz, P. 2015. Optimismin ja omaehtoisen motivaation yhteys ikääntyneiden liikuntaan, fyysiseen toimintakykyyn ja niiden muutoksiin. Gerontologia, 29, 3, s. 124–137.

Kivimäki, S. & Toropainen, E. 2017. Liikuntaneuvonta osana elintapaneuvontaa. Terveystieteiden tutkimus 2017, s. 5–6.

Kokkinen, L. & Saarinen, A. 2015. Terveystieteiden henkilöstön rakenne ja työssä jaksaminen. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K. (toim.) Terveystieteiden muutokset, s.101–114. Tampere University Press. Tampere.

Kolu, M. 2017. Onko vaikuttava interventio aina kustannusvaikuttavaa? Terveystieteiden tutkimus 2017, s. 9.

Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. Asiakas ja terveystieteet. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveystieteiden edistäminen: Uudistuvat työmenetelmät, s. 78–130. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.

Korpilahti, U. & Takatupa, A. 2015. WHOQOL-BREF: Maailman terveystieteiden elämälaatu mittari - lyhyt versio. TOIMIA-mittarit. Luettavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>. Luettu: 4.1.2020.

Koskinen-Ollonqvist, P., Pelto-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. 2005. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä: Näkökulmia vaikuttavuuteen. Terveyden edistämisen keskus.

Kustannus Oy Duodecim 2019. Lääketieteen sanasto. Luettavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01376. Luettu: 12.3.2020.

Laaksonen, C. & Suvisuo, P. 2015. Terveyden edistäminen. Teoksessa Laaksonen, C., Suvisuo, P. & Kuukasjärvi, A. (toim.) Terveesti nyt ja huomenna, s. 8–10. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

Laimio, A. & Karnell, S. 2010. Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa Laatikainen, T. (toim.) Vertaistoiminta kannattaa, s. 9–19. Asumispalvelusäätiö ASPA. Helsinki.

Laki terveydenhuollosta 30.12.2010/1326.

Laki työterveyshuollosta 21.12.2001/1383.

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Luettavissa: https://www.kaypahoito.fi/hoi50124#s9_8. Luettu: 28.2.2020.

Linnansaari, A. & Hankonen, N. 2019. Miten terveystyöskäytymiseen voidaan vaikuttaa? Teoksessa Sinikallio, S. (toim.) Terveyden psykologia, s. 89–134. PS-kustannus. Jyväskylä.

Lintunen, T. 2015. Lapsen ja nuoren psyykinen kehitys. Teoksessa Suomen Valmentajat ry (toim.) Lasten ja nuorten hyvä harjoittelu, s. 79–88. VK-Kustannus Oy. Lahti.

Lintunen, T. 2017. Tunne- ja vuorovaikutusoppinen yhteenkuuluvuudentunteen ja motivaation edistäjänä. Teoksessa Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. (toim.) Mikä meitä liikuttaa: Motivaatiopsykologian perusteet, s. 178–191. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Liukkonen, J. & Jaakkola, T. 2013. Liikuntamotivaatio elinikäisen liikuntaharrastuksen edellytyksenä. Teoksessa Jaakkola, T., Liukkonen, J. & Sääkslahti, A. (toim.) Liikuntapedagogiikka, s. 114–161. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J. & Gupta, S. Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression. *Health Psychology*. 2009, 28, 6, s. 690–701.

Middelkamp, J., Jiménez, A. & Rieger, T. 2018. Taustoitus. Teoksessa Middelkamp, J. (toim.) *Motivointi ja käyttäytymisen muutos*, s. 16–32. Fitra Oy. Oulu.

Nikander, P. 2017. Tarkistuslista haastattelututkimuksen tekijöille. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaori, J. (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. E-kirja. Vastapaino. Tampere.

Nupponen, R. 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Foggerholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*, s. 43–56. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Nupponen, R. & Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Foggerholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*, s. 212–226. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Nykänen, W-T. 5.6.2019. Suun terveydenhuollon osastonhoitaja. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä. Haastattelu. Riihimäki.

Nykänen, W-T. 9.3.2020. Suun terveydenhuollon osastonhoitaja. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä. Haastattelu. Riihimäki.

Rautio, M. & Husman, P. 2012. Työikäisten terveyden edistäminen – esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) *Terveyden edistäminen: Teorioista toimintaan*, s. 165–190. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Ryan, R. & Deci, E. 2017. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. The Guildford Press. New York.

Ryan, R., Patrick, H., Deci, E. & Williams, G. 2008. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, s. 2–5.

- Räsänen, J. 2012. Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede-Proceed-malli. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen: Teorioista toimintaan, s. 100–116. Sanoma Pro Oy. Helsinki.
- Salmela, SM., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti. 2010, 47, s. 208–218.
- Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. 2017. Henkilökohtaisten tavoitteiden menetelmä – motivaation mittaaminen. Teoksessa Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. (toim.) Mikä meitä liikuttaa: Motivaatiopsykologian perusteet, s. 43–53. PS-Kustannus. Jyväskylä.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein: Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki.
- Sinikallio, S. 2019. Johdanto. Teoksessa Sinikallio, S. (toim.) Terveyden psykologia, s. 9–19. PS-kustannus. Jyväskylä.
- Sirola, K. & Salminen, E-M. 2002. Projekti-, verkosto- ja tiimityöskentely terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen: Uudistuvat työmenetelmät, s. 262–280. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Terveyden edistäminen. Luettavissa: <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>. Luettu: 15.9.2019
- Taulaniemi, A. & Rinne, M. TULE-asiakkaan liikuntaneuvonta ja ryhmienohjaus. UKK-instituutti. Luettavissa: <http://tule-liikunta.fi/wp-content/uploads/TULE-ABC-TULE-liikuntaneuvonta-ryhmienohjaus.pdf>. Luettu: 25.1.2020.
- Teixeira, PJ., Carraça, EV., Markland, D., Silva, MN. & Ryan, RM. 2012. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9, 78, s. 1–30.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a. Eriarvoisuus. Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>. Luettu: 14.9.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b. Hyvinvointi. Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>. Luettu: 14.9.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019c. Sosiaalinen pääoma. Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/sosiaalinen-paaoma>. Luettu: 14.9.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019d. Asiakkaat ja osallisuus. Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus>. Luettu 12.3.2020.

Terveyskylä 2019. Mitä on vertaistuki? Luettavissa: <https://www.terveyskyla.fi/vertais-talo/tietoa-vertaistuesta/mit%C3%A4-on-vertaistuki>. Luettu 3.4.2020.

The NCD Alliance 2017. NCDs. Luettavissa: <https://ncdalliance.org/why-ncds/NCDs>. Luettu: 7.4.2020.

Työterveyslaitos, Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Keinänen, M. & Suomi, R. 2010. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010: Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos. Helsinki.

Vasalampi, K. 2017. Itsemääräämisteoria. Teoksessa Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. (toim.) Mikä meitä liikuttaa: Motivaatiopsykologian perusteet, s. 54–65. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Vasankari, T. 2017. Vaikuttavaa elintapaohjausta uudistuvaan sote-kenttään. Terveyslääkintä 2017, s. 2.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vuori, I. 2011a. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Foggerholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveyslääkintä, s. 12–19. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Vuori, I. 2011b. Yhteisön liikunnan edistäminen. Teoksessa Foggerholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveyslääkintä, s. 227–235. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

WHO 2020. The Ottawa Charter for Health Promotion. Luettavissa: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Luettu: 23.3.2020.

Liitteet

Liite 1. SWOT-analyysi

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none">• Opiskelijalla on aiempia kokemukset terveyden edistämisen interventiosta ja elintapaohjauksesta• Opiskelijalla on vahva motivaatio kehittyä ja halu jalkauttaa itsensä/työnsä organisaatioon	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none">• Opiskelijan taipumus stressaantua ja uupua<ul style="list-style-type: none">◦ keinot ehkäisyyn: aikatauluttaminen ja työn edistymisen seuraaminen, joulutaun tehokas hyödyntäminen, masennuksen hoito• Opiskelijan heikko englanninkielen taito vaikeuttaa kansainvälisen lähdekirjallisuuden hyödyntämistä• Opiskelijan heikko rajaamisen ja tiivistämisen taito
<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none">• Koska terveyden edistämisen palveluilla kysyntää, on työkenttä lupaava opiskelijan työllistymiselle• Opiskelijan/työn jalkautuminen organisaatioon: jatkuva toimintamalli, jolla saavutetaan pidemmän aikavälin tuloksia• Osallistujien onnistuminen tavoitteissaan• Osallistujien vapaaehtoisuus viestii autonomisesta motivaatiosta ja sitoutumishalukkuudesta	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none">• Oikean kohderyhmän tavoittaminen: terveyden edistäminen tavoittaa parhaiten niitä, joiden terveydentila hyvä• Organisaation haluttomuus vakiinnuttaa toimintaansa interventioita• Opiskelijan tapaturma, kaksi polvi-leikkausta<ul style="list-style-type: none">◦ tarvittaessa hyödynnetään kaupungin liikuntaryhmiä ja ulkopuolista liikunnanohjausta◦ tarvittaessa interventiojaksoa voidaan viikolla venyttää keväälle• Opiskelijan sairastuessa tapaamisen jääminen väliin vaatii nopeaa reagointia aikataulun muuttamiseksi• Ryhmän osallistujien heikko sitoutuneisuus<ul style="list-style-type: none">◦ keinot ehkäisyyn: osallistaminen, kiinnostava ja tarpeellinen sisältö, seuraavan kerran esittelemisen• Sään vaikutus liikuntakokeilujen lajivalintaan

Liite 2. Hyvinvointiryhmän ensimmäinen kirje



SINULLE · 6.8.2019

HYVINVOINTIA YHDESSÄ

Hyvinvointiryhmän 1. kirje

Tervetuloa yhteiseen ryhmäämme kohti hyvinvointia!

- Hyvinvointiryhmä toteutetaan pääasiassa ryhmämuotoisena yhteisön tukea hyödyntäen.
- Tavoitteena on tukea osallistujien yleistä hyvinvointia, jaksamista ja hyvää oloa.
- Teemoina ovat liikunnan, ravitsemuksen ja motivaation työkalut, joilla tukea omaa hyvinvointiaan. Käsittelemme myös yksilötapaamisten pohjalta nousseita toivottuja aiheita, esimerkiksi unta, stressin hallintaa ja elämäntapamuutosta. Tapaamiset ovatkin osallistavia, ja pääset mukaan myös suunnitteluun haluamallasi painoarvolla.
- Toteutus perustuu terveyskäyttäytymisen muutosteoriaan vaikutusten takaamiseksi.



Ohjelma:

Yksilötapaamiset
VKO 43

Ryhmätapaamiset
VKO 46-49:
14.11.
21.11.
28.11.
5.12.

Joulutauko
VKO 50-1

Ryhmätapaamiset
VKO 2-6:
9.1.
16.1.
23.1.
30.1.

Yksilötapaamiset
VKO 6



Käytännössä

- Yksilötapaamiset sovitaan jokaisen kanssa erikseen viikolle 43. Yksilötapaamisen tarkoituksena on, että pääsen tutustumaan jokaiseen persoonana, sekä kartoittamaan tarkemmin henkilökohtaisia tarpeitasi ja toiveitasi tulevaa kohtaan. Saat samalla asettaa itsellesi henkilökohtaiset tavoitteet.
- Ryhmätapaamiset järjestetään klo 16-17:30 Riihimäen terveyskeskuksen koulutustila Patissa. Hyödynnämme myös muita läheisyydessä olevia sisä- ja ulkotiloja päivän teeman mukaisesti.
- Ryhmässä korostuu teorian ja käytännön yhteensovittaminen - pääset tekemään, kokeilemaan ja oppimaan.
- Osallistuminen on sinulle maksutonta ja vapaa-ajalla tapahtuvaa toimintaa.
- Sinulta ei vaadita ennakkotietoja tai -taitoja, vaan ainoastaan kiinnostus omaa hyvinvointiasi kohtaan ja halu vaikuttaa siihen!

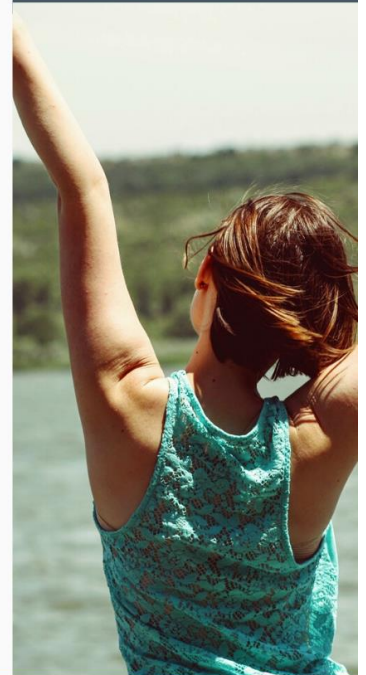
"Asioista saa
tolkkua,
hommot
hoituvat ja
niissä on
mieltä."

KARI LAHTELA



YHTEYSTIETONI

Vastaa mielelläni heränneisiin kysymyksiisi, puhelimitse tai sähköpostilla - kumpi sinulle on luontevampaa.



HYVINVOINTIA YHDESSÄ

SIVU 02

Henkilökohtaisen tavoitteen arviointi

Nimi: _____

Henkilökohtainen tavoite: _____

	1= erittäin vähän
	7 = erittäin paljon
1) Kuinka tärkeä tavoitteeni on minulle?	1 2 3 4 5 6 7
2) Kuinka sitoutunut olen tavoitteeseeni?	1 2 3 4 5 6 7
3) Olenko edistynyt tavoitteeni saavuttamisessa?	1 2 3 4 5 6 7
4) Miten pystyvä olen saavuttamaan tavoitteeni?	1 2 3 4 5 6 7
5) Missä määrin muut ihmiset tukevat minua tavoitteessani?	1 2 3 4 5 6 7
6) Missä määrin muut ihmiset estävät tavoitteeni saavuttamista?	1 2 3 4 5 6 7
Minkä vuoksi pyrin toteuttamaan tämän tavoitteen?	
a) On pakko.	1 2 3 4 5 6 7
b) Se tuottaa mielihyvää ja olen siitä todella kiinnostunut.	1 2 3 4 5 6 7
c) Tuntisin häpeää, syyllisyyttä ja/tai ahdistusta, ellen toteuttaisi sitä.	1 2 3 4 5 6 7
d) Se on itselleni tärkeä tavoite.	1 2 3 4 5 6 7