



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

ELINA PITKÄNEN

## **Valmentava elintapaohjausmalli**

Elintapaohjauksen kehittäminen osana  
diabeteksen ennaltaehkäisyä ja hoitoa

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUSOHJELMA  
YAMK  
2020

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| Tekijä<br>Pitkänen, Elina   | Julkaisun laji<br>Opinnäytetyö, ylempi AMK | Päivämäärä<br>elokuu 2020 |
|   | Sivumäärä<br>102                           | Julkaisun kieli<br>suomi  |
| Julkaisun nimi<br><b>Valmentava elintapaohjausmalli – elintapaohjauksen kehittäminen osana diabeteksen ennaltaehkäisyä ja hoitoa</b>  |  |                           |
| Tutkinto-ohjelma<br>Terveyden edistäminen, ylempi AMK   |  |                           |
| <p> <b>Tiivistelmä</b><br/>         Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää tyypin 2 diabeetikoiden ja ylipainoisten sairastumisriskissä olevien elintapaohjausta ryhmäohjauksen avulla yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Tarkoituksena oli selvittää asiakkaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta, heidän toteuttamiaan elintapamuutoksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä. Tavoitteena oli osallistujien kokemusten ja käsitysten, ammattilaisten arvioinnin ja näyttöön perustuvan tiedon avulla luoda valmentava elintapaohjausmalli.       </p> <p>         Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena viiden toimintaa kehittävän syklin avulla. Ensimmäisessä syklissä toteutettiin kirjallisuuskatsaus vaikuttavista elintapaohjausinterventioista, jonka perusteella toisessa syklissä suunniteltiin ryhmäohjauksen toteutus ja koottiin elintapaohjausryhmä. Kolmannessa syklissä toteutettiin kuuden kuukauden mittainen ryhmämuotoinen elintapaohjausinterventio. Intervention jälkeen neljännessä syklissä selvitettiin asiakkaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta, toteutettuja elintapamuutoksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä ryhmämuotoisen teemahaastattelun avulla. Asiakkailta kerättiin lisäksi kirjallista palautetta ryhmäohjauksesta. Ryhmäohjauksen toteutumista ja tuloksia arvioitiin ammattilaisten kanssa.       </p> <p>         Viidennessä syklissä laadittiin valmentava ja motivoiva elintapaohjausmalli, joka perustuu ryhmäohjauksesta saatuihin tuloksiin ja teoretietoon. Ohjausmalli rakentuu valmentavan ohjaustyylin lähtökohdista, motivaatiota tukevista menetelmistä ja elintapamuutosta edistävästä tekijöistä. Kehitetty ohjausmalli kuvaa valmentavaan ohjaukseen liittyviä käsitteitä ja tuo näkyviin elintapaohjauksessa tapahtuvaa asiakkaan motivaation tukemista, pystyvyyden, osallisuuden, voimaantumisen ja itsemääräämisen vahvistamista sekä tarjoaa käytännön työkaluja ohjauksen tueksi.       </p> <p>         Jatkotutkimuksissa tulisi arvioida kehitetyn ohjausmallin vaikutuksia käytännön työssä ja selvittää ammattilaisten käsityksiä omasta ohjaus- ja motivointiosaamisestaan.       </p> |  |                           |
| <p> <u>Asiasanat</u><br/>         elintapaohjaus, ryhmäohjaus, tyypin 2 diabetes, motivaatio, valmentava ohjausmalli       </p>   |  |                           |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Author<br/>Pitkänen, Elina</p>   | <p>Type of Publication<br/>Master's thesis</p> | <p>Date<br/>August 2020</p>                 |
|   | <p>Number of pages<br/>102</p>                 | <p>Language of publication:<br/>Finnish</p> |
| <p>Title of publication<br/><b>Coaching lifestyle counselling of type 2 diabetes prevention and care</b></p>  |  |   |
| <p>Degree program<br/>Health Promotion, Master's Degree</p>   |  |   |
| <p><b>Abstract</b></p> <p>The purpose of this thesis was to develop lifestyle counselling of overweight persons with type 2 diabetes or elevated risk of diabetes. The study included a group-based lifestyle intervention, which purpose was to find out patients' experiences from group counselling, their lifestyle changes and factors related to lifestyle change. The aim was to create a coaching lifestyle counselling model.</p> <p>The thesis was carried out as an action research, which consisted of five cycles. At first a literature review was made, which helped planning group counselling content and its implementation in second cycle. Third cycle consisted of a six-month long group-based lifestyle intervention. After intervention, the fourth cycle included thematic group interview of the patients to find out their experiences and made lifestyle changes, also feedback with inquiry was collected. Group counselling and its results were evaluated by the professionals.</p> <p>In the fifth cycle a coaching and motivating model was drawn up. Model was based on the results of the group counselling intervention and theoretical, evidence-based information. The model consists of the coaching counselling style basis, motivational methods and factors enhancing lifestyle changes. The model describes how to establish and enhance patients' motivation, self-efficacy, participation, empowerment and self-determination. The model offers practical ways and methods to use in the context of lifestyle counselling in primary health care.</p> <p>Future studies could evaluate the effects and benefits of coaching and motivation supporting counselling model in lifestyle counselling practice. It's also important to clarify professionals' perceptions of their motivational counselling skills.</p> |  |   |
| <p><u>Key words</u><br/>lifestyle counselling, group counselling, type 2 diabetes, motivation, coaching counselling model</p>   |  |   |

# SISÄLLYS

|   |    |
|---|----|
| 1 JOHDANTO .....  | 6  |
| 2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA .....   | 8  |
| 2.1 Kehittämisen lähtökohdat.....   | 8  |
| 2.2 Lihavuus kansanterveydellisenä ongelmana .....                              | 9  |
| 2.3 Tyypin 2 diabetes käsitteenä .....  | 10 |
| 2.4 Diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito .....                                   | 12 |
| 2.4.1 Ravitsemus osana painonhallintaa .....                                    | 14 |
| 2.4.2 Liikunta painonhallinnan tukena.....                                      | 14 |
| 2.5 Elintapaohjaus ja elintapamuutosten toteuttaminen.....                      | 16 |
| 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....                                  | 18 |
| 4 VAIKUTTAVA ELINTAPAOHJAUS .....   | 19 |
| 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus elintapainterventioista .....                 | 19 |
| 4.2 Elintapainterventioiden sisällöt, menetelmät ja vaikutukset .....           | 24 |
| 4.2.1 Ryhmäohjauksien sisältöjen ja menetelmien tarkastelu.....                 | 24 |
| 4.2.2 Interventioissa saavutetut vaikutukset.....                               | 29 |
| 4.2.3 Kirjallisuuskatsauksen tulosten yhteenveto .....                          | 31 |
| 5 TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN .....                                   | 32 |
| 5.1 Käsitteiden määrittelyä.....  | 33 |
| 5.2 Salutogeneesi ja koherenssin tunteen vahvistaminen .....                    | 36 |
| 5.3 Terveyden lukutaito ja siihen vaikuttaminen .....                           | 37 |
| 6 VALMENTAVA ELINTAPAOHJAUS.....  | 39 |
| 6.1 Voimaantuminen osana motivoitumista.....                                    | 40 |
| 6.2 Muutokseen motivoituminen ja elintapojen omaksuminen .....                  | 42 |
| 6.3 Motivaation tukeminen elintapaohjauksessa .....                             | 44 |
| 6.3.1 Motivoiva haastattelu terveyden edistämisen menetelmänä.....              | 47 |
| 6.3.2 Tavoitteen asettelu ohjausmenetelmänä.....                                | 49 |
| 6.4 Motivaation tukeminen ryhmäohjauksella.....                                 | 51 |
| 7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS .....   | 53 |
| 7.1 Terveyden edistämisen toteutus interventiona .....                          | 53 |
| 7.2 Kehittämismenetelmänä toimintatutkimus.....                                 | 54 |
| 7.3 Ensimmäinen sykli: Kirjallisuuskatsaus .....                                | 57 |
| 7.4 Toinen sykli: Suunnittelu ja ryhmän kokoaminen .....                        | 57 |
| 7.4.1 Osallistujien taustatiedot .....  | 58 |
| 7.5 Kolmas sykli: Intervention toteutus .....                                   | 59 |
| 7.6 Neljäs sykli: Aineistonkeruu, analysointi ja ryhmäohjauksen arviointi ..... | 64 |

|   |    |
|---|----|
| 7.6.1 Aineistonkeruu ja analysointi.....                            | 64 |
| 7.6.2 Ohjaajien arviointi ryhmäohjauksesta.....                     | 68 |
| 7.7 Viides sykli: Elintapaohjausmallin laadinta.....                | 69 |
| 8 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET .....                                     | 69 |
| 8.1 Osallistujien kokemukset ryhmäohjauksesta .....                 | 69 |
| 8.2 Ohjaajien arviointi ryhmäohjauksesta ja jatkokehittäminen ..... | 77 |
| 8.3 Valmentava elintapaohjausmalli .....                            | 80 |
| 9 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA POHDINTA.....                         | 84 |
| 9.1 Kirjallisuuskatsaus .....                                       | 84 |
| 9.2 Ryhmäohjauksen tulosten tarkastelu.....                         | 85 |
| 9.3 Elintapaohjausmalli.....  | 86 |
| 9.4 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys.....                   | 89 |
| 9.5 Johtopäätökset ja jatkokehitys .....                            | 93 |
| LÄHTEET   |    |
| LIITTEET  |    |

## 1 JOHDANTO

Tiedetään, että lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista (Fogelholm & Kaukua 2016, 426; Lundqvist ym. 2018, 45) ja se lisää sairastavuutta muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin ja tyyppin 2 diabetekseen (Koski, Lahti-Koski, Vartiainen & Laatikainen 2015, 24). Sydän- ja verisuonitaudit ovat edelleen suomalaisten yleisin kuolinsyy (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020a). Diabetes on merkittävä kansansairaus ja taloudellinen, terveydenhuoltoa kuormittava ongelma, ja sitä sairastaa useampi kuin joka kymmenes suomalainen (Koponen ym. 2018, 189; Käypä hoito -suositus 2018).

Valtimosairauksien ja diabeteksen ehkäisyssä ja hoitamisessa Suomessa on edelleen haasteita. Tuoreen asiantuntijaryhmän laatiman suosituksen (THL 2020a) mukaan sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen, ja niiden riskin varhainen tunnistaminen tai riskitekijöiden hoito ei toteudu suositellusti. Elintapaohjaus ja muu lääkkeetön hoito on riittämätöntä ja hoitoketjut vaativat kehittämistä. Uuden hallitusohjelman (2019-2022) yhtenä tavoitteena on hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen, johon tähdätään esimerkiksi parantamalla kansansairauksien ehkäisyn ja hoidon vaikuttavuutta, lisäämällä matalan kynnyksen elintapaohjausta ja ennaltaehkäiseviä toimia sekä parantamalla kansalaisten mahdollisuuksia hyvinvointia tukeviin valintoihin. Hallituksen tavoitteet liittyvät myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden parantamiseen muun muassa tukemalla palveluissa asiakkaiden osallisuutta ja asiakaskeskeisyyttä sekä siirtämällä painopistettä ennaltaehkäisevään toimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Elintapojen yhteydestä keskeisiin kansansairauksiin ja niiden riskitekijöihin on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä. Tiedetään, että lihavuuden liitännäissairauksia voidaan ehkäistä ja hoitaa elintavoilla sekä liikunnalla. (Absetz & Hankonen 2011; Käypä hoito -suositus 2013 ja 2018; Fogelholm & Kaukua 2016, 426.) Terveyttä edistävästä elintapamuutoksista hyötyvät erityisesti ne, joilla on kohonnut riski sairastua kansantautei-

hin, ja ne, jotka ovat jo sairastuneet. Siksi terveyden edistämistä sekä sairauksien ehkäisemistä tukevaa elintapaohjausta tulisi tarjota kaikkialla terveydenhuollossa (THL 2019). Elintapaohjauksella tai -neuvonnalla tarkoitetaan vuorovaikutteista, tarve- ja asiakaslähtöistä sekä voimaannuttavaa tukea ja valmennusta, jonka tavoitteena on aikaansaada pysyvä ja myönteinen muutos henkilön käyttäytymisessä ja johon kuuluu oleellisesti tavoitteellisuus ja tulosten seuranta (THL 2020a).

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyönä, jonka tarkoituksena on kehittää tyypin 2 diabeetikoiden ja ylipainoisten sairastumisriskissä olevien aikuisten elintapaohjauksen käytäntöjä. Tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa ryhmämuotoinen elintapaohjausinterventio ja sen kokemusten perusteella luoda asiakaslähtöinen, valmentava ja motivoiva elintapaohjausmalli ammattilaisten käyttöön. Tässä opinnäytetyössä interventiolla tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (Terveyskirjasto 2019).

Tavoitteena on, että elintapaohjausmallia voi hyödyntää sekä ryhmä- että yksilöohjauksessa. Sen tavoitteena on jatkossa yhtenäistää elintapaohjaustyötä tekevien ammattilaisten toimintatapoja, vastata asiakkaiden tarpeisiin ja tukea heidän elintapamuutosmotivaatiotaan. Opinnäytetyöstä käytetään jatkossa nimitystä kehittämistyö.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA

### 2.1 Kehittämisen lähtökohdat

Valtimosairauksien ja diabeteksen ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus vaativat vielä panostusta ja kehittämistä tulevaa sote-järjestelmää ajatellen (THL 2020a). Kansalliset ja maakunnissa toteutuvat, sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hankkeet ovat viime aikoina näkyneet selvemmin myös omassa työyhteisössä. Kehittämistyön kohdeorganisaatio on pienehkö terveyskeskus Satakunnassa. Kehittämistyön aiheen taustalta löytyy hallituksen kärkihankkeisiin kuulunut Vesote-hanke, eli vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkiallisesti -hanke, jonka tarkoituksena oli vahvistaa elintapaohjauksen hyviä käytäntöjä muun muassa kouluttamalla sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä ja kehittämällä yhteisiä toimintatapoja (UKK-instituutti 2019a; Satakuntaliitto 2019).

Keväästä 2018 lähtien hankkeen kautta koulutetut hyvinvointi- ja terveysneuvojat organisaatiossamme, kaksi fysioterapeuttia ja yksi terveydenhoitaja, ovat tarjonneet prosessinomaista, yksilöllistä elintapaohjausta kansansairauksiin sairastuneille tai sairastumisriskissä oleville ylipainoisille aikuisille. Lisäksi terveyden- ja sairaanhoitajat antavat elintapaohjausta ja terveysneuvontaa sairastuneille ja riskiryhmien asiakkaille neuvoloissa sekä hoitajan vastaanotoilla. Elintapaohjauksen käytäntöjä ja asiakkaiden saavutettavuutta organisaation sisällä on pyritty kehittämään, mutta ohjauksen käytännössä ja toimintatavoissa on vaihtelevuutta, ja asiakkaiden motivoitumisessa ja sitoutumisessa elintapamuutoksiin haastetta. Absetzin ja Hankosen (2011) mukaan monet ammattilaiset pitävät keinojaan riittämättöminä tulokselliseen motivointiin ja ohjaukseen. Organisaation sisällä on herännyt tarve selkeämmälle elintapaohjauksen toimintamallille, palvelun kehittämiselle ja käytäntöjen yhtenäistämiseksi. Säännöllisesti toteutuvaa ryhmäohjausta ei ollut organisaatiossa käytössä, joten kehittämistyötä lähestyttiin ryhmämuotoisen elintapaohjauksen näkökulmasta.

Aihe on ajankohtainen, sillä elintapaohjauksen toteutumisessa on haastetta. Elintapaohjausta ja -hoitoa ei ole perusterveydenhuollossa riittävästi priorisoitu ja resursoitu,



vaikka hyödyt sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa ovat kiistattomat. Vaikuttavan elintapaohjauksen menetelmien osaaminen ja toimivien mallien hyödyntäminen on todettu puutteelliseksi. Tiedetään, että lihavuus on monien sairauksien riskitekijä, silti lihavuuden hoitoa ei ole tarjolla edes niille, jotka sitä itse toivovat ja olisivat siihen motivoituneita. (THL 2020a.)

Tässä kehittämistyössä elintapaohjausta lähestytään lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn ja hoidon näkökulmista.

## 2.2 Lihavuus kansanterveydellisenä ongelmana

Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellisistä haasteista, ja se koskettaa kaikkia ikäluokkia (Fogelholm & Kaukua 2016, 426; Lundqvist ym. 2018, 45; Koski ym. 2015). FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan lähes kolme neljäsosaa miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista on ylipainoisia. Joka neljäs suomalainen on lihava (BMI vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>). Työikäisessä väestössä lihavuus on yleistynyt kuuden viime vuoden aikana. (Koponen ym. 2018, 189.) Maailmanlaajuisesti lihavuus on kaksinkertaistunut 30 viime vuoden aikana. Tiedetään, että lihavuus on yhteydessä moniin sairauksiin. Lihavuus lisää sairastavuutta muun muassa tyypin 2 diabetekseen, sydän ja verisuonitauteihin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä useisiin syöpätyyppeihin. Lihavien henkilöiden terveystalustusten on arvioitu olevan 25 % korkeammat kuin normaali-painoisten. (Koski ym. 2015.) Diabetes on merkittävä kansansairaus, jota sairastaa useampi kuin joka kymmenes suomalainen. Kohonnut verenpaine on Suomessa edelleen hyvin yleinen. Keskeisimpien kansantautien ehkäisyyn ja hoidon tehostamiseen tarvitaan yhä panostusta, jotta sairauksien yleisyyttä voidaan vähentää ja hoidon tavoitteet saavutetaan entistä suuremmalla osalla potilaista. (Koponen ym. 2018, 189.) Kansantaudeiksi luokitellaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelintautien sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. Kansantaudit heikentävät yksilön elämänlaatua ja työkykyä, niillä on suuri vaikutus kansantalouteen ja niiden hoito kuormittaa huomattavasti terveydenhuollon palveluja. (THL 2019.)

Perusterveydenhuollon rooli lihomisriskissä olevien henkilöiden tunnistamisessa ja lihavuuden hoidossa on keskeinen (Lundqvist ym. 2018, 45–48). Terveyttä ja hyvinvointia edistävillä toimilla vaikutetaan suoraan keskeisiin kansantautien riskitekijöihin, kuten epäterveelliseen ravitsemukseen, vähäiseen liikuntaan, tupakointiin, huonoon suunterveyteen ja riittämättömään yöuneen (THL 2019). Pitkäaikaissairauksien yleistyessä elintapojen ja omahoidon merkitys väestön terveyden edistämisessä ja potilaiden hoidossa kasvaa jatkuvasti (Absetz & Hankonen 2017).

Lihavuus on yleistä etenkin tyypin 2 diabetesta sairastavilla, joista jopa 80 % on ylipainoa. Näin ollen ylipainoisilla diabeetikoilla lihavuuden hoito on keskeinen osa diabeteksen hoitoa. Lihavuuden hoito onnistuessaan parantaa glukoositasapainoa ja muita lihavuuteen liittyviä aineenvaihdunnan häiriöitä. Lihavuuteen liittyy usein myös muita liittännäisoireita kuten nivelrikko, uniapnea ja masennus, jotka usein helpottavat laihutumisen myötä. Yksilöllisenä tavoitteena on löytää myönteisiä, omaan elämään sopivia uusia tottumuksia, jotka auttavat pysyvässä painonhallinnassa. Lähtökohtana painonhallinnan onnistumiselle voidaan pitää psyykkisten voimavarojen tukemista ja vahvistamista. Lopputuloksen kannalta on hyödyllistä keskittyä muutoksiin kilojen pudottamisen sijaan. Pysyvän laihutumisen saavuttamiseksi tarvitaan pysyviä elintapamuutoksia. Elintapahoidossa tai -ohjauksessa korostetaan potilaan yksilöllisiä tarpeita ja hänen painonhallintansa kannalta keskeisiä elintapoja. Tavoitteena tulee aina olla mahdollisimman pysyvä tulos, mikä edellyttää pitkäaikaista suunnitelmaa ja pysyviä muutoksia. Tavoitteena on löytää joustavia, painonhallintaa tukevia elintapoja, eli ensisijainen päämäärä on tottumusten muuttaminen eikä kilojen metsästäminen. (Pietiläinen & Rosengård-Bärlund 2019, 142-145.)

### 2.3 Tyypin 2 diabetes käsitteenä

Diabetes on nopeimmin yleistyviä sairauksia Suomessa ja maailmassa. Diabetesta sairastaa jo yli 500 000 suomalaista, ja sen hoitokustannusten osuus Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista on noin 15 %. (Käypä hoito -suositus 2018.) Tyypin 2 diabeteksen yleistymisen tärkeimpänä syynä taustalla on ylipainon ja lihavuuden yleistymisen väestössä (THL 2020a). Nykyään kohonneen diabetesriskin potilaat tunnistetaan varsin hyvin ja tehokkailla elintapamuutoksilla tauti on ehkäistävissä (Eriksson

2016, 444-448). Tästä huolimatta tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus on lisääntynyt aivan viime vuosiin asti (THL 2020a).

Diabetes mellitus on nimitys tilalle, johon liittyy kohonneena plasman glukoosipitoisuutena ilmenevä energia-aineenvaihdunnan häiriö. Diabetes johtuu joko insuliinin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta, tai molemmista. Siihen liittyy myös läheisesti rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen. (Niskanen & Ilanne-Parikka 2019, 10.) Diabetes on myös yhteisnimi sairausryhmälle, jonka päätyypit ovat tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes. Tyypin 2 diabetes yleistyy iän myötä, mutta sitä on todettu enenevästi jo murrosikäisillä nuorilla. Ensiarvoisen tärkeää hoidossa on korjata aineenvaihdunnalliset muutokset mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Eriksson 2016, 439; Niskanen & Ilanne-Parikka 2019, 10-11.)

Diabeteksen kokonaisvaltainen hoito edellyttää verenglukoosin hoitamisen lisäksi myös muiden aineenvaihduntahäiriöiden sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden ehkäisyä ja hoitoa. Psykososiaalinen tuki ja asiakaslähtöinen hoidonohjaus ovat keskeisiä asioita diabeetikon hoitotavoitteiden saavuttamiseksi, sillä sairaus on krooninen ja omahoito voi olla vaativaa. Hoidon keskeisiä tavoitteita ovat arjessa pärjääminen ja lisäsairauksien ehkäisy. Yksilölliset hoitoon liittyvät tavoitteet ja keinot sovitaan yhdessä. Diabeteksen hoitomuotoihin kuuluvat ruokavalio, liikunta, lääkehoito sekä omahoito ja seuranta. (Niskanen & Ilanne-Parikka 2019, 10-11.)

Tyypin 2 diabeteksen Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan tyypin 2 diabeetikko on usein ylipainoinen ja hänellä on kohonnut verenpaine tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö eli metabolinen oireyhtymä. Sairauden kehittymiseen vaikuttavat vahvasti perimä, mutta myös ympäristötekijät. Niskanen ja Ilanne-Parikka (2019, 21) tuovat esiin, että tyypin 2 diabetes voi olla aluksi pitkään oireeton tai vähäoireinen, siksi se todetaan usein varsin myöhään lisäsairauksien ilmetessä, esimerkiksi sydäninfarktin yhteydessä.

Tyypin 2 diabeteksessa perintötekijöiden merkitys on suuri, mutta ympäristötekijöihin vaikuttamalla sairastuminen voidaan jopa välttää. Tärkeimmät tyypin 2 diabeteksen riskitekijät ovat ylipaino, erityisesti vyötärölihavuus, ja liikkumattomuus. Sairaus on usein seuraus elämäntavoista, joten tehokkailla elintapamuutoksilla voidaan vaikuttaa

taudin kulkuun. Oleellista on terveellinen ruokavalio ja säännöllinen liikunta. (Eriksson 2016, 444.)

## 2.4 Diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito

Tyypin 2 diabeteksen hoito on muuttunut kokonaisvaltaiseksi valtimotautien riskitekijöiden hallinnaksi, jonka perustana on elintapaohjaus. Keskeistä diabeteksen hoidossa on painonhallinta, fyysisen arkiaktiivisuuden lisääminen ja mielellään päivittäinen liikunta sekä tarvittaessa lääkehoidot. Valtimotaudin riskitekijöiden hallinnassa hoitetaan kohonneen verenglukoosin lisäksi myös kohonnut verenpaine ja veren rasva-ainenvaihdunnan häiriöt. Hoitotavoitteisiin kuuluu lisäksi oleellisesti tupakoimattomuus ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen. (Niskanen & Ilanne-Parikka 2019, 23.)

Diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoidossa on laajalti käytössä kansainvälinen viitekehys, jota Suomessa kutsutaan terveyshyötymalliksi. Mallissa painotetaan aktiivisen, voimaantuneen potilaan ja valmentautuneen hoitotiimin tuloksellista yhteistyötä. Yhteistyön perustana ovat potilaan ymmärrys, arvot, asenteet, tiedot, taidot ja itseluottamus, jotka tukevat terveyteen liittyvää päätöksentekoa. Hoidon ja hoitoyhteistyön tavoite on terveyshyöty eli arjessa pärjääminen ja optimaalinen elämänlaatu sekä lisäsairauksien ehkäisy. Diabeteksen hoidossa ja elintapamuutosten toteuttamisessa erityisen tärkeää on potilaan oma rooli. Passiivisen hoitomyöntyvyys-käsitteen sijaan diabeteksen hoidossa käytetään hoitoon sitoutumista, joka kuitenkin enimmäkseen kuvaa ammattilaisen määräämän hoidon noudattamista. Parempi termi olisi hoitoyhteistyö, sillä hoidossa keskeistä on yhdessä sovitut tavoitteet ja keinot. Hyvässä hoitoyhteistyössä myös potilaalla on aktiivinen rooli ja vastuu, jolloin potilaan ja ammattilaisen suhde muistuttaa valmentajasuhdetta. (Ilanne-Parikka 2019, 40-41.)

Käyttäytymistieteen teorioihin ja tutkimusnäyttöön perustuvat, ryhmien ja yksilöiden tarpeisiin räätälöidyt, moniammatilliset interventiot ovat elintapaohjauksessa vaikuttavimpia (Käypä hoito -suositus 2018). Kohonneessa tyypin 2 diabetesriskissä oleviin henkilöihin kohdistettujen elintapamuutokseen tähtäävien interventioiden vaikuttavuus onkin todettu useissa tutkimuksissa. Suomalainen satunnaistettu diabeteksen ehkäisy tutkimus (Diabetes Prevention Study, DPS) osoitti ensimmäisenä maailmassa,

että sairaus on ehkäistävissä liikunta- ja ruokavaliointerventiolla. Korkean sairastumisriskin henkilöiden diabetesriskin todettiin pienenevän lähes 60 % liikunta- ja ruokavaliotottumuksia muuttamalla. Ylipainoisilla kohtuullinen painon pudotus, vähintään 5 %, ja säännöllinen liikunta siirsivät diabeteksen alkua eteenpäin tai kokonaan ehkäisivät sairauden puhkeamisen. (Tuomilehto ym. 2001.) Diabeteksen Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan onnistuneet elintapamuutokset jopa puolittavat sairastumisriskin, jos taustalla on heikentynyt glukoosinsieto tai suurentunut glukoosipitoisuuden paastoarvo.

Lihavuuden hoidossa lääkehoidon ja elintapaohjauksen yhdistäminen on johtanut merkittävästi parempiin tuloksiin verrattuna pelkkään lääkityksen aloittamiseen. Lääkkeettömiä hoitomuotoja pidetäänkin metabolisen oireyhtymän hoidon perustana. (Turku 2007, 15-16.) Diabeteksen ennaltaehkäisyyn kulmakivet ovat energiansaannin vähentäminen ja liikunnan lisääminen. Sairastumisriski tyyppin 2 diabetekseen voidaan helposti arvioida Diabetesliiton riskilomakkeen (Lindström & Tuomilehto 2001) avulla. Diabeteksen hoidon päätavoitteena, ja myös lihavuuden hoidon yleisenä tavoitteena, on ehkäistä ja hoitaa lisäsairauksia sekä parantaa elämänlaatua. (Eriksson 2016, 444-448; Pietiläinen & Rosengård-Bärlund 2019, 142.)

Lihavuuden Käypä hoito –suosituksessa (2013) todetaan, että lihavuus heikentää erityisesti fyysistä terveyttä ja toimintakykyä, mutta myös terveyteen liittyvää elämänlaatua. Psykososiaaliset tekijät, koulutustausta ja ammatillinen asema ovat yhteydessä lihavuuteen (McLaren ym. 2007). Lihavuus heikentää fyysistä, mutta myös psyykkistä ja sosiaalista elämänlaatua. Lihavuudelle ominaisia elämänlaatuongelmia esiintyy muun muassa psykososiaalisissa suhteissa, itsetunnossa, seksielämässä, ulkonäössä, energisyyden tunteessa ja työssä. Lihavuuden liitännäissairaudet, kuten syömishäiriöt, masennus ja krooniset kivut ovat yhteydessä psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun heikkenemiseen, eli heikentävät elämänlaatua entisestään. Laihduttamisella ja sen jälkeisellä pysyvällä painonhallinnalla elämänlaatu voi korjaantua merkittävästi. Jo noin 5-10 % laihtuminen kohentaa elämänlaatua. Elämänlaadun parantuminen voi motiivoida pysyvään painonhallintaan. (Kaukua 2006, 1215-1222.)

#### 2.4.1 Ravitseminen osana painonhallintaa

Tyypin 2 diabeetikon ruokavaliosuositukset eivät juuri poikkea yleisistä suomalaisista ruokavaliosuosituksista, ja diabeetikolle suositellaankin samanlaista, monipuolista ja terveyttä edistävää ruokavaliota kuin muullekin väestölle (Eriksson 2016, 444-448; Schwab & Antikainen 2019, 124). Ruokavalion voi koostaa monin eri tavoin, mutta suuntaviivoina on hyvä käyttää ruokakolmiota, josta voi hahmottaa ruoka-aineiden suositeltavaa määrää. Ruokavalion olennaisia osia ovat kasvikset, marjat ja hedelmät, täysjyväviljat, pehmeät rasvat sekä rasvattomat tai vähärasvaiset maitotuotteet. Lisäksi terveyttä edistävään ruokavalioon tulisi kuulua päivittäin kalaa, siipikarjaa tai lihaa, vaikkakin kasvipainotteisesti syövä voi korvata ne esimerkiksi palkokasveilla ja soija-tuotteilla. Säännöllinen ateriarytmi auttaa muun muassa vireystilan ylläpitämisessä, annoskokojen hallitsemisessa, verengluukoosin pitämisessä tasaisena ja tukee painonhallintaa. (Schwab & Antikainen 2019, 124.)

Painonhallinnassa ruokahalun säätely on monille potilaille keskeisin ongelma, sillä ruokahalu on virittynyt liian korkealle. Liian tiukkoja rajoituksia ja ajattelua sallituista tai kielletyistä ruuista on syytä välttää. Keinoja syömistottumusten muuttamiseen ovat esimerkiksi: tietoinen syöminen, säännöllinen ateriarytmi, maltilliset annoskoot ja huomion kiinnittäminen ravintoaineiden saantiin esimerkiksi rasvaisia ruokia vähentämällä ja lautasmallia noudattamalla. (Pietiläinen & Rosengård-Bärlund 2019, 146.)

Mikäli pelkkä elintapahoito ei tuo riittävästi tuloksia, voi erittäin niukkaenerginen ruokavalio eli ENE-dieetti olla tehokas tapa laihduttaa. Elintapamuutosten tukena voidaan kokeilla myös lääkehoitoa ja yhtenä lihavuuden hoitovaihtoehtona on lihavuusleikkaus. (Pietiläinen & Rosengård-Bärlund 2019, 142, 152-153.)

#### 2.4.2 Liikunta painonhallinnan tukena

Lihavuus ja elintapasairaudet sekä niiden aiheuttamat kustannukset lisääntyvät samaa tahtia liikkumattomuuden kanssa. Vaikka liikunnan terveysvaikutukset ovat kiistatottomat, silti liikkumattomuus väestössä lisääntyy. Liikkumattomuus on WHO:n mukaan

jo neljänneksi suurin itsenäinen kuoleman riskitekijä. Vain puolet suomalaisista liikkuu suositusten mukaisesti. (Helajärvi ym. 2015.)

Tutkitusti lihavuus ja liikunta ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa (Fogelholm & Kaukua 2016, 423). Liikunnalla on merkitystä lukuisten sairauksien ja oireiden ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Säännöllisesti liikkuvilla ihmisillä on osoitettu olevan pienempi sairastumisriski yli 20 sairauteen tai niiden esiasteeseen verrattuna fyysisesti passiivisiin ihmisiin. (Vuori 2011, 12.) Liikkumisen tärkeyttä painonhallinnan kaikissa vaiheissa, niin aineenvaihdunnallisesti kuin psyykkisestikin tarkasteltuna, ei voida kiistää. Pysyvämmät painomuutokset saavutetaan, kun ruokavaliomuutosten ohella lisätään fyysistä aktiivisuutta. Oikein annostellulla liikunnalla on energisoiva ja voimaannuttava vaikutus. Liikkuva ihminen jaksaa paremmin noudattaa tavoitteitaan myös ruokavalion suhteen. (Heinonen & Niskanen 2019, 149.) Säännöllisen liikunnan tulee kuulua pitkäaikaissairauksien, kuten valtimotautien, lihavuuden, diabeteksen, rappeuttavien tuki- ja liikuntaelinsairauksien, ahtauttavien keuhkosairauksien, muistisairauksien, depression ja useiden syöpäsairauksien, ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen, tarvittaessa yhdistettynä muihin elintapamuutoksiin ja hoitoihin. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Liikunnalla on suuri merkitys tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Liikunta ja liikkuminen edistää painonhallintaa, mikä parantaa huomattavasti sokeriaineenvaihduntaa. Tämän lisäksi liikunta lisää solujen insuliiniherkkyyttä, mikä alentaa verensokeria ilman laihtumistakin. (Mustajoki 2018.) Säännöllistä liikuntaa voidaan pitää diabeteksen optimaalisena hoitomuotona, sillä liikunnan aiheuttamat aineenvaihdunnalliset muutokset korjaavat suurelta osin diabetekseen liittyvät poikkeavuudet. Liikunnalla on sekä lyhyt- että pitkäaikaisia vaikutuksia diabeetikon aineenvaihduntaan, joten liikunnan toteuttaminen tulisi olla säännöllistä, jotta siitä olisi hyötyä. (Eriksson 2016, 444-446.)

Painonhallinnan tueksi suositellaan sekä kestävyys- että voimaharjoittelua, aikuisten liikkumisen suosituksen mukaisesti. Suositeltava määrä kestävyysharjoittelua on 2 tuntia 30 minuuttia reippaalla tai 1 tunti 15 minuuttia rasittavalla tasolla viikossa. Käytännössä tarkoittaen esimerkiksi 30 minuutin reipasta kävelylenkkiä viitenä päivänä

viikossa. Lisäksi suositellaan lihaskuntaa ja liikehallintaa harjoittavaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. (Pietiläinen & Rosengård-Bärlund 2019, 148-149; UKK-instituutti 2019b.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimuksissa on todettu, että tämä liikuntamäärä vähentää diabeteksen ilmaantumista noin 60 % myös korkean riskin henkilöillä. Liikunnan ei tarvitse olla yhtäjaksoista, vaan sen voi kerätä esimerkiksi 10 minuutin jaksoissa. Parhaat tulokset diabeteksen hoidossa liikunnalla saadaan yhdistämällä voimaharjoittelua kestävyysliikuntaan. Tällaisen liikuntamuodon on todettu vaikuttavan edullisesti sokeritasapainoon, hapenotto- ja keuhon koostumukseen. Kuitenkin jo kohtalaisesti kuormittava liikunta, kuten hyöty- ja työmatkaliikunta, voi ehkäistä tyypin 2 diabetesta. (Eriksson 2016, 444–446.)

Heinosen ja Niskasénin (2019, 150-151) mukaan olennaista painonhallinnassa on vähentää liikkumattomuusaikaa ja etenkin istumista, ja lisätä liikettä päivittäisiin toimiin. Uudistuneen aikuisten liikkumisen suosituksen mukaan kevyttä liikuskelua tulisi tehdä mahdollisimman usein. Tutkimusnäyttö osoittaa, että kevyemmälläkin liikkumisella ja paikallaanolon vähentämisellä on terveyshyötyjä etenkin vähemmän liikkuneille. Liikkumisen suosituksen mukaan taukoja paikallaanoloon tulisi ottaa aina kuin voi, lisäksi suosituksessa on huomioitu palauttavan unen merkitys. Riittäväällä unella ja liikkumisella on yhdessä merkittäviä terveysvaikutuksia, ja unen vaikutus palautumisessa on suuri. (UKK-instituutti 2019b.)

## 2.5 Elintapaohjaus ja elintapamuutosten toteuttaminen

Elintapaohjaus on menetelmä, jota käytetään yleisesti käyttäytymisinterventiona tai sen osana tutkimuksissa ja terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työssä (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208). Elintapaohjauksella voidaan tutkitusti vähentää ylipainoa ja lihavuutta sekä niihin liittyviä sairauksien riskitekijöitä. Elintapaohjaus tulisi kohdentaa erityisesti niihin, joilla on lihavuuden liitännäissairauksia tai kohonnut sairastumisriski kuten tyypin 2 diabetes tai sen esiaste, kohonnut verenpaine, dyslipidemia tai sepelvaltimotauti. (Käypä hoito -suositus 2013; Pietiläinen 2016.)



Terveydenhuollossa toteutuvaa elintapaohjausta suositellaan ensisijaisesti toteutettavan ryhmässä, sillä se on kustannustehokkaampaa ja ryhmähoito sopii lähes kaikille. Yksilö- ja ryhmäohjaus ovat tutkimusten mukaan yhtä tehokkaita. (Käypä hoito -suositus 2013; Pietiläinen & Mustajoki 2014; Pietiläinen 2016.)

Painonhallintaan liittyy aina keskeisenä osana ohjaus käyttäytymisen muutoksiin. Käyttäytymisen muutoksiin tähtäävän ohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä, asiakkaan voimavaroja hyödyntävää ja vahvistavaa (mm. Turku 2007) sekä teoreettisesti perusteltua. Elintapaohjauksessa pyritään henkilökohtaiseen, käytännönläheiseen ja realistiseen suunnitelmaan. Käyttäytymismuutosten toteuttaminen on prosessi, jossa sekä ajatukset että teot muuttuvat kokemusten kautta. Ohjauksessa tulee mahdollistaa palautteen saaminen ja kertyneiden kokemusten käsittely, mikä edellyttää useita ohjauskertoja. Tavoitteena on tehdä käyttäytymisestä ja siihen vaikuttavista ajattelutavoista ja tunteista mahdollisimman tietoisia ja luoda mahdollisuus niiden muuttumiseen. Psykologiset muutokset taas edistävät käyttäytymisen muuttumista painonhallintaa tukevaan suuntaan. Ohjaus voidaan toteuttaa ryhmä- tai yksilömuotoisena. Ryhmäohjauksen myönteisinä puolina nähdään vertaistuen, kokemusten vaihtamisen ja toisilta oppimisen mahdollistuminen. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Lihavuuden ensisijainen hoito on elintapojen asteittainen ja pysyvä muuttaminen (Pietiläinen 2016). Suositellaan usealla tapaamiskerralla toteutuvaa elintapaohjausta, joka sisältää ajatuksiin, asenteisiin, ravitsemukseen ja liikuntaan painottuvaa ohjausta. Hoidon tavoitteena on elintapamuutoksin saavutettu vähintään 5 % painon aleneminen ja saavutetun painon ylläpito. Ohjauksessa tulee myös kiinnittää huomiota lihavuuden liitännäissairauksien ja niiden riskitekijöiden hoitoon, terveellisten elintapojen omaksumiseen sekä toimintakyvyn ja kunnan ylläpitoon. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Elintapamuutosten toteuttaminen tietoisesti perustuu harkintaan, on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Muutos voi toteutua, kun henkilö on valmis ja kykenevä muutokseen. Valmius ja kyky muodostuvat ohjauksessa, eivätkä ole ohjauksen edellytys. Elintapaohjaus ja -interventiot perustuvat usein erilaisille teorioille ja malleille. Ohjaamiseen on kehitetty useita vakiintuneita menetelmiä, esimerkiksi motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen menetelmä. (Käypä hoito -suositus 2013.) Muita hyviä ohjausmenetelmiä ovat potilaan ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan sekä potilasta

koskevien testitulosten käyttö ja tarkastelu. Elintapamuutoksen tukemiseen kannattaa liittää konkreettisten tavoitteiden asettelua tai muita tavoitteellisen toiminnan mallin elementtejä. Ohjauksen seuranta ja palautteen anto on tärkeä osa muutoksen tukemisessa. (Absetz & Hankonen 2011, 2271.)

Liikuntaneuvonta nähdään terveydenhuollossa osana elintapaohjausta ja terveysneuvontaa (Tuunanen, Puurunen, Malvela & Kivimäki 2016, 12-13). Liikuntaneuvonta tarkoittaa asiakkaan ja terveydenhuollon tai liikunta-alan ammattilaisen välistä vuorovaikutuksellista ja prosessinomaista toimintaa, jonka yleisenä tavoitteena on edistää riittämättömästi liikkuvien liikuntaa. (Toropainen, Aittasalo, Kukkonen-Harjula, Rinne & Vasankari 2013, 3.) Liikuntaneuvonta tai elintapaohjaus on aina määritelty prosessi, joka sisältää tavoitteita ja seurantaa (Tuunanen ym. 2016, 12-13). Hyvälaatuinen neuvonta on ammattilaisen ja asiakkaan keskinäistä neuvottelua, jossa säilyy tasapuolinen vuorovaikutus, asiakkaan kuuleminen ja aktiivinen osallistuminen, vähitäinen eteneminen sekä keskittyminen ongelmanratkaisuun (Nupponen & Suni 2011, 212-213.)

Tässä kehittämistyössä käytetään jatkossa käsitettä elintapaohjaus synonyyminä elämäntapaohjaukselle, johon katsotaan sisältyvän liikuntaneuvonta, ravitsemusneuvonta, uneen ja muihin elintapoihin liittyvä neuvonta sekä käyttäytymisenmuutokseen liittyvä ohjaus.

### 3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoituksena oli toteuttaa ryhmämuotoinen elintapaohjausinterventio tyyppin 2 diabetesta sairastaville tai sairastumisriskissä oleville aikuisille. Tarkoituksena oli selvittää ja arvioida elintapaohjausryhmään osallistuneiden elintapamuutoksia, niihin vaikuttaneita tekijöitä sekä selvittää kokemuksia ryhmäohjauksesta. Osallistujien kokemusten, ammattilaisten arvioinnin ja näyttöön perustuvan tiedon avulla on tavoitteena luoda elintapamuutoksiin valmentava ja motivoiva elintapaohjausmalli.

Kehittämistehtävinä on:

1. Selvittää minkälaiset elintapainterventiot ovat vaikuttavia ja minkälaisia vaikutuksia ryhmämuotoisella elintapaohjauksella on mahdollista saavuttaa.
2. Selvittää osallistujien ryhmäohjauksen kokemuksia, heidän toteuttamiaan elintapamuutoksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä.
3. Kehittää tulosten perusteella valmentava ja motivoiva elintapaohjausmalli.

Tavoitteina on elintapaohjausmallin avulla yhtenäistää terveydenhuollon ammattilaisten toimintatapoja sekä tarjota asiakkaille heidän tarpeitaan vastaavaa ja elintapamuutoksia edistävää ohjausta.

Tulevaisuuden tavoitteena on, että hyvien elintapaohjauksen käytäntöjen juurtuminen vähentäisi lihavuudesta ja elintavoista aiheutuvia haittoja sekä hillitsisi jatkossa pitkäaikaissairauksien kasvua ja sitä kautta kustannuksia.

## 4 VAIKUTTAVA ELINTAPAOHJAUS

### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus elintapainterventioista

Kehittämistyön teoreettista viitekehystä lähdettiin rakentamaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tarkastella tyypin 2 diabeetikoiden tai sairastumisriskissä olevien ylipainoisten henkilöiden ryhmämuotoisia elintapainterventioita. Tarkoitus oli kuvata ja selvittää ryhmäohjauksen keskeisiä tekijöitä, interventioissa käytettyjä sisältöjä ja menetelmiä sekä interventioiden saavutettuja vaikutuksia. Kirjallisuuskatsauksen oli tarkoitus vastata ensimmäiseen kehittämistehtävään, auttaa teoreettisen viitekehysten rakentamisessa sekä luoda pohja ryhmäohjauksen ja ohjausmallin suunnittelulle.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on nimensä mukaisesti kertoa tai kuvata aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 8-9). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on paljon käytetty tutkimusmenetelmä hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa. Se perustuu tutkimuskysymykseen ja tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan, laadullisen vastauksen. Kuvaileva katsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen pyrkivää ilmiön kuvausta. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on kritisoitu tutkimusmenetelmänä sen subjektiivisuuden ja sattumanvaraisuuden vuoksi, mutta toisaalta sen vahvuutena voidaan pitää argumentoituutta ja mahdollisuutta ohjata tarkastelua tiettyihin erityiskysymyksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.) Suhosen ym. (2015, 9) mukaan katsauksen heikkouteen saattaa vaikuttaa se, ettei se ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen tai valikoitumiseen. Vaikka kuvailevissa katsauksissa käytetäänkin tutkimusten laadun arviointia, niin harvoin se johtaa esimerkiksi tutkimusten hylkäämiseen katsauksesta.

#### *Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten määrittäminen*

Kuvailevan katsaustyyppin kysymyksenasettelu on yleensä laaja, mutta voi laajuudeltaan vaihdella, ja voi sisältää erilaisia rajoituksia (Suhonen ym. 2015, 9).

Tutkimuskysymyksen avulla muodostettiin PICOS, joka toimii apuna myös tutkimusten kelpoisuusvaatimusten määrittelyssä (Taulukko 1). Tutkimuksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit kohdistuvat tutkittavan aiheen kohderyhmään (P), tutkittavaan interventioon tai toimintoon (I), verrokkiin (C), tutkittavan aiheen tuloksiin (O) ja tutkimusasetelmaan (S) (Valkeapää 2015, 59-61).

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Mitä interventiot ovat sisältäneet ja mitä menetelmiä niissä on käytetty?
- 2) Minkälaisia vaikutuksia elintapain interventioissa on saavutettu?

Tutkimusasetelmaa (S, study design) ei haluttu tässä katsauksessa määrittellä, ettei se kavenna liiaksi katsauksen tulosta ja vastaisi mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin. Vaikkakin satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (RCT) aiheesta löytyi hyvin. Valkeapään (2015, 61-62) mukaan tutkimuskysymys voi olla luonteeltaan sellainen, että erityyppisiä tutkimusasetelmia on hyvä sisällyttää katsaukseen.

Taulukko 1. PICO:n käyttö, tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit

| Tarkastelun kohde                      | Mukaanottokriteerit  | Poissulkukriteerit  |
|--|--|---|
| P<br>=Kohderyhmä<br>(population)       | Ylipainoiset tai lihavat aikuiset, joilla on kohonnut sairastumisriski tyypin 2 diabetekseen tai todettu diabetes tai muu valtimotauti.  | Muut sairaudet, raskausdiabetes tai 1 tyypin diabetes, normaali- ja alipainoiset tai sairaalloisesti lihavat, syömishäiriöt, lapset/nuoret ja ikääntyneet.                                      |
| I = Interventio (intervention)         | Ryhmämuotoinen elintapaohjaus, jolla pyritään vaikuttamaan ylipainoon ja elintapamuutoksiin.   | Muut kuin ryhmämuotoiset interventiot. Muut kuin elintapoihin, ruokavalioon ja liikuntaan (esim. Tupakka, alkoholi) liittyvät interventiot tai pelkästään internet/web-pohjaiset ryhmäohjaukset |
| C = Vertailu-interventio (comparators) | Jokin muu kuin ryhmämuotoinen ohjaus esim. Yksilöohjaus, ei ohjausta tai omatoiminen elintapamuutos  | -   |
| O = Tulokset, mittarit (outcomes)      | Elintapamuutosten saavuttaminen (kuten painon väheneminen, myönteiset ruokavalio- ja liikunnalliset muutokset, liikunnan lisääntyminen, laboratoriotulosten ja elämänlaadun paraneminen), muutokseen sitoutuminen ja motivaatio. | Tulokset, jotka eivät liity elintapoihin tai elintapamuutosten edistämiseen ja tukemiseen   |

### *Aineiston haku ja valinta*

Aineiston haku aloitettiin ensin kartoittamalla sopivia hakusanoja ja hakukoneita. Hakutulosten perusteella päädyttiin käyttämään Medic ja Pubmed -tietokantoja. Tiedonhaun alkuvaiheessa käytettiin apuna Satakunnan ammattikorkeakoulun informaatiikka hakusanojen tarkentamiseksi ja tulosten rajaamiseksi. Hakusanat johdettiin käsitteistä lihavuus, ylipaino, tyypin 2 diabetes, painonhallinta, laihdutus, elintavat, ryhmäohjaus, liikunta, ehkäisy sekä vastaavista englannin kielen sanoista.

Tiedonhaku rajattiin tutkimuskysymyksen perusteella koskemaan aikuisia ylipainoisia potilaita, joilla on riski sairastua tyypin 2 diabetekseen tai sydän- ja verisuonitauteihin. Tutkimusten julkaisu vuosi rajattiin vuosille 2009-2019 ja tutkimuskieleksi va-

littiin suomi tai englanti. Tiedonhaku kohdennettiin tieteellisiin artikkeleihin ja tutkimuksiin. Tutkimuksen koko tekstin on oltava saatavilla Satakunnan ammattikorkeakoulun kirjaston tietokantojen kautta. Kaikki viitteet tarkasteltiin otsikkotasolla mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Kotimaisesta terveystieteellisestä viitetietokanta Medicistä ja kansainvälisestä lääketieteellisestä kokoteksti- ja viitetietokanta Pubmedistä toteutettiin aineiston hakua erilaisilla hakusanojen yhdistelmillä. Lopulliset hakusanat ja -tulokset kuvataan taulukossa 2.

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt hakusanat ja -tulokset

| Tietokanta | Hakusanat  | Hakutulokset |
|------------|--|--------------|
| Medic      | A: lihav* ylipain* obes* overweight* AND painonhall* laihdut* elinta* elämänta* "weight loss" AND ryhmä* group     | 19           |
|            | B: lihav* ylipain* obes* overweight* AND liikun* AND elinta* elämänta* AND ryhmä* group AND ohj*                   | 46           |
|            | C: ehkäis* preventio* AND "tyypin 2 diabetes" AND ryhmä* ohj*  | 19           |
|            | Yhteensä viitteitä (Medic)   | =84          |
| PubMed     | A: "type 2 diabetes prevention" OR "group counseling" OR "group session" OR "counseling classes" AND "weight loss" | 31           |
|            | B: diabetes OR "cardiovascular diseases" AND prevention AND group-based AND lifestyle                              | 45           |
|            | Yhteensä viitteitä (PubMed)  | =76          |

Viitetietokanta Medicistä löytyi taulukon 2 hakusanojen yhdistelmillä yhteensä 84 viitettä, jotka tarkasteltiin otsikkotasolla. Otsikoiden perusteella valittiin 18 viitettä, joista luettiin tiivistelmät. Tämän jälkeen tarkasteltiin kokonaisuudessaan 6 tutkimusta, joista kaksi valittiin kirjallisuuskatsaukseen.

Kokoteksti- ja viitetietokanta Pubmedistä hakulausekkeilla löytyi 76 viitettä, joista otsikoiden tarkastelun jälkeen luettiin 20 tiivistelmää. Pällekkäisyyksien poiston jälkeen valittiin tutkimuskysymystä ajatellen sopivimmat, jolloin tutkimuksen koko teksti luettiin 12 tutkimuksesta. Koko tekstin perusteella katsaukseen valikoitui mukaan 7 tutkimusta.

Tutkimusten lähdeluetteloista haettiin aineistoa lisäksi manuaalisesti tarkoituksenmukaisuuden periaatteella. Manuaalisella haulla valittiin yksi tutkimus mukaan katsaukseen. Tutkimusten vaiheittain valintaprosessi on kuvattu kuviossa 1 (LIITE 1).

#### *Aineiston esittely ja luotettavuuden arviointi*

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui yhteensä kymmenen tutkimusta, joista kaksi oli systemaattista katsausartikkelia. Tutkimuksista kolme oli Suomesta (Alahuhta 2010; Saaristo ym. 2010; Ylimäki 2015), kaksi Iso-Britanniasta (Gilison ym. 2015; Yates ym. 2017), yksi Puolasta (Gilis-Januszewska ym. 2018), kaksi Australiasta (Critchley, Hardie & Moore 2012; Dunbar ym. 2015) sekä katsausartikkelit Norjasta (Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise & Fretheim 2012) ja Australiasta (Odgers-Jewell ym. 2017).

Kirjallisuuskatsauksen valintaprosessissa tehtiin rajausta valitsemalla mukaan tutkimukset, jotka parhaiten vastasivat tutkimuskysymyksiin ja antoivat monipuolisen kuvan käsiteltävästä aiheesta. Systemaattiset katsausartikkelit valittiin mukaan, koska niiden näyttöön perustuvuus on vahva ja ne vastaavat hyvin tutkimuskysymykseen. Valittu aineisto laadunarviointipisteineen on esitetty taulukossa 3 (LIITE 2). Tutkimusten laatua arvioitiin CASP-menetelmällä. Katsaukseen valikoituneiden tutkimusten laatu oli hyvä, sillä kuusi tutkimusta sai täydet 20 pistettä ja neljä tutkimusta 19 pistettä.

Tutkimuksista yhdeksän oli määrällisiä. Alahuhdan (2010) väitöskirja oli laadullinen tutkimus. Jokaisessa tutkimuksessa aineiston keruun mittarina toimi paino, lähes kaikissa tarkkailtiin myös vyötärön ympäryksen, verenpaineen ja laboratoriotulosten muutoksia. Kohderyhmien koko vaihteli 53-2798 osallistujan välillä. Systemaattisissa katsauksissa oli yhteensä 2833 (Steinsbekk ym. 2012) ja 8533 (Odgers-Jewell ym. 2017) tutkittavaa henkilöä.

#### *Aineiston analyysi*

Aineiston analysointivaiheessa kaikista tutkimuksista kerättiin liitetaulukkoon tietoja liittyen julkaisuun, tutkimuksen tarkoitukseen, kohderyhmään, interventioon, aineiston keruuseen ja keskeisiin tuloksiin (LIITE 2). Tutkimukset luettiin useita ker-

toja läpi sekä tehtiin tutkimuskysymyksiin liittyviä merkintöjä ja muistiinpanoja. Aineiston käsittelyn menetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tuloksia hyödynnettiin ryhmäohjauksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa sekä elintapaohjausmallin laatimisessa.

## 4.2 Elintapainterventioiden sisällöt, menetelmät ja vaikutukset

### 4.2.1 Ryhmäohjauksien sisältöjen ja menetelmien tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen tuloksina tarkasteltiin mitä interventiot pitivät sisällään, eli minkälaisia menetelmiä, lähestymistapoja tai teorioita ryhmäohjauksissa oli käytetty, minkälainen oli intervention aikataulu ja ryhmäkoko ja mitä asioita ohjauksessa painotettiin.

Gilis-Januszewska ym. (2018) tutkimuksen interventio pohjautui tehostettuun käyttäytymisen muutokseen. Ohjauksessa keskityttiin painon pudottamiseen, rasvan saannin vähentämiseen ja laadun parantamiseen, kuidun lisäämiseen ja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Ryhmän ohjaajina toimi kaksi diabetekseen erikoistunutta sairaanhoitajaa. Neljän kuukauden aikana toteutettiin 10 ryhmäohjausta. Tapaamisten jälkeen 10 kk asti osallistujille järjestettiin motivoivia puhelinkontakteja.

Iso-Britannialaisessa (Gillison ym. 2015) RCT-tutkimuksessa ryhmäohjauksen tekniikkana oli potilaskeskeinen ohjaus. Interventiossa toteutettiin 9 kertaa kahden tunnin ryhmäohjaussessiot. Neljä ensimmäistä tapaamista järjestettiin viikoittain, viides ja kuudes kerta toteutui joka toinen viikko. Sessiot 7.-9. toteutettiin neljän, kuuden ja kahdeksan kuukauden kohdalla aloituksesta. Osallistujia ryhmässä oli 8-12 henkilöä. Ohjaajina elämäntapavalmentaja-työpari. Sosiaalinen tuki on tutkimuksissa koettu tärkeäksi painonhallinnassa, joten ryhmäläinen sai ottaa mukaansa läheisen. Ohjaus sisälsi kognitiivisen käyttäytymisterapian tekniikoita. Sessioden pääfokus oli vahvistaa osallistujien ymmärrystä terveellisestä elämäntavasta, rohkaista heitä käyttämään jatkossa itsesäätelyn keinoja (tavoitteen asettaminen, käyttäytymisen ja painon tarkkailu,



ongelmanratkaisu, suunnittelu), sekä auttaa ymmärtämään paremmin käyttäytymisen muutoksen prosesseja pitkällä tähtäimellä. Ryhmässä oli käytössä työkirja sekä kotitehtäviä sessioiden välissä. (Gillison ym. 2015.)

Yatesin ym. (2017) RCT-tutkimuksen interventio kesti yhteensä kolme vuotta. Strukturoituun, opetukselliseen 'Walking away from T2D' ohjelmaan kuului ensin 3 tunnin kestoinen ryhmäohjaus painottaen fyysistä aktiivisuutta ja terveellisiä elämäntapoja. Vuosittaiset (12, 24 ja 36 kk) ryhmätapaamiset ja workshopit. Lisäksi ohjelmaan kuului puolivuositteiset puhelinkontrollit tapaamisten välillä. Ohjauksen painotus oli liikunnassa ja tarkoitus oli lisätä kävelyaktiiviteettia. Intervention ohjelma perustui erilaisiin käyttäytymisen muutoksen tekniikoihin, kuten tavoitteen asettelu, itesääätelytaitojen opettelu ja itsetarkkailu. Ryhmän vetäjinä oli kaksi koulutettua ohjaajaa, ja tapaamisissa oli 6-10 ryhmäläistä. Osallistujien tavoitteet liittyivät askelmäärään ja tavoitetta seurattiin askelmittarin avulla.

Australialaiset (Dunbar ym. 2015; Critchley, Hardie & Mooren 2012) tutkimukset olivat molemmat satunnaistettuja, kontrolloituja tutkimuksia. Dunbarin ym. (2015) interventio kesti 12 kuukautta ja Critchleyn ym. (2012) 6 kuukautta. Dunbarin ym. interventiossa osallistujat saivat ensin yksilöohjausta (30-45 min.), jonka jälkeen viisi 90 minuutin ryhmäohjausta, joista neljä toteutettiin viikon välein ja viimeinen kerta 8 kk kuluttua aloituksesta. Ohjauksen perustana oli Health Action -malli, jossa asetettiin ruokavalio- ja liikuntatavoitteet, sekä pyrittiin 5% painonpudotukseen. Ohjauksessa käytettiin ratkaisukeskeistä ja tavoitelähtöistä lähestymistapaa. Panostettiin palautteen antoon ja vahvistettiin ryhmän sosiaalisen tuen roolia. Ryhmässä oli 8-15 osallistujaa. Ohjaajina ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja tai psykologi.

Critchleyn ym. (2012) interventio sisälsi kuusi ryhmämuotoista 2,5 tunnin sessiota, joista neljä ensimmäistä toteutettiin viikon välein ja seuraavat 3kk ja 6 kk kohdalla. Ohjauksen lähestymistapa oli psykososiaalinen ja opetuksellinen. Tarkoitus oli tarjota motivoivaa tukea ja tietoutta diabeteksestä, ruokavaliosta, liikunnasta ja käyttäytymisen muutoksesta. Osallistujia rohkaistiin sosiaalisen tuen hyödyntämiseen ryhmässä ja sen ulkopuolella.

Alahuhdan (2010) tutkimuksessa interventiona oli ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus joko lähi- tai etäryhmässä. Ryhmissä oli osallistujia viidestä yhdeksään. Ohjauksen rakenteena oli neljä 90 minuutin ohjaukset kahden viikon välein, ja viides kerta noin 6 kuukauden kuluttua. Elintapojen muutosta arvioitiin transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan.

Ylimäen (2015) tutkimuksen ryhmäohjauksen perustana oli konstruktivinen oppimiskäsitys. Intervention suunnitelma ja tavoitteet pohjautuivat salutogeeniseen lähestymistapaan. Ohjausintervention tavoitteena oli yksilölähtöisen elintapamuutoksen tukeminen ja motivointi. Ryhmätapaamisten mallina oli Sydänliiton Tulppa-kuntoutusmalli. Ryhmäohjaus sisälsi 10 tapaamiskertaa, jotka sijoituivat 2–3 kuukauden ajalle. Tapaamiskerrat olivat kerran viikossa, ja yhden tapaamisen kesto oli 60–90 minuuttia. Ohjaajina toimivat koulutettu terveydenhuoltohenkilöstö. Kotitehtävät olivat oleellinen osa tapaamisia.

Saariston ym. (2010) tutkimuksen tarkoituksena oli toteuttaa diabeteksen ehkäisyohjelmaa perusterveydenhuollossa. Viiden sairaanhoitopiiriä toteutti vuosina 2003–2008 uusia toimintatapoja, ja järjestettiin sekä yksilö- että ryhmäohjausta. Ohjauksen teemoina paino, ateriarytmi, rasvan määrä ja laatu, suolan käyttö, kuidun saanti, alkoholin käyttö, liikunta tai tupakointi, riippuen osallistujien toiveista. Ryhmätapaamiset vaihtelivat painonhallintaryhmistä liikuntaryhmiin ja elämäntapaluontoihin. Tapaamisten kesto ja rakenne vaihtelivat paikallisista tekijöistä ja resursseista riippuen.

Kahdessa systemaattisessa katsauksessa ryhmämuotoisen elintapaohjauksen sisällöt ja menetelmät vaihtelivat. Norjalaisen Steinsbekkin ym. (2012) meta-analyysissä oli mukana 21 tutkimusta ja Australialaisen Odgers-Jewellin ym. (2017) meta-analyysissä 47 tutkimusta. Norjalaisen tutkimuksen (Steinsbekk ym. 2012) interventioiden seuranta-mittaukset vaihtelivat 8 kuukaudesta kahteen vuoteen. Ryhmäohjauksia toteutettiin vähimmillään 4 viikon ajan, ja pisimmillään 10 kuukauden ajan. Odgers-Jewellin (2017) katsauksen interventiot vaihtelivat yhdestä kuukaudesta 60 kuukauteen. Ohjaukseen käytetyt tunnit vaihtelivat 8–31 tunnin välillä (Odgers-Jewell 2017) sekä 3–52 tunnin välillä (Steinsbekk 2012). Molempien katsausartikkelien tutkimusten interventioiden ryhmäohjaajina työskenteli eri terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joko työparina,

yksin tai moniammatillisessa tiimissä. Odgers-Jewellin ym. (2017) tutkimuksessa ilmoitettiin mukana olleen myös vertaisohjaajia.

Steinsbekkin ym. (2012) kymmenessä tutkimuksessa ilmoitettiin käytettävän jotakin tiettyä teoreettista mallia tai niiden yhdistelmää kuten sosiaalis-kognitiivinen teoria, voimavaralähtöisyys, systemaattinen kasvatuksellinen lähestymistapa ja suunnitellun käyttäytymisen teorit sekä pystyvyyden tunteen ja itsehallinnan teorit. Australialaisessa katsauksessa 24:ssä interventiossa käytettiin jotakin teoreettista mallia. Interventoryhmien osallistujamäärät vaihtelivat neljästä kahteenkymmeneen (Odgers-Jewell ym. 2017). Steinsbekkin (2012) pienimmässä ryhmässä oli 5-8 osallistujaa, kun taas suurimmassa 40 osallistujaa.

On olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä (Käypä hoito -suositus 2013) siitä, että teoriapohjaisiin käyttäytymisenmuutostekniikoihin perustuvat interventiot vaikuttavat edullisesti liikuntaan ja terveelliseen syömiseen. Tehokkaita ovat erityisesti interventiot, joissa oman toiminnan tarkkailu yhdistetään johonkin toiseen teoriapohjaiseen käyttäytymismuutostekniikkaan. Absetzin ja Hankosen (2017) katsausartikkelin mukaan käyttäytymisen omaseurantaa ja muita itsesäätelytekniikoita opettavat elintapainterventiot on todettu vaikuttavimmiksi kuin muut.

Steinsbekkin ym. (2012) katsauksen useammassa tutkimuksessa kerrottiin käytettävän sosiaalis-kognitiivista teoriaa, mikä pohjautuu siihen, että oppiminen ja ajattelu on sosiaalista toimintaa. Absetzin & Hankosen (2011, 2268) mukaan sosiaaliset mallit sekä yleinen ja tilanteeseen sidonnainen pystyvyyden tunne vaikuttavat toimintaan.

Tavoitteellisen toiminnan mallin mukaisia tekniikoita, kuten oman käyttäytymisen seuraamista, suunnittelua ja tavoitteiden asettamista ilmoitettiin käytettävän selkeästi ainakin kolmessa tutkimuksessa (Gilis-Januszewska 2018; Yates 2017; Dunbar ym. 2015). Tavoitteellisen toiminnan malli pohjautuu väittämään, että ihmisen toiminta perustuu itsesäätelymekanismin käyttöön (Absetz & Hankonen 2011).

Muutosvaihemallia käytettiin Alahuhdan (2010) tutkimuksessa elintapamuutosvaiheen arvioimiseksi. Muutosvaihemallin mukaan muutos tapahtuu eri vaiheiden kautta:

esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta-, ylläpito-, päätös- ja repsahdusvaihe. Vaiheesta toiseen siirrytään erilaisten kognitiivisten ja käyttäytymisprosessien kautta. Kussakin prosessissa tarvitaan erilaisia toimenpiteitä kuten pystyvyyden tunteen lisäämistä tai hyötyjen ja haittojen punnitsemista. (Absetz & Hankonen 2011.) Kuviossa 2 on esitetty tutkimusten interventioissa esiintyneet teoriat, lähestymistavat ja käytetyt menetelmät.



Kuvio 2. Elintapainterventioissa esiintyneet teoriat, lähestymistavat ja menetelmät

#### 4.2.2 Interventioissa saavutetut vaikutukset

##### *Fyysiset osatekijät*

Kaikissa tutkimuksissa yhteisinä mittareina toimivat paino, painoindeksi ja vyötärön ympärysmitta. Näiden positiivisia muutoksia todettiin lähes kaikissa tutkimuksissa. Ylimäen (2015) tutkimuksessa vyötärön ympärysmitta pieneni ja lihavien määrä väheni. Painon ja vyötärön ympärysmittan vähenemistä puolsivat myös Critchley, Hardie & Moore (2012), Dunbar ym. (2015), Gillison ym. (2015), Saaristo ym. (2010) sekä Gilis-Januszewska ym. (2018). Katsausartikkeleissa todettiin merkittävää parannusta painon suhteen (Steinsbekk 2012; Odgers-Jewell 2017). Painon pudotuksen tulokset ovat usein vaatimattomia tosielämän interventioissa, kuten Saariston ym. (2010) diabeteksen ehkäisyohjelmassa sekä Dunbarin ym. (2015) Melbourne Diabetes Prevention Study:ssa, molemmissa noin 1 kg vuoden aikana. Toisaalta Saariston ym. (2010) ja Dunbarin ym. (2015) tutkimuksissa todettiin, että vähäinenkin painonlasku alensi diabeteksen riskitekijöitä ja riskiin pystyttiin siis vaikuttamaan tehokkaasti, vaikka painon suhteen tulokset olivatkin vähäiset.

Veren rasva- ja sokeriarvot sekä verenpaine olivat myös mittareina kaikissa tutkimuksissa, joskaan ei ensisijaisina. Steinsbekkin ym. (2012) ja Odgers-Jewellin ym. (2017) meta-analyyseissä todettiin painon lisäksi merkittävää parannusta sokerihemoglobiinin (HbA1c) suhteen, mutta myös paastoverensokerin suhteen.

Yatesin ym. (2017) tutkimuksessa mittarina oli liikunnan ja askeleiden määrä. Tutkimuksessa huomattiin jonkin verran lisäystä päivittäisen askelmäärän ja liikunnan suhteen, kuitenkin valtimoterveydessä ei todettu mainittavaa eroa interventio- ja kontrolliryhmien välillä. Critchleyn ym. (2012) tutkimuksessa todettiin myös selvää parannusta fyysisessä aktiivisuudessa.

##### *Psykososiaaliset osatekijät*

Elintapamuutoksiin liittyviä psykososiaalisia tekijöitä, muun muassa pystyvyyden tunnetta, olivat tutkineet ja tuoneet esille Critchley ym. (2012), Ylimäki (2015), Alahuhta (2010), Gillison ym. (2015) ja Steinsbekk ym. (2012).

Gillisonin ym. (2015) mukaan pystyvyyden tunteen ja muutosprosessin ymmärryksen lisääntyminen oli yhteydessä suunnitelmallisuuden ja omahoidon sitoutumiseen sekä onnistuneisiin ruokavaliomuutoksiin. Tulokset osoittivat teoreettisen mallin tukevan erityisesti ruokailutottumusten muutoksia. Critchleyn ym. (2012) tutkimus osoitti tutkittavilla parannusta motivaatiossa, positiivisessa mielialassa, pystyvyydessä ja tiedossa. Ylimäen (2015) tutkimuksen mukaan elintapamuutokseen sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat ovat pystyvyys, motivaatio, sosiaalinen tuki, ammattilaisen tuki ja ohjaus, sitoutuminen neuvoihin sekä huoli nykyisistä elintavoista. Alahuhta (2010) toi esille, että painonhallinnan riskeinä olivat sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puute. Toisaalta onnistumisen edellytyksiä olivat oma toiminta, motivaatio ja voimavarat. Konkreettiset muutokset, tavoitteiden asettaminen ja voimavarat, toivon säilyminen ja positiivisuus olivat ominaisia elintapamuutoksen tehneille tyypin 2 diabeteksen kohonneen riskin henkilöille. Kyseisiä asioita olisikin tärkeää korostaa elintapaohjauksessa. Kehittämistyön kannalta oleelliset, kirjallisuuskatsauksesta esille nousseet elintapamuutoksiin vaikuttavat psykososiaaliset tekijät esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta esiin nostetut elintapamuutoksiin vaikuttavat psykososiaaliset osatekijät

#### 4.2.3 Kirjallisuuskatsauksen tulosten yhteenvedo

Kirjallisuuskatsauksen perusteella tuli ilmi, että elintapaohjauksessa on käytössä melko paljon erilaisia menetelmiä ja toteutusmuotoja. Teorioita tai niihin liittyviä malleja käytetään interventioissa, mutta toteutukset ja tekniikat voivat silti vaihdella tai useita ohjaustekniikoita yhdistellään, muttei niitä raportoida riittävän selkeästi. Salmelan, Kettusen ja Poskiparran (2010) mukaan tutkimuksissa, teorioissa ja ohjelmissa kuvataankin varsin heikosti ja kirjavasti elintapaohjausintervention sisältämiä tekniikoita. Lisäksi ryhmäohjauksessa ohjaajien määrä ja koulutus, intervention kesto ja tapaamisiin käytetty aika sekä ryhmään osallistujien määrä vaihtelevat suurestikin. Tapaamiskertojen määrää tai kestoja ei välttämättä voida yksiselitteisesti määrittää, mutta interventioissa niitä on ollut ja tarvitaan useampia, kun otetaan huomioon elintapamuutosten prosessimaisuus.

Katsauksessa esitetyissä intervention menetelmissä ja teorioissa nousee esille paljon tavoitteellisen toiminnan elementtejä, kuten oman käyttäytymisen seuranta, tavoitteen ja suunnitelman teko sekä palautteenanto. Absetzin ja Hankosen (2011; 2017) mukaan esimerkiksi motivoiva haastattelu on vaikuttava menetelmä vaatimaansa pienen panostukseen nähden sekä erilaisia potilasta koskevia testituloksia kannattaa käyttää seurannan ja palautteenannon ohessa. Valtaosa elintapamuutosinterventioista pyrkii juuri vaikuttamaan motivaatioon sekä tietoiseen ja tavoitteelliseen toimintaan. Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan tehokkaampia ovat interventiot, joissa oman toiminnan tarkkailu yhdistetään johonkin toiseen teoriapohjaiseen käyttäytymismuutostekniikkaan.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman, asiantuntijaryhmän toteuttaman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan korkean riskin henkilöillä elintapainterventioiden onnistumisen mahdollisuuksia lisää se, että ne ovat monitekijäisiä ja kohdistuvat useampaan elintapaan samanaikaisesti, niitä tarjoavat koulutetut ammattilaiset eli moniammatillinen tiimi, ne ovat yksilöllisesti räätälöityjä ja niissä sovelletaan käyttäytymisen muutostekniikoita, kuten motivoivaa haastattelua sekä tavoitteiden asettamista ja toimintasuunnitelman laatimista, ja ohjaavat oman toiminnan seurantaan. Elintapainterventioiden räätälöinnin lähtökohtana voi olla esimerkiksi tutkittavan

elintapojen, elintapamuutosta estävien ja edistävien tekijöiden, voimavarojen ja motivaatiotason kartoittaminen. Palaute ja vertaisryhmän tuki auttavat myös tukemaan elintapamuutoksia. Tekniikoiden yhdistäminen saa aikaan parhaat tulokset, sen sijaan mikään yksittäinen käyttäytymisen muutostekniikka ei ole yksinään vaikuttava. (THL 2019.) Tämä myös puoltaa kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia.

Elintapamuutosten vaikuttavuudesta on näyttöä tutkimusolosuhteissa, mutta terveydenhuollon normaalitoiminnassa vaikutukset hupenevat. Ongelmana voidaan pitää kohderyhmän tavoittamista ja interventioiden laadun ylläpitämistä. Sairastumisvaarassa olevien tai jo sairastuneiden keskuudessa merkittäviä vaikutuksia voidaan aikaansaada suhteellisen vähäisillä toimilla. (Absetz & Hankonen 2011, 2265.)

Ryhmämuotoisen ohjauksen on todettu vaikuttavan positiivisesti klinisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin sekä elintapoihin tyypin 2 diabeetikoilla (Steinsbekk ym. 2012). Gilis-Januszewskan ym. (2018) mukaan vähintään 5% painostaan pudottavien henkilöiden määrä on suurempi satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa, verrattuna vähemmän intensiivisiin ja halvempiin toteutuksiin esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Edelleen tiedetään hyvin vähän tekijöistä, jotka ennustavat onnistunutta painon pudotusta tosielämän diabeteksen ehkäisyinterventioissa. Toisaalta Saariston ym. (2010) hanke tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi on osoittanut, että perusterveydenhuolto pystyy toteuttamaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä menestyksekkäästi osana normaalia toimintaa. Vaatimattomankin painonlaskun on todettu alentavan tehokkaasti diabeteksen riskitekijöitä (Saaristo ym. 2010; Dunbar ym. 2015), joten pienilläkin elintapamuutoksilla on merkitystä.

## 5 TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

Seuraavassa tarkastellaan kehittämistyön teoreettisia lähtökohtia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvien käsitteiden kautta. Kehittämistyössä terveyden edistämistä pyritään tarkastelemaan laajemmasta näkökulmasta. Rauhalan (2014) rakenta-



man holistisen mallin mukaan ihminen nähdään kokonaisvaltaisena olentona: kehollisena, tajunnallisena ja situationaalisen eli elämäntilanteeseensa kietoutuneena olentona.

### 5.1 Käsitteiden määrittelyä

*Hyvinvoinnin edistämisen ja terveyden edistämisen* käsitteitä käytetään usein riippuen mistä näkökulmasta ilmiötä tarkastellaan. Kunnissa puhutaan usein hyvinvoinnin edistämisestä, terveydenhuollossa terveyden edistämisestä ja sosiaalipuolella sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisestä. Usein käsitteet yhdistetään, jolloin puhutaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. (Paahtama 2016, 2.) WHO:n klassisen määritelmän mukaan terveyden edistäminen kuvataan prosessina tai toimintana, jolla lisätään ihmisten mahdollisuuksia terveytensä hallintaan ja sen parantamiseen (Laverack 2014, 3-4; Lindström & Eriksson 2012, 34; Sihto & Karvonen 2016).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on mahdollisuuksien luomista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä. Se määritellään ”toiminnaksi, jolla tuetaan ihmisten mahdollisuuksia hyvinvoinnin, terveyden, osallisuuden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitoon ja parantamiseen. Mahdollisuuksia luodaan pitämällä huolta olosuhteista, jotka tukevat hyvinvointia ja terveellisten valintojen tekemistä.” Terveyden edistämisen ajatellaan olevan sitä, että lisätään yksilön tai yhteisöjen mahdollisuuksia vaikuttaa oman terveytensä määrittäjiin ja sitä kautta terveytensä parantamiseen. Terveyden edistäminen käsittää sosiaaliset, taloudelliset, ympäristölliset ja yksilölliset terveyttä edistävät tekijät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020b.)

Terveyden edistämässä keskeistä on terveellisten elintapojen tukeminen eri keinoin. Epäterveelliset elintavat vaikuttavat merkittävästi sairastavuuteen ja ne selittävät myös sosioekonomisia terveyseroja. Terveyden edistämisen sisältöä on laajennettua yksilön valituksesta vahvemmin terveyttä määrittäviin tekijöihin. Promotiivinen eli edistävä näkökulma pyrkii saamaan aikaan sosiaalista muutosta tekijöissä, joiden avulla voidaan edistää terveyttä, ja tällöin kyse ei ole vain sairauksien ehkäisystä. (Sihto & Karvonen 2016.)

Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan *terveys* ”ei ole ainoastaan sairauden puuttumista, vaan täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila”. Määritelmää on kritisoitu siitä, ettei sen asettamaa tavoitetta ole mahdollista saavuttaa. Sitten WHO on liittänyt käsitteeseen myös henkisen hyvinvoinnin neljänneksi ulottuvuudeksi. WHO:n terveyden määrittelyssä ei kuitenkaan tarkastella terveyttä elämän tai elämänlaadun näkökulmista. Terveys-käsite kytkeytyy edelleen sairauskäsitteeseen ja terveyden edistämistä osaltaan esitetään riskitekijöiden, sairauden ja sairauden hoidon kautta. (Lindström & Eriksson 2012.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2020b) määritelmän mukaan terveys nähdään fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tilana, inhimillisenä perusarvona sekä voimavarana, jonka avulla monet muutkin hyvinvoinnin osatekijät voivat toteutua.

*Hyvinvoinnin* ajatellaan muodostuvan elintasosta ja elämänlaadusta. Elintasaan kuuluvat aineelliset ja persoonattomat resurssit. Elämänlaatuun kuuluvien sosiaalisten ja itsensä toteuttamisen tarpeiden tyydytystä ei ole määritelty aineellisten resurssien avulla vaan inhimillisten suhteiden laadun perusteella. Tarpeentyydytyksen luonteen avulla määritellyt tarpeet on jaoteltu elintasaan, yhteisyyssuhteisiin ja itsensä toteuttamiseen. (Paahtama 2016, 2.) THL (2020b) jakaa hyvinvoinnin osatekijät kolmeen ulottuvuuteen terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Yksilöllinen hyvinvointi koostuu sosiaalisista suhteista, itsensä toteuttamisesta, onnellisuudesta ja sosiaalisesta pääomasta. Yhteisötason hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat esimerkiksi elinolot, työllisyys ja työolot sekä toimeentulo.

Nämä edellä mainitut yhteydet ovat avain terveyden holistiseen ymmärtämiseen, mikä on keskeistä terveyden edistämisen käsitteelle. Nykyään terveyden henkinen ulottuvuus tunnustetaan enenevässä määrin. WHO pitää terveyttä perustavanlaatuisena ihmisoikeutena. (Ottawa Charter for Health Promotion 1986.)

*Terveyserojen kaventaminen* määritellään toiminnaksi, jonka tavoitteena on, että terveydentilaltaan huonomassa asemassa olevien terveys lähenee paremman terveyden omaavien ryhmien tasoa. Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan sosiaalisen aseman mukaisia eroja terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ja ne liittyvät ihmisten epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa. Terveyserojen kaventami-

sen on olemassa monenlaisia keinoja, muun muassa elintapoihin vaikuttaminen, eriarvoisuutta ehkäisevät järjestelmät kuten neuvola, vaikutusten ennakoarviointi ja palvelut, jotka on kohdistettu sosiaalisesti heikommassa asemassa oleville ihmisille. Sosioekonomisten ryhmien välillä terveyseroja esiintyy esimerkiksi koetussa terveydessä, mielenterveydessä ja pitkäaikaissairastavuudessa. Myös elintavoissa on eroja, minkä vuoksi ylipaino on yleisempää alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020b.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä elintapamuutosten tukemiseen liittyy vahvasti myös osallisuuden käsite. *Osallisuus* on yhteisöön liittymistä, kuulumista ja siihen vaikuttamista sekä sitoutumista, joka syntyy kokemuksen myötä. Siihen liittyy oikeus saada tietoa itseä koskevista asioista, mahdollisuus ilmaista mielipiteensä ja sitä kautta vaikuttaa terveyttä ja hyvinvointia määrittäviin tekijöihin. Osallisuus on keskeinen hyvinvointia ja terveyttä tuottava tekijä. Osallisuutta edistämällä vähennetään eriarvoisuutta. (THL 2020b.) Sen vahvistamiseksi ihmisten omien voimavarojen tukeminen, vaikuttamisen mahdollisuuksien tarjoaminen sekä osallisuuden rakenteellisten edellytysten luominen on tärkeää. (Paahtama 2016, 3.) Mahdollisuus vaikuttaa omaa elämää koskeviin asioihin on merkittävä osa yhteiskunnallista osallistumista ja yhteisöön kiinnittymistä. Osallisuutta voidaan edistää monin eri keinoin, esimerkiksi asiakasosallisuutta hyödyntämällä sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämisessä. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla voidaan tukea yksilön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Oikeanlaisen ja riittävän tuen tarjoaminen, esimerkiksi ehjien palvelukokonaisuuksien luominen yhteistyötä lisäämällä, edistää osallisuutta. (THL 2020b.)

Terveyden edistämisessä keskeistä Lindströmin ja Erikssonin (2012) mukaan on ihmisen kyky hallita omia terveyden determinanteja eli määrittäjiä. Terveydenhuollon ammattilaisten on tarkoitus tukea potilaan mahdollisuuksia ymmärtää itse, mitkä tekijät ovat tärkeitä ja sitä kautta auttavat heitä edistämään terveyttään. Tavoitteena on aktiivinen ja tuottoisa elämä: Terveys ei ole prosessin päämäärä ja elämisen tavoite, vaan tavoitteena on hyvä elämä tai hyvä elämänlaatu ja hyvinvointi.

## 5.2 Salutogeneesi ja koherenssin tunteen vahvistaminen

Elintapaohjausmallin rakentamisen taustalla vaikuttaa salutogeeninen lähestymistapa. Salutogeenisen lähestymistavan ja sen keskeisen käsitteen koherenssin tunteen on kehittänyt Aaron Antonovsky vuonna 1979. Salutogeneesi keskittyy voimavaroihin ja antaa vastauksen kysymykseen, miksi ihmiset pysyvät terveinä vaikeuksista ja stressiä aiheuttavista tekijöistä huolimatta. Salutogeneesi-käsitettä (terveyslähtöisyys) on pidetty vastakohtana patogeneesi-käsitteelle ja holistinen terveystieteellinen näkemys voidaan liittää osaksi salutogeenista lähestymistapaa. Salutogeenisin avaintekijät ovat ongelmanratkaisulähtöisyys ja kyky käyttää olemassa olevia voimavaroja (Lindström & Eriksson 2012; Suominen 2016). Salutogeeninen lähestymistapa keskittyy ihmisen terveyttä tukeviin tekijöihin ja hyvinvointiin, sairauden riskitekijöiden sijaan (Laverack 2014, 22).

Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen liittyy terveyden synnyn ja terveyttä tuottavien voimavarojen tarkasteluun. Salutogeneesi pyrkii ohjaamaan terveyttä edistävää toimintaa, koska terveys on paljon enemmän kuin sairauden puute. Keskeistä ovat koko elämän kestävät prosessit, joiden tarkoitus on tukea ja edistää terveyttä elämään liittyvänä voimavarana. Olennaista on ymmärtää, ettei terveys merkitse ihmisen elämän päämäärää, vaan se on voimavara ja sosiaalinen pääoma. (Lindström & Eriksson 2012, 32-33.) Salutogeenisessä lähestymistavassa nähdään, että terve ihminen voi hyvin ja toteuttaa itseään tavoitellen elämänsä päämäärää arvojensa mukaisesti ja ratkaisukeskeisesti. Optimistinen perusasenne merkitsee sitä, että uskotaan jokaiseen asiaan löytyvän ratkaisu. Elämä koetaan haasteeksi, ja omia ja ympäristön yleisiä voimavaroja osataan käyttää hyväksi. Ihmisen terveydessä voimaantuminen ilmenee niin, että hyvä terveys antaa voimaa selvitä elämän eri vaiheissa terveyttä tuottaen. Mahdollisuuksia selvitä elämässä, tapahtuu siis voimaantumisen kautta ja siihen liittyy olennaisena osana koherenssin tunne, sosiaalinen ja taloudellinen selviytyminen ja kulttuurinen pääoma. (Lindström & Eriksson 2012.)

Antonovskyn määritelmän mukaan koherenssin tunteella tarkoitetaan kokonaisvaltaista suhtautumista asioihin, jolloin yksilö tunnistaa käytössään olevat voimavarat ja kokee hallitsevansa kohtaamiaan haasteita, eli yksilöllä on valmius hyödyntää voimavarojaan ihanteellisesti ja saada ne tarvittaessa toimimaan yhtenäisesti ja toisiaan tukien päämäärän saavuttamiseksi. Vahvan koherenssin tunteen omaava yksilö kokee

elämäntilanteensa ja ympäristönsä ymmärrettäväksi sekä käytössä olevien voimavarojen avulla mielekkääksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Koherenssin tunnetta pidetään keskeisenä terveyden suojatekijänä. Koherenssin tunne jakautuu kolmeen osatekijään, jotka ovat ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys. Keskeisimpänä osatekijänä pidetään mielekkyyttä eli sitä, että yksilöllä on valmius kokea elämänsä tapahtumat merkityksellisinä tai mielekkäinä, koska se liittyy vahvasti motivaation ylläpitämiseen. Koherenssin tunteesta käytetään suomeksi myös käsitettä elämänhallinta. (Suominen 2016, 181-184.) Turun (2007, 25-26) mukaan koherenssin tunne voidaan kääntää myös ”oman elämän ohjaksissa olemisen tunteeksi”.

Teoria koherenssin tunteesta käsittelee terveyttä ja sen välisiä yhteyksiä voimavara-lähtöisesti, ja keskittyy enemmänkin terveyttä edistäviin kuin vaarantaviin tekijöihin. Vahva koherenssin tunne on todettu lukuisissa tutkimuksissa olevan yhteydessä hyvään koettuun terveyteen. Vahva koherenssin tunne on myös selkeästi yhteydessä yhteiskunnalliseen hyväosaisuuteen. Tästä syystä tulisikin tukea huono-osaisempien koherenssin tunnetta, sillä he ovat erityisen haavoittuvassa asemassa ja saattaisivat hyötyä eniten korkeatasoisista interventioista. Tutkimusten perusteella koherenssin tunne on yhteydessä eri terveyden mittareihin, siksi mitä tahansa terveyden osa-aluetta, niin psyykkistä kuin fyysistä toimintakykyä, voidaan pyrkiä edistämään toimilla, jotka vahvistavat koherenssin tunnetta. (Suominen 2016.)

### 5.3 Terveyden lukutaito ja siihen vaikuttaminen

Terveystiedon käyttöön, terveyskäyttäytymiseen ja terveyteen liittyvien monitahoisten yhteyksien ymmärtämiseksi on alettu puhua terveyden lukutaidosta (Health literacy). Tiedon lisäksi terveyden ylläpitämiseen tarvitaan valmiuksia ymmärtää omaa suhdetta ympäröivään yhteiskuntaan ja resursseja vaikuttaa terveyttä määrittäviin tekijöihin. Terveyden lukutaidon määritelmän taustalla on ajatus, että lisääntynyt ymmärrys terveyttä määrittävistä tekijöistä, terveystriskeistä ja sairauksien hoidosta johtaa käyttäytymismuutoksiin ja parempaan terveyteen. (Kaasalainen 2016, 158-159.)

Terveyden lukutaidon käsite otettiin ensin käyttöön lääketieteen ja terveydenhuollon piirissä 1990-luvulla, ja myöhemmin siitä alettiin puhua myös terveyden edistämisen

yhteydessä. Terveyden edistämässä terveyden lukutaito määriteltiin “kognitiivisiksi ja sosiaalisiksi taidoiksi, jotka määrittävät yksilön motivaatiota ja valmiuksia hankkia, ymmärtää ja käyttää tietoa terveyden parantamiseen ja ylläpitämiseen”. Terveyden lukutaito nähdään terveyden edistämässä voimavarana, joka lisää yksilön mahdollisuuksia ennaltaehkäistä ja hoitaa sairauksia sekä ylläpitää hyviä terveystottumuksia arjessa. Myöhemmin terveyden lukutaito määriteltiin “tiedoiksi, motivaatioksi ja kompetensseiksi etsiä, ymmärtää, arvioida ja soveltaa terveysinformaatiota terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen arkipäivän tilanteissa, terveydenhuollossa, sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämässä eri elämänvaiheissa”. Terveyden lukutaidon ajatellaan olevan sekä yksilö- että yhteisötason ominaisuus, johon voidaan vaikuttaa esimerkiksi terveyskasvatuksella, terveysneuvonnalla ja -viestinnällä sekä terveystoimilla. (Kaasalainen 2016, 158-159.)

Terveydenhuollossa korostuu heikon terveyden lukutaidon ryhmien huomioiminen, mutta sitäkin tärkeämpää olisi löytää ennaltaehkäiseviä tapoja ja toimia, joilla nämä ryhmät pystytään tavoittamaan. Interventioiden suunnittelussa terveyden lukutaitoa voidaan käyttää yhdessä muiden näyttöön perustuvien terveyden edistämisen menetelmien kanssa. Terveyden lukutaitoon voidaan vaikuttaa terveyden edistämisen kaikilla tasoilla. Yksilötasolla terveyden lukutaidon tason tunnistaminen voi auttaa viestinnän kohdentamisessa ja parantaa terveysneuvonnan vaikuttavuutta. Terveystoiminnalla ja -neuvonnalla voidaan lisätä ihmisten tietoisuutta sairauksien riskitekijöistä ja pyrkiä ohjaamaan väestön terveystoimintaa ennaltaehkäisevästi. Onnistunut viestintä perustuu vuorovaikutukseen, joten tulisi tarkastella kriittisesti myös terveystoiminnalla ja -neuvonnan toteuttamistapoja. Terveystoimintaa edistävien valintojen todennäköisyyteen vaikuttavat myös arvot, asenteet ja motivaatiotekijät sekä koettu pystyvyys eli arvio omista kyvyistä suoriutua halutuista tehtävistä. Keskeistä on terveyden edistämisen kohdentaminen riskiryhmiin, erilaisten tarpeiden huomioiminen ja käyttäjien osallistaminen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. (Kaasalainen 2016.)

Terveysneuvonnassa, joka auttaa elintapojen muuttamisessa, on kyse paitsi tiedon jakamisesta myös yksilön muunlaisesta valmistamisesta muutokseen. Tietoiseen päätöksentekoon perustuvat mallit toimivat tutkitusti terveysneuvonnan tukena. Systemaattisten kyselytutkimusten tulokset osoittavat, että interventioissa käytetyt psykososiaaliset mal-

lit ovat tehokkaampia kuin pelkkä terveysneuvonta. Erilaiset teoriaperusteiset interventiot, joissa on käytetty jotakin psykososiaalista teoriaa, kuten transteoreettista muutosvaihemallia, suunnitellun käyttäytymisen teoriaa tai itsemääräämisteoriaa, on todettu vaikuttaviksi elintapamuutosten tukemisessa. Merkittävin havainto tuloksista on, että elintapojen muutosta voidaan edistää vahvistamalla toimijan muutosresursseja ja vähentämällä muutosesteitä. Teoriat eroavat toisistaan siinä, miten niissä katsotaan vahvistamisen parhaiten tapahtuvan. Ensisijaisin muutosta edistävä tekijä on *pystyvyyden tunne*, jonka vahvistaminen on elintapamuutosten ja terveyserojen kaventamisen tärkeä ehto. (Uutela 2016.)

Absetz ja Hankosen (2011) katsausartikkelin mukaan itsemääräytymisteoriassa ja motivoivassa haastattelussa ihmisen rooli motivaation synnyttämisessä ja ylläpidossa on keskeinen. Asiakkaan roolia vahvistetaan luottamuksellisen ja hyväksyvän ohjaussuhteen avulla ja hyödyntämällä ohjaustapoja, jotka tukevat asiakkaan autonomian kokemusta. Itsemääräytymisteoriaan keskeisinä tekniikoina kuuluvat motivoivat vuorovaikutustavat, muutosvastarinnan käsittely ja muutospuheen tukeminen, sitoutumisen vahvistaminen, tavoitteiden asettaminen ja keinojen vahvistaminen.

## 6 VALMENTAVA ELINTAPOOHJAUS

Kehittämistyön elintapaintervention toteuttamisessa eli ryhmäohjauksessa sekä elintapaohjausmallin laatimisessa hyödynnettiin taustalla itsemääräytymisteoriaa ja tavoitteellisen toiminnan mallin mukaisia menetelmiä. Edellä mainittuihin liittyy terveyden edistämisen menetelminä ja asiakkaan autonomiaa tukevinä ohjaustapoina muun muassa motivoiva haastattelu ja motivoivat vuorovaikutustavat sekä tavoitteiden asettaminen (Absetz & Hankonen 2011). Ryhmäohjauksen tarkoituksena oli tukea asiakkaan motivaatiota ja voimaantumista vahvistamalla asiakkaan voimavaroja, pystyvyyttä, koherenssin tunnetta ja osallisuutta, ja pyrkiä vaikuttamaan terveydenlukuaitoon. Näiden menetelmien ja osatekijöiden yläkäsitteenä tässä kehittämistyössä käytetään valmentavaa ohjausta, jonka keskeisinä tekijöinä tarkastellaan erityisesti motivaati-

tiota ja voimaantumista. Turun (2007, 25) mukaan valmentavan ohjauksen ensisijaisena tavoitteena voidaan nähdä ohjattavan hallinnan tunteen tukeminen laajemmin Antonovskyn terveyslähtöiseen malliin perustuen.

### 6.1 Voimaantuminen osana motivoitumista

Voimaantumisen (empowerment) käsite liittyy vahvasti valmentavan ohjaustyylin taustaideologiaan. Voimaantuminen voidaan määritellä prosessiksi, jossa tunnistetaan ihmisen kyky määritellä omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä tähän tarvittavia voimavaroja. Voimaantumisen näkökulmasta ohjattava kokee elintapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveyteen. Motivoitumiseen tähdätään mahdollisuuden, ei pakon kautta. Ohjaajan on tarkoitus rohkaista ja auttaa asiakasta itse löytämään keinot ongelmien ratkaisemiseksi ja ottamaan vastuuta antamalla valinnan mahdollisuuksia ja tukemalla asiakkaan päätöksiä. Ohjaajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa korostuvat kunnioitus ja asiakkaan kokema arvostus, hyväksytyksi tuleminen ja luottamuksellinen ilmapiiri. (Turku 2007, 21.)

Valmentavassa ja voimaannuttavassa ohjauksessa korostuu asiakkaan päätöksenteon tukeminen ja itsehoidon räätälöinti mahdollisimman yksilöllisesti, asiakkaan arkea palvellen ja tarpeita huomioiden. Asiakkaalla on aina valta tehdä mielensä mukaan ja päättää omista asioistaan, mikä ohjaajan täytyy alusta lähtien hyväksyä. Voimaantumista tukevan ja asiakasta arvostavan ilmapiirin luominen on yksin ammattilaisen vastuulla. Ohjauksen tavoitteena on asiakkaan voimaantumisen ja hallinnan tunteen tukeminen. Ohjauksessa on onnistuttu, mikäli asiakas on saavuttanut itse määrittelemänsä tavoitteen tai tämän pystyvyyden ja niin sanottu voiman tunne on lisääntynyt. Jos tavoitteita ei saavuteta, niin ohjaaja hyväksyy sen, että asiakkaalla on päätösvalta. Tällöin keskusteluyhteys säilyy ja muutosprosessi mahdollistuu. Perinteisen hoitomyöntyvyyden näkökulmasta ohjaaja usein turhautuu ja näkee asiakkaan ongelmallisena, mikäli muutoksissa ei onnistuta. Tämä heijastuu asiakkaaseen, jolloin muutosprosessi estyy. (Turku 2007, 22-24.)



Laverackin (2014, 86) mukaan ryhmien kanssa työskentely on tärkeää, sillä yksilöt kykenevät paremmin kehittymään yhteisessä toiminnassa. Ohjaaja ei voi antaa yksilölle kykyjä ja voimia, vaan ihmisten on saavutettava ne itse. Voimaantuminen ja oikeus tulla voimaannetuksi on kiinni yksilöstä eikä ammattilaisesta. Haasteena on mahdollistaa yksilöiden pääseminen omien henkilökohtaisten asioiden yli, jotta he voivat työskennellä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa, ja jotta voidaan saavuttaa pitkäkestoisia muutoksia. Ammattilaisen tehtävänä on mahdollistaa ja tukea ihmisiä ottamaan enemmän vastuuta ja hallintaa terveydestään ja elämästään.

Terveyden edistämistoiminnassa ammattilaisen rooli on toimia mahdollistajana, ansaita asiakkaan luottamus ja vahvistaa yhteistä maaperää, jotta voidaan auttaa asiakkaita voimaannuttamaan itsensä. Ammattilaisen näkökulmasta avainkysymys onkin: haluanko auttaa ihmisiä voimaannuttamaan itsensä vai haluanko vain, että he muuttavat käyttäytymistään? (Laverack 2014, 12.) Terveyden edistämisen lähtökohtana on, että ihminen on aktiivinen toimija omassa elämässään. Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää tunnistaa tämä osana omaa ammattitoimintaa. (Lindström & Eriksson 2012, 35.)

#### *Voimaantumisen tukeminen*

Uusien elintapojen sisäistäminen ja taitojen kehittyminen on pitkä oppimisprosessi, johon ohjaaja voi huomattavasti vaikuttaa omalla toiminnallaan. Ohjaajan rooli on muuttunut tiedon jakajasta ja asiantuntijasta oppimisen mahdollistajaksi. Tiedon siirtämisen ja kaatamisen sijaan korostetaan oppimista jatkuvana tiedon ja omakohtaisten merkitysten rakenteluna, eli pyritään kytkemään uutta tietoa arkitilanteisiin. Elintapaohjauksessa tulisi korostaa valmentavan ohjaustyylin merkitystä osana itsehoitoa sekä elintapasairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä (Turku 2007, 16-20).

Tiivistetysti valmentavan ohjauksen tavoitteena voidaan pitää ohjauksen kohteen eli ohjattavan muuttumista tekijäksi. Tekijä päättää ohjaajan tuella, mihin jatkossa panostaa ja kuinka paljon. Ohjaajan tarkoitus on pohjustaa tekijän päätöksentekoa, tarjota hyvät mahdollisuudet ja luoda mahdollisimman otolliset olosuhteet tekijän työskentelylle. Ohjattavaa voidaan ajatella tekijänä myös siksi, että tavoitteena on tehdä muutoksia toiminnan tasolla, eikä pelkästään puhua suosituksen mukaisesta terveystyöstä.

täytymisestä. Kokeilujen ja pienten tekojen kautta madalletaan vaatimustasoa lähemmäksi arkea ja voidaan alkaa rakentaa asiakkaan omaa, terveellisempää elämäntapaa. Ohjaajan asenteen tulisi olla tekijää arvostava, jolloin voidaan kokea vastavuoroista luottamusta ja motivaation heräämistä. Vuorovaikutustaitojen lisäksi valmentavassa elintapaohjauksessa korostetaan muutoksen prosessinomaista luonnetta sekä sen taustalla vaikuttavia psykologisia, motivaatioon ja oppimiseen liittyviä tekijöitä. (Turku 2007, 31-32.)

## 6.2 Muutokseen motivoituminen ja elintapojen omaksuminen

Suurin osa elämäntapamuutosinterventioista, myös terveydenhuollon elintapaohjaus, pyrkii vaikuttamaan motivaatioon ja tietoiseen, tavoitteelliseen toimintaan. Elintapamuutokset ovat usein lyhytkestoisia motivaatiotekijöiden, itsesääteilykykyjen ja –ressurssien, tottumusten ja ympäristötekijöiden vuoksi. Eli toisin sanoen, muutoksen ylläpitäminen vaatii tietoista yrittämistä, ja ponnistelu repsahduksineen kuluttaa resursseja ja saa motivaation laskemaan. Pelkästään tietoisien prosessien kautta motivoituminen ei näytä olevan riittävää. Absetz ja Hankonen (2017, 1015) ovat tarkastelleet elämäntapamuutosta sekä tietoisien että automaattisten psykososiaalisten prosessien kautta. Tutkimusnäyttö osoittaa, että käyttäytymisen muutosta voi tukea molempien prosessien avulla. Käyttäytymisen toteutumiseksi ihmisellä tulee olla tahto eli motivaatio (motivation), riittävät taidot ja kyvyt (capability) ja ympäristön mahdollistama tilaisuus (opportunity), joka havainnollistettu kuviossa 4.



Kuvio 4. Käyttäytymisen toteutumiseksi yksilöllä tulee olla tahto, riittävät taidot ja ympäristön mahdollistama tilaisuus.

Tietoisien muutosprosessin eteneminen riippuu siitä, onko asiakas jo motivoitunut elintapamuutokseen ja kaipaa tukea konkreettiseen toimintaan vai tarvitseeko motivaatiota

vielä herätellä. Tietoinen motivaatio koostuu toimintaa ja sen tuloksia koskevista odotuksista sekä omaa itseä koskevista käsityksistä. Tulosodotuksilla tarkoitetaan yksilön arvioita käyttäytymisen seurauksista. Asiakkaan odotuksia tulisi sävyttää positiivisesti, esimerkiksi toimintakyvyn säilyttämisen hyödyt menettämisen uhkien sijaan. Tulosodotuksissa kannattaa myös huomioida elämän eri osa-alueisiin liittyviä, pitkäaikaisia ja välittömiä seurauksia. Asiakasta tulisi aktivoida omaan pohdintaan, mikä lisää odotusten henkilökohtaista merkityksellisyyttä, jolla taas voidaan tukea motivaation sisäistymistä. (Absetz & Hankonen 2017, 1016.)

Keskeistä muutokseen motivoitumisessa on usko omaan pystyvyyteen. Voimaantumista ja toimijuutta kuvaava tietous heijastaa yksilön uskoa omiin kykyihinsä suoriutua jostakin tehtävästä vaikeissakin tilanteissa. Liikuntaan liittyvissä interventioissa pystyvyyttä on todettu lisäävän palaute omasta edistymisestä tai hyvästä suoriutumisesta, vertaisten kokemukset, tavoitteiden kohtuullistaminen, onnistumisten huomiointi sekä ”haluan”-motivaatio eli sisäinen motivaatio. Omaehtoinen motivaatio koostuu psykologisten perustarpeiden täyttymisestä: valinnan vapaudesta (autonomia), kykenevyydestä (pystyvyys) ja siitä, että kelpaa muille (sosiaalinen hyväksyntä ja yhteenkuuluvuus). Omaehtoisen motivaation katsotaan johtavan pitkäaikaisiin muutoksiin, joten elintapaohjauksen tulisi tukea sitä esimerkiksi motivoivalla haastattelulla. Olennaisin asia vaikuttavuuden kannalta on asiakkaan kohtaaminen hyväksyvässä, ymmärtävässä, luottamuksellisessa ja yhteistoiminnallisessa hengessä, jolloin asiakkaan omat ajatukset nousevat esiin ja ohjaus tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Absetz & Hankonen 2017, 1017.)

Itsesäätelytekniikoita ja oman käyttäytymisen seurantaan sisältävät interventiot on todettu vaikuttavimmiksi muihin verrattuna. Omaseurannan vaikuttavuutta lisäävät sen säännöllisyys, omaseurannan tulosten julkinen raportointi sekä seurantatietojen konkreettinen kirjaaminen. Vaikutukset suurenevät, kun omaseurantaan yhdistetään tavoitteen asettamista, toiminnan suunnittelua ja välitöntä palautetta käyttäytymisestä. Omaseurannan ja tavoitteen asettamisen lisäksi toinen huomioitava taito liittyy mielen prosessien tietoiseen havainnoimiseen ja hyväksymiseen. Tietoisen läsnäolon ja itsemyötätunnon harjoituksia yhdistettäessä tuetaan juuri asiakkaan omaehtoisuutta ja vahvuuksia. Ohjauksessa tulisi myös huomioida, että epäterveelliset elämäntavat ja

niistä aiheutuvat sairaudet kasautuvat yhteen mielenterveysongelmien kanssa. Mindfulnessin hyödyistä on olemassa näyttöä ahdistuneisuuden ja masennuksen lievittämisessä. (Absetz & Hankonen 2017, 1017-1018)

Asiakasta voi ohjata säätelemään elinympäristöään eri keinoin esimerkiksi välttämään houkutusta tarjoavia tilanteita ja pyytämään tukea, eli voidaan hienovaraisesti tuupata asiakasta kohti toivottavaa käyttäytymistä. Tällöin ihminen itse pohtii ja järjestää ympäristöään terveellisiä valintoja helpottavammaksi. Lisäksi yksilö voi automatisoida itselleen uusia tottumuksia. Tottumusten luontiin perustuvan ohjauksen (habit-based advice) vaikuttavuudesta on näyttöä. Tottumus syntyy toistamalla toimintaa samana pysyvässä kontekstissa, esimerkiksi aamukahvin juominen. Toisto vahvistaa mentaalisen assosiaation syntymistä toiminnan ja kontekstin välille niin, että lopulta pelkkä konteksti voi riittää laukaisemaan toiminnan ilman tietoista aikomusta. Uuden toiminnan liittäminen samana toistuvaan kontekstiin helpottaa muutoksen automatisointia tottumuksiksi, esimerkiksi ”otan jääkaapista omenan ja syön sen samalla, kun otan jääkaapista kahvimaidon ja syön omenan kahvin tippumista odotellessa”. Tottumusten luomisessa tärkeämpää on automatisoida terveellisen käyttäytymisen aloittaminen sen läpiviemisen sijaan. Uuden tavan muodostaminen on helpompaa kuin vanhasta poisoppiminen. Toiminnan laukaisevien ärsykkeiden tietoinen vastustaminen vaatii tietoista ponnistelua eikä yksinään useinkaan riitä. Tottumuksen voimakkuus kasvaa arviolta kahteen kuukauteen asti. (Absetz & Hankonen 2017, 1019.) Konkreettinen työkalu uuden tavan muodostamisen avuksi on esitetty liitteenä (LIITE 3).

### 6.3 Motivaation tukeminen elintapaohjauksessa

Ihmisten motivoiminen elämäntapamuutokseen on terveydenhuollon ammattilaisille todellinen haaste. Voidaan sanoa, että ihminen on motivoitunut silloin kun hänen toiminnallaan on jokin päämäärä, jonka saavuttamiseen tarvitaan ohjattavan omaa tahtoa ja osallistumista. Motivoimisen ei tulisi olla manipulointia tai tapahtua painostavassa hengessä, vaan avainasioita ovat keskinäisen yhteistyön korostaminen ja luottamus. Ohjattavan pystyvyyden ja autonomian eli itsemääräämisen tunteen säilyminen ovat tärkeitä kokemuksia motivaation tukemisessa. Ohjattavan autonomian kokemusta tukevat valinnan vapaus ja itsenäinen tavoitteiden määrittely. Motivoiminen on ennen

kaikkea motivoitumista mahdollistavan vuorovaikutuksen rakentamista. (Turku 2007, 33-34.)

Oppimismotivaation tutkijat jakavat motivaation sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäisesti motivoitunut ihminen tekee asioita, jotka kiinnostavat häntä ja tuottavat tyydytystä ilman palkintoa tai uhkaavaa seuraamusta. Sisäistä motivaatiota syntyy sopivasti haasteita tarjoavassa ympäristössä, joka tukee itsemääräämisen eli autonomian tunteen kokemista. Sisäsyntyiset motivaatiot ja käyttäytymisen syyt aikaansaavat pidempiaikaisia muutoksia ja siten tukevat elintapamuutosten pysyvyyttä. (Turku 2007, 38-39.) Sisäisessä motivaatiossa yksilö on sisäistänyt muutoksen tarpeen ja kokee sen mielekkääksi, arvojaan ja tavoitteitaan palvelevaksi (Absetz & Hankonen 2017, 1017).

Motivaation ajatellaan olevan sisäsyntyinen prosessi eikä motivaatiota voi synnyttää toisen puolesta. Ohjaaja voi motivaation herättelemiseksi tukea sen omakohtaista työstämistä niin, että ohjattava itse uskoo omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa tehdä muutoksia. Tämä synnyttää sisäistä motivaatiota, mikä auttaa ohjattavaa todennäköisesti myös löytämään itse tarvittavat keinot ja voimavarat päämäärän saavuttamiseksi. Ohjaustilanteen rauhoittaminen, positiivisen palautteen anto ja samalle tasolle laskeutuminen ohjattavan kanssa tukevat ohjattavan voimaantumista. Päinvastoin ohjaajan liiallinen asiantuntijuus, kiire ja kohtaamattomuus vastaanottotilanteessa heikentävät ohjattavan luottamusta. (Turku 2007, 35-36.)

Ulkoinen motivaatio taas liittyy usein tilanteeseen, jossa korostuu palkkio, uhka tai jokin seuraamus. Tällaisen ”pitäisi”-motivaation syyt ovat ulkoisia ja usein kontrolloivia. Henkilö mieltää pääasiallisen syyn olevan muiden tahto tai sisäistetty pakko, syyllisyys tai häpeän tunne. (Absetz & Hankonen 2017, 1017.) Käytännössä kuitenkin harva elintapamuutokseen motivoitunut henkilö toimii pelkästään sisäisen motivaation varassa, sillä toiminnan tavoitteen taustalla usein on tavoite terveydentilan parantamisesta tai riskien vähentämisestä. Ulkosyntyisestä motivaatiosta voi myöhemmin tulla sisäisesti säädelyä ja saavuttaa jopa tason, jolloin käyttäytymismuutokseen liittyvät arvot on punnittu ja sovitettu omaan arvomaailmaan. Ohjaaja voi omalla ohjaustyylillään tukea ohjattavaa lisäämällä ohjaukseensa positiivista palautetta ja sävyä, pelotellun ja uhkailun sijaan. Autonomian tunnetta tukee se, kun ohjattava saa itse määrittellä

muutostavoitteensa yhdessä ohjaajan tuella, jolloin ulkoisestakin motivaatiosta tulee omakohtaista. (Turku 2007, 38-39.)

Elintapamuutoksiin sitoutuminen edellyttää asenne- ja tunnetason työskentelyä, jossa usein tarvitaan omien arvojen ja valintojen tutkiskelua melko syvällisestikin. Uuden tiedon soveltaminen omaan elämään mahdollistuu vasta tämän muutostarpeen pohdinnan jälkeen. Tiedon hyödyntämiseksi tarvitaan siis jo herännyttä motivaatiota. Motivointi ei ole pelkästään riittävän tiedon antamista, vaikka ennen kuviteltiin, että uusi tieto terveys-suosituksista ja -riskeistä automaattisesti muuttaa käyttäytymistä parempaan suuntaan. Riittävän tiedon merkitystä ei ole syytä aliarvioida, mutta varsinkin elintapaohjauksen alkuvaiheessa ja ainoana motivointikeinona se on tulokseton. Perinteinen ohjaustapa on saattanut sisältää myös herätysvaiheen, jossa ohjattavaa pelotellaan riskitekijöillä ja maalataan kauhukuvia, jos muutosta ei muuten tunnu tapahtuvan. Informaatio erilaista terveysriskeistä on jo sinällään ahdistavaa, joten ohjaustyylin tulisi olla tietoa pehmentävää eli sillä on merkitystä, miten ohjaaja esittää asian. (Turku 2007, 36-37). Absetzin ja Hankosen (2017, 1016) mukaan terveysriskitiedon antaminen ei välttämättä riitä muutosaikomukseen tai toteutukseen. Mikäli halutaan vaikuttaa riskitiedolla, tulee varmistaa, että ohjattavalla on tarpeeksi positiivisia odotuksia elintapojen muuttamiseen sekä uskoa ja luottamusta, että pystyy siihen. Uhkakuvat ilman pystyvyyden vahvistamista johtavat muutosvastarintaan ja torjuntaan muutoshalun sijaan.

Muutostarve, esimerkiksi halu laihtua, ei ole sama asia kuin muutosvalmius eli se, onko valmis tekemään asian hyväksi jotain konkreettisesti. Ohjaaja ei tällöin pysty arvioimaan ohjattavan motivaation tasoa tai ennustamaan hänen tulevaa käyttäytymistään. Luotettavampaa tietoa saadaan ohjattavan omien itsearviointien avulla. Ohjattavan omat arviot ja näkemykset tilanteesta toimivat päätöksenteon tukena. Muutosvalmius ei myöskään ole pysyvä ominaisuus ihmisessä vaan hyvinkin tilanne- ja aikasidonnainen. Ohjaaja ei voi omalla toiminnallaan nopeuttaa muutosprosessin kulkua, mutta hän voi tukea ja vahvistaa, tai hidastaa sitä. Ohjattavan elämäntilanne on kuitenkin muutosvalmiutta eniten määrittävä tekijä, joten ohjattavat saattavat olla hyvin eri lähtökohdissa. (Turku 2007, 40-41.) Taulukossa 4 on esitetty Turun (2007) mukaiset voimaantumista tukevat motivoivan ohjauksen periaatteet.

Taulukko 4. Motivoivan ohjauksen periaatteet (Turku 2007, 41-43).

| <b>Motivoivan ohjauksen periaatteet osana voimaantumista</b>               |
|--|
| • Motivoituminen tapahtuu mahdollisuuden, ei pakon kautta                  |
| • Motivoivan ilmapiirin luomisessa käytetään vuorovaikutuksellisia keinoja |
| • Tieto ei ole riittävä tuki muutokseen                                    |
| • Motivaatio nousee itsestä, ei ohjaajan määräyksestä tai tarpeesta        |
| • Motivoiva ohjaus on tyyliltään muutokseen houkuttelevaa ja valmentavaa   |
| • Muutosvalmius on tilannesidonnainen tekijä                               |

### 6.3.1 Motivoiva haastattelu terveyden edistämisen menetelmänä

Motivoivan haastattelun menetelmää ja motivoivia vuorovaikutustapoja käytettiin kehittämistyössä ryhmäohjauksen ja ohjausmallin suunnittelun ja toteutuksen perustana. Ohjauksessa oli tarkoitus olla valmentava ote, ja ohjauksen sisällön asiakaslähtöistä, osallistujan motivaatiota ja voimavaroja tukevaa. Motivoivan haastattelun periaatteita pyrittiin toteuttamaan ryhmäkeskusteluissa esimerkiksi kuuntelemalla aktiivisesti, esittämällä avoimia kysymyksiä, tukemalla muutospuhetta ja antamalla positiivista palautetta.

Järvisen (2014) mukaan motivoivan haastattelun avulla voidaan saada potilas motivoitumaan muutokseen, suunnittelemaan itse elintapamuutoksia ja sitoutumaan niihin. Motivoiva haastattelu on Millerin 1980-luvulla esittelemä, ammattilaisen ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön perustuva, asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan asiakkaan motivaatiota elämäntapamuutokseen. Menetelmä kehitettiin alun perin erilaisten riippuvuuksien hoitoon. Menetelmässä olennaista on pyrkiä selvittämään asiakkaan omat arvot ja tavoitteet, tavoiteltavan muutoksen merkitys ja käytettävissä olevat resurssit, sillä nämä ohjaavat potilaan motivoitumista. Motivaatio voidaan myös tuhota, sillä yleensä asiakkaat eivät halua, että joku käskee tai kertoo miten tulisi elää. Tästä syystä suostuttelua, taivuttelua ja suorita kehoituksia tulisi välttää, sillä se aiheuttaa vain vastarintaa. Holhoava lähestymistapa ei kuulu motivoivaan haastatteluun. (Järvinen 2014.)

Millerin ja Rollnickin (2013) mukaan motivoiva haastattelu on asiakaslähtöinen, muutostavoitteeseen suuntaava keskustelutapa, jossa kiinnitetään erityisesti huomiota asiakkaan muutosta koskevaan puheeseen. Sen tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota ja sitoutumista muutokseen, herättelemällä ja tutkimalla hänen omia syitä muutokselle. Tämä tapahtuu hyväksyvässä ja myötätuntoisessa hengessä, ilman syyllistämistä. Absetzin ja Hankosen (2017, 1017) mukaan keskeistä menetelmässä on juuri yhteistyöorientaatio asiakkaan ongelmien ratkaisemiseksi ja tätä tukevat vuorovaikutustekniikat. Muutospuhetta pyritään herättelemään sen sijaan, että ammattilainen perustelisi muutostarvetta. Motivoivan haastattelun keskeiset periaatteet Millerin ja Rollnickin (2013) mukaan esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Motivoivan haastattelun keskeiset periaatteet (Miller & Rollnick 2013).

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empatian osoittaminen:</b><br/>Asiakas kokee, että ammattilainen on kiinnostunut hänestä ja hänen asioistaan. Yksinkertainen tapa osoittaa kiinnostusta on pitää katsekontakti asiakkaaseen, kuunnella tarkkaavaisesti ja äänellä välillä hyväksyvästi.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Asiakkaan itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen:</b><br/>Pyritään tunnistamaan ja tukemaan asiakkaan omia vahvuuksia, löydetään ensin asian hyvät puolet ja nähdään pienikin edistymisen.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ristiriidan voimistaminen nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä:</b><br/>Tuodaan esille epäsuhtaa asiakkaalle tärkeiden arvojen ja tavoitteiden sekä nykyisen käyttäytymisen välillä, autetaan siten asiakasta itse puhumaan muutoksen puolesta.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vastarinnan myötäileminen ja väittelyn välttäminen:</b><br/>Ammattilainen ei provosoidu, vaikka asiakas olisi eri mieltä eikä toimi toivotulla tavalla. Myötäillään ja osoitetaan ymmärrystä, eikä kritisoi asiakasta. Jos asiakas pysyy kannassaan, ammattilaisen todistelu ei yleensä paranna asiaa. Aihe kannattaa jättää hetkeksi ja palata siihen myöhemmin.</li> </ul> |

Ihmisen oma rooli motivaation synnyttämisessä ja ylläpidossa on keskeinen. Asiakkaan rooli vahvistuu, kun ohjaussuhde on luottamuksellinen ja ammattilainen hyväksyy muutosvastarinnan. Tehokkaimpia ovat ohjaustavat, jotka tukevat asiakkaan autonomian eli itsemääräämisoikeuden kokemusta. Motivoivassa haastattelussa keskeisiä tekniikoita ovat: 1) motivoivat vuorovaikutustavat kuten aktiivinen kuuntelu, avoimet kysymykset, reflektio ja yhteenvedot, 2) muutosvastarinnan käsittely ja muutospuheen tukeminen, 3) sitoutumisen vahvistaminen, 4) tavoitteiden asettaminen ja 5) keinojen vahvistaminen. (Absetz & Hankonen 2011, 2268.) Motivoiviin haastattelutaitoihin Turun (2007) mukaan kuuluvat avoimien kysymysten, reflektioivan toiston ja yhteenve-tojen teon lisäksi positiivinen palaute.



Motivoiva haastattelu on pienellä panostuksella toteutettava, vaikuttava menetelmä. Se sopii monenlaisille asiakkaille, eikä edellytä asiakkaalta muutosvalmiutta. Motivoivan haastattelun on todettu sopivan kaikkiin elämäntapoihin ja sillä on pitkäkestoisia vaikutuksia. Tehokkaita keinoja ovat ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan täydennettynä muilla tavoitteellisen toiminnan tekniikoilla. Tavoitteellisen toiminnan elementtejä ovat esimerkiksi tarkkojen muutostavoitteiden asettaminen ja toimeenpanon suunnittelu, oman käyttäytymisen seuranta sekä palautteen antaminen toiminnasta tai sen vertaaminen tavoitteeseen. (Absetz & Hankonen 2011, 2265-2268.)

Turku (2007, 50-53) nostaa esille motivoivan haastattelun merkityksen etenkin asiakkaan itsearvioinnin tukemisessa. Itsearvioinnit antavat mahdollisuuden arvioida elintapojen vaikutuksia omaan terveyteen, muokata uusia sisäisiä toimintamalleja sekä työstää tilanteeseen vaikuttavia ulkoisia tekijöitä. Jotta asiakkaan motivaatioprosessissa päästäisiin eteenpäin kohti avointa ja aitoa dialogia, vaatii se ohjaajalta motivoivien haastattelu- ja vuorovaikutustaitojen omaksumista. Absetz ja Hankonen (2017, 1020) kannustavat ammattilaista käyttämään motivaation ja pystyvyyden vahvistamiseksi yksittäisiä keinoja, kuten aktiivista kuuntelua ja asiakkaan omien muutosajatusten herättelyä, sillä motivoiva haastattelu kaikkine tekniikoineen on vaikea hallita.

Motivoivan haastattelun voidaan katsoa onnistuneen silloin, kun asiakkaalla on mielessään suunnitelma elintapamuutokseen ryhtymisestä. Jokainen asiakas motivoituu kuitenkin omaan tahtiinsa mahdollisuuksiensa mukaan, eikä sitä voi kiirehtiä. Joskus motivoiva haastattelu voi jättää mieleen pienen ajatuksen alun, joskus se saa heti aikaan suuren muutoksen. (Järvinen 2014.)

### 6.3.2 Tavoitteen asettelu ohjausmenetelmänä

Tässä kehittämistyössä yhtenä menetelmänä ryhmäohjauksessa käytetään elintapamuutostavoitteen asettelu TARMO-tekniikalla ja konkreettisen muutossuunnitelman tekoa.

Tavoitteen asettaminen liittyy vahvasti käyttäytymisen omaseurantaan. Asiakkaan elintapamuutostavoitteen asettamiseksi on käytetty esimerkiksi SMART- tai TARMO –työkalua, joka on kehitetty Englannissa (NHS Health Trainer Handbook 2008), ja on yksi tapa hahmottaa arkipäiväisiä tekemisen tavoitteita. Tavoite ohjaa toimintaa tehokkaammin, kun se on Täsmällinen, Aikataulutettu tai Ajankohtainen, Realistinen, Mitattava ja Olennainen (Absetz & Hankonen 2017, 1018). Tärkeää on asettaa selkeitä ja täsmällisiä tavoitteita, joita asiakas itse aikoo konkreettisesti toteuttaa. Esimerkiksi epä määräisen ”lisään kuidunsaantiani” sijaan täsmällisempi tavoite olisi ”syön kaurapuuroa aina arkipäiväisin”. Tavoitteen tulisi olla aikataulutettu, joko lyhyen tai pidemmän aikavälin tavoite. Saavutettavissa oleva eli realistinen tavoite ylläpitää motivaatiota ja kannustaa jatkamaan. Tavoitteen tulisi olla tarkka eli mitattava, jotta sen toteutumista on helppo mitata ja seurata. Tavoitteen ollessa olennainen asiakas ymmärtää yhteyden tavoitteensa ja terveytensä välillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 58–59.)

Absetzin ja Hankosen (2017) mukaan tavoite tulisi täsmentää vielä toimintasuunnitelmaksi, eli miten, missä, milloin ja kenen kanssa? Suunnitelma lisää todennäköisyyttä tavoitteen toteutumiseksi. Tarpeeksi konkreettisesti ympäristöön sisällytettynä ja helposti toteutettavina TARMO-tavoitteet tukevat tottumusten automatisointia. Toiminnan suunnittelun lisäksi tavoitteen saavuttamista tukee suunnitelma repsahdusten varalle.

Tavoitteiden rooli on sitä vähäisempi, mitä voimakkaampia ja automatisoituneempia tottumukset ovat. Tottumusten luomiseen perustuvassa ohjauksessa tulee huomioida tietoinen motivaatio ja taidot sekä niihin liittyvä pystyvyyden kokemus. Uuden totumuksen tulee olla itse valittu ja helposti toteutettavissa oleva, sillä harjoittelu vaatii motivaatiota. Onnistuminen yhden totumuksen kanssa lisää pystyvyyden tunnetta. Tällä taas on myönteinen vaikutus motivaatioon kokeilla muiden uusien tapojen luomista. (Absetz & Hankonen 2017, 1020.)

#### 6.4 Motivaation tukeminen ryhmäohjauksella

Ryhmämuotoinen toteutus elintapaohjauksessa on lisääntynyt viime vuosien aikana. Ryhmäohjaukselle on kysyntää, sillä ohjausta tarvitsevien ja siitä hyötyvien asiakkaiden joukko kasvaa jatkuvasti. Ennaltaehkäisyyn ja itsehoidon merkityksestä on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä, jota on nostettu viime aikoina paljon esille. Ryhmäohjausta ei tulisi kuitenkaan ajatella yksilöohjausta täysin korvaavana, vaan täydentävänä ohjausmuotona. (Turku 2007, 87.) Yksilö- ja ryhmämuotoisen ohjauksen välillä ei ole pystytty osoittamaan eroa vaikuttavuudessa, siksi lihavuuden hoitosuosituksessa perushoitona pidetään ryhmäohjausta (Käypä hoito -suositus 2013).

Ryhmäohjauksen etuina yksilöohjaukseen verrattuna voidaan pitää kustannustehokkuutta, mutta ennen kaikkea ryhmän vuorovaikutukseen liittyviä etuja kuten ryhmädynamiikkaa. Ryhmämuotoisessa ohjauksessa motivaatio herää ja vahvistuu ryhmän keskinäisestä vuorovaikutuksesta eli ryhmän dynamiikasta. Motivaation syntyyn tarvittava toivon herääminen on yksi terapeuttisista voimista, jotka saadaan usein ryhmäohjauksessa hyödynnettyä yksilöohjausta paremmin. Toinen tärkeä ryhmän vuorovaikutuksen muutosta tukevista voimista on hyväksytyksi tulemisen kokemus. Vertais-tuki ja tunne siitä, että toiset ymmärtävät oman tilanteen, tukevat selviytymistä. Ryhmän on todettu olevan tehokas oppimismuoto, mikä tulee esiin muun muassa siinä, että tietty asia voi saada aivan eri painoarvon ryhmäläisen esiin nostamana kuin ohjaajan esittämänä. Esimerkiksi paljon läpikäyty ravitsemukseen liittyvää tietoa saattaa vasta ryhmätilanteessa synnyttää oivalluksen muiden ryhmäläisten tarinoiden kautta. Oman muutostarinan jakaminen ja muiden tarinoiden kuuleminen ja niistä oppiminen tukevat motivaatiota. Keskeistä muutoksen tukemisessa on sosiaalinen vuorovaikutus ryhmäläisten kesken, mutta myös ohjaajan ja ryhmän kesken. Parhaimmillaan ryhmän dynamiikka tukee paitsi motivaatiota myös uuden oppimista. (Turku 2007, 87-89.)

Toimivan ryhmäohjauksen perusedellytyksiä ovat toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen mukainen suunnittelu ja toteutus. Ryhmän koko vaikuttaa selkeästi ryhmän vuorovaikutukseen. Riittävän pieni ja suositeltava ryhmäkoko on noin 8-12 henkilöä, mikäli tavoitteena on yksittäisen ryhmäläisen huomiointi ja motivoituminen omaan työskentelyyn ja vastuunottoon. Ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa pohdinta omaan työskentelyyn sitoutumisesta ja ryhmäprosessiin sitoutuminen korostuvat. Ohjaajan

tavoitteena ryhmäprosessin ohjauksen lisäksi on ryhmäläisten muutosprosessin käynnistäminen ja tukeminen hyödyntämällä ryhmän vuorovaikutusta. Elintapaohjausryhmille yhtenäistä vaikuttaisi olevan ryhmäläisten nopea ryhmäytyminen ja sitoutuminen ryhmätoimintaan. Ryhmäläiset ovat usein innokkaita ryhmässä kävijöitä, siksi ohjaajaa voikin hämmästyttää se, ettei ryhmään sitoutumisen innokkuus välttämättä merkitse korkeaa sitoutuneisuutta omaan muutosprosessiin. Sosiaaliset syyt saattavat korostua ryhmätyöskentelyn motiiveissa, mutta muutosvalmius omien elintapojen arviointiin saattaa olla olematon eikä olla valmiita aktiiviseen työskentelyyn. Ryhmäläiset voivat monesti odottaa ohjaajalta valmista ratkaisua omaan tilanteeseen. Vastuunottaminen omista terveysasioista onkin usealle uuden opettelua. Perinteisesti sanelemiseen perustuva terveydenhuollon ohjaustapa vaikuttaa vielä usein ryhmäohjaustilanteen taustalla. Tästä syystä heti ryhmän alussa on syytä keskustella ryhmässä sovellettavasta voimaannuttavasta ohjausideologista ja esimerkiksi lähestyä asiaa ryhmälähtöisesti kysymällä mitä odotuksia ryhmäläisillä on ohjaajaa kohtaan. Jos ryhmän tavoitteena on aktivoita osallistujia ottamaan vastuuta omasta käyttäytymisestään ja tekemään itsenäisiä päätöksiä terveytensä suhteen, tämä on tärkeää tuoda selvästi esille. (Turku 2007, 89-91.)

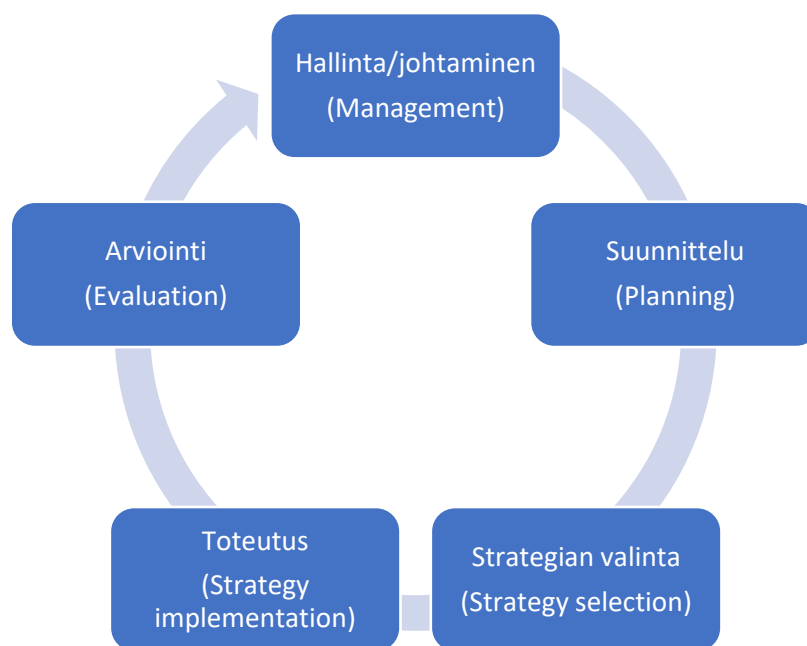
Kehittämistyön ryhmäohjauksessa käytettiin jonkin verran toiminnallisia menetelmiä. Turun (2007, 94-95) mukaan valmentavaa ohjaustyyliä soveltavan ryhmäohjaajan on hyvä tutustua erilaisiin toiminnallisiin menetelmiin. Niitä käytetään yleensä ryhmäläisten itsearviointien tukena, tekemään avoimiksi omia käsityksiä, mielikuvia ja asenteita terveyskäyttäytymisen ja muutosprosessin suhteen. Tarkoituksena ei ole niinkään hyödyntää toiminnallisia menetelmiä ryhmän osallistujien keskinäisten suhteiden tutkimiseksi. Toiminnallisten menetelmien on ajateltu tehostavan elintapojen muuttamiseen liittyvien teemojen käsittelyä niin ajallisesti kuin sisällöllisestikin. Toiminnallisten menetelmien avulla pystytään vahvistamaan ryhmäläisten toimintavalmiuksia ryhmän ulkopuolella, sillä niiden avulla päästään puheesta tekojen tasolle jo ryhmätapaamisten aikana. Kun ohjauksen tavoitteet ovat arjen pienissä muutoksissa ja teoissa, niin ryhmässä on hyvä painottaa siirtymistä puheesta tekoihin. Parhaimmillaan valmentavan muutosohjauksen tukena hyödynnettävät menetelmät ovat yksinkertaisia, esimerkiksi fläppitaululle kerätään osallistujilta ryhmäohjauksen aikana nousseita kysymyksiä, jonka jälkeen kukin valitsee jonkin kysymyksen, jonka selvittää seuraavaksi kerraksi. Myös erilaisten janaharjoitusten käyttö on ryhmissä melko yleistä.

## 7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

### 7.1 Terveyden edistämisen toteutus interventiona

Kehittämistyössä terveyden edistämistä toteutettiin elintapaohjausinterventiona ryhmämuotoisesti. Tutkimus- ja kehittämismenetelmänä hyödynnettiin toimintatutkimusta. Laverackin (2014, 35-37) mukaan terveyden edistämistä voidaan käytännössä toteuttaa ohjelmana, projektina, interventiona tai spesifeinä toimintoina. Terveyden edistämisen ohjelmat ja interventiot voivat sisältää monia erilaisia vaiheita. Tyypillisesti syklissä voidaan erottaa neljä päävaihetta (kuvio 5), joita ovat:

- Suunnittelu (health promotion planning)
- Strategian valinta (strategy selection)
- Strategian toteutus yksilöille, ryhmille sekä yhteisöille (strategy implementation)
- Arviointi (evaluation of health promotion)
- Lisäksi eri vaiheita tulee johtaa ja hallita asianmukaisesti, sekä säännöllisesti raportoida toiminnasta (programme management)



Kuvio 5. Terveyden edistämisen intervention sykli mukailen Laverack (2014, 37).

Terveyden edistämisen interventioiden toteuttamiseen on olemassa monenlaisia teorioita, lähestymistapoja ja strategioita, kuten lääketieteellinen, kasvatuksellinen sekä käyttäytymiseen ja elämäntapoihin liittyvät lähestymistavat (Laverack 2014, 61-67).

Strategiaa pystytään toteuttamaan usealla eri tavalla niin yksilötasolla kuin ryhmässä. Strategian toteuttamistapoja voivat olla esimerkiksi yksilökeskustelut ja neuvonta, vertaisohjaus, asiakaslähtöinen lähestymistapa, voimattomuuden tunteen käsittely, ryhmätyöskentely ja omahoitoryhmät, terveyden lukutaito ja yhteisen päätöksenteon strategiat (Laverack 2014, 74-83).

Ryhmäohjauksessa käytettiin lähestymistapoina itsemääräytymisteoriaa ja tavoitteellisen toiminnan menetelmiä, kuten motivoivia vuorovaikutustapoja sekä tukemista tavoitteiden asettamiseen, oman käyttäytymisen seurantaan ja suunnitteluun, jotka toimivat terveysneuvonnan tukena. Ryhmätyöskentelyn tavoitteena oli tukea elintapamuutoksia ja edistää terveellisiä elintapoja. Toteutuksen jälkeen ryhmäohjausta ja työskentelyä arvioitiin toimintatutkimuksen keinoin osallistujilta kerätyn aineiston ja ryhmäohjaajien tekemien havaintojen perusteella.

## 7.2 Kehittämismenetelmänä toimintatutkimus

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Toimintatutkimuksen määritelmä ei ole yksiselitteinen, sillä se sisältää eri tutkimusmenetelmiä eli on monimenetelmäinen. Toimintatutkimusta pidetään tutkimusstrategiana, jolla lähestytään ja saadaan tietoa ilmiöstä. Toimintatutkimuksessa yhdistyvät sekä laadulliset että määrälliset tutkimusmenetelmät. (Heikkinen 2010, 214; Kananen 2014, 13.) Tutkimuksessa metodien yhdistäminen eli triangulaatio on keino tarkastella ilmiötä useammasta näkökulmasta monipuolisemman näkemyksen saamiseksi ja lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Kananen 2014, 122-123.) Kehittämistyössä hyödynnettiin menetelmä- ja aineistotriangulaatiota, vaikkakin painotettiin laadullista aineistoa. Määrälliset mittaukset (paino, painoindeksi, vyötärön ympäryys ja verenpaine) päätettiin jättää tarkastelun ulkopuolelle, sillä niiden analysointia ei pidetty kehittämistyön lopputuloksen kannalta tärkeänä.

Määrällinen aineisto kehittämistyössä muodostui alkukyselyn taustatiedoista. Laadullisina menetelminä käytettiin teemahaastattelua, havainnointia sekä palautekyselyn avoimia kysymyksiä.

Toimintatutkimuksen tavoitteena on usein ratkaista organisaatiossa ilmenevä käytännön ongelma ja samalla luoda uutta tietoa ja ymmärrystä ilmiöstä (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 58). Oleellisia piirteitä toimintatutkimukselle ovat toiminnan kehittäminen eli muutos, tutkimus, yhteistoiminta sekä tutkijan aktiivinen rooli tutkimuksessa (Kananen 2014, 11; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 58). Kuulan (1999) mukaan toimintatutkimukselle olennaista on, että tuotetaan uutta tietoa ja pyritään tutkimuksen avulla mahdollisimman reaaliaikaisesti edistämään ja parantamaan erilaisia asiointiloja. Käytäntöihin suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin yhdistävät eri toimintatutkimuksia.

Toimintatutkimus on luonteeltaan prosessinomaista, sillä kehittämistyö tapahtuu toisiaan seuraavien syklien avulla. Yksittäisen syklin sisällä toistuvat usein vaiheet: suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi. Toimintatutkimuksessa oleellista on muutoksen aikaansaaminen, mikä edellyttää ilmiön tuntemista ja siihen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. Toimintatutkimuksessa kehittämiskohteena ovat usein ihmisiin liittyvät ilmiöt. Se kohdistuu yksittäiseen tapaukseen ja tulokset pitävät paikkansa ainoastaan kyseisen tapauksen suhteen. (Kananen 2014, 11-14.)

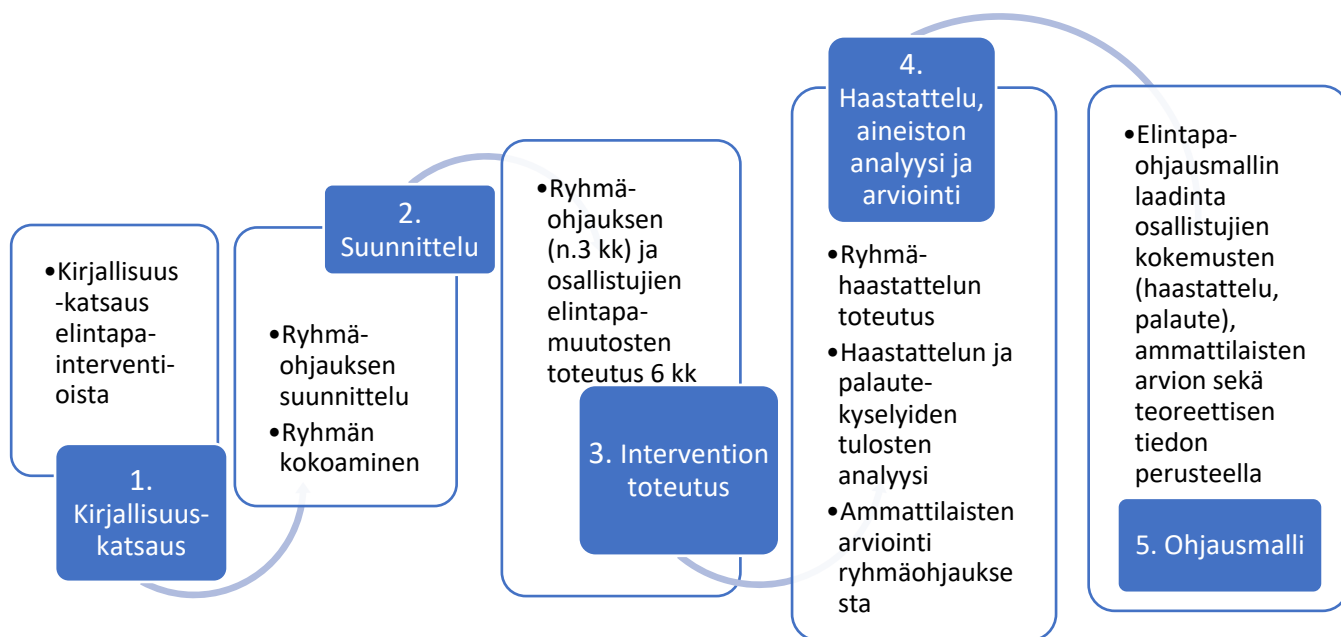
Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta ja sopii tutkimukselliseen kehittämistyöhön, sillä sen avulla pyritään yhdessä ratkaisemaan ongelmia ja saamaan aikaan muutosta. Se soveltuu erityisesti sosiaalisten ja työkäytänteiden sekä työmenetelmien kehittämiseen. Toimintatutkimuksella pyritään käytännön toiminnan ja teoreettisen tutkimuksen vuorovaikutukseen. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 59-60.) Tavoitteena on saada toiminnan ja tutkimuksen avulla käytännöllistä, välitöntä hyötyä tutkimuksesta ja samanaikaisesti pyrkiä kehittämään toimintaa (Heikkinen 2010, 214).

Toimintatutkimus on sopiva menetelmä kyseiselle kehittämistyölle, sillä työssä käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä aineistonkeruumenetelmiä. Kehittämistyön tuotos tarkentui työkäytäntöihin liittyväksi elintapaohjausmalliksi, joten muutoksen kan-

nalta olennaista oli painottaa laadullista aineistoa ja asiakkaiden osallistumista kehittämiseen. Kehittämistyö eteni sykleittäin, ja alkuperäistä suunnitelmaa muokattiin työn edetessä. Toimintaa muutettiin havainnoinnin ja arvioinnin perusteella parempien käytäntöjen aikaansaamiseksi. Elintapaohjausryhmään osallistuneet asiakkaat eli tutkittavat olivat merkittävä osa tutkimusprosessia, toimintaa ja sen arviointia. Toimintatutkimuksen avulla pyrittiin muutokseen ja tehtiin yhteistyötä myös muiden elintapaohjausta toteuttavien ammattilaisten kanssa. Kehittämiseen osallistettiin sekä asiakkaita että ammattilaisia. Kehittämistyön tekijä eli toimintatutkija työskentelee kohdeorganisaatiossa fysioterapeuttina, ja oli keskeisessä osassa muutoksen toteutuksessa ja osallistui itse interventioon olemalla vastuussa intervention toteutuksesta ja ryhmäohjauksesta, tutkimuksen toteutuksesta ja arvioinnista.

#### *Kehittämistyön syklit*

Kehittämistyö eteni toimintatutkimukselle tyypillisesti toisiaan seuraavien syklien avulla ja koostui viidestä syklistä. Ennen ensimmäistä sykliä perehdyttiin opinnäytetyön aiheeseen ja metodologiaan liittyvään kirjallisuuteen, minkä tavoitteena oli aloittaa teoreettisen viitekehyksen rakentaminen sekä tarkentaa ja rajata opinnäytetyön aiheet ja kohderyhmää. Kehittämistyön syklit ja eteneminen esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6. Kehittämistyön eteneminen sykleittäin.



### 7.3 Ensimmäinen sykli: Kirjallisuuskatsaus

Ensimmäisessä syklissä toteutettiin kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitettiin elintapainterventioiden saavutettuja vaikutuksia sekä interventioiden sisältöjä ja niissä käytettyjä menetelmiä. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli luoda teoreettinen pohja ryhmämuotoisen ohjauksen suunnittelulle ja toteutukselle sekä myöhemmin elintapaohjausmallin suunnittelulle. Kirjallisuuskatsauksen tulokset on esitetty aiemmin kirjassa 4.

Toisen syklin tavoitteena oli rekrytoida sopivat asiakkaat elintapaohjausryhmään sekä suunnitella ryhmän toteutus. Kolmas sykli sisälsi varsinaisen ryhmäohjauksen toteutuksen eli intervention. Neljännessä syklissä toteutettiin ryhmään osallistujien haastattelu sekä palautekyselyt, arvioitiin ryhmäohjauksen toteutumista ja analysoitiin tulokset. Viidennessä syklissä laadittiin valmentava elintapaohjausmalli osallistujien kokemusten ja tulosten sekä näyttöön pohjautuvan tiedon perusteella. Suunnittelu, toiminta, havainnointi ja arviointi toistuivat jokaisessa syklissä.

### 7.4 Toinen sykli: Suunnittelu ja ryhmän kokoaminen

Elintapaohjausryhmän sisältöä ja aikataulua suunniteltiin elintapaohjaajien kanssa yhteistyössä, vaikka päävastuu suunnittelusta oli kehittämistyön tekijällä. Sisällön ja aikataulutuksen määrittelyssä käytettiin apuna aiheeseen liittyvää tutkimustietoa ja kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Ryhmäohjauksessa hyödynnettiin myös osittain Sydänliiton Tulppa-ryhmäohjausmallia, joka on aiemmin ollut organisaatiossa käytössä. Ryhmässä käsiteltävät teemat määriteltiin kohderyhmälle sopiviksi, ja ne tarkentuivat vielä ryhmäohjauksen edetessä ryhmäläisten toiveiden ja tarpeiden mukaan. Kehittämistyön tekijä laati osallistujille lähetettävät alkukyselyt (LIITE 4), ryhmäohjelman sisältävän saatekirjeen (LIITE 5), tutkimuksen suostumuslomakkeet ja tiedotteet (LIITE 6), sekä hoiti muut käytännön valmistelut.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat ylipainoiset tyypin 2 diabeetikot tai muuta valtimotautia sairastavat tai kohonneen sairastumisriskin aikuiset. Tarkempaa rajausta iän suhteen ei tehty, jotta ryhmä saatiin varmasti koottua pienestä väestöpohjasta. Elinta-

paohjausryhmästä laadittiin esite, jota jaettiin organisaation elintapaohjaustyötä tekeville ammattilaisille ja odotustiloihin. Sairastumisriskin selvittämiseksi ja ryhmään ohjautumisen apuna käytettiin diabeteksen riskitestiä (Lindström & Tuomilehto 2001). Asiakkaan tuli olla ylipainoinen (BMI vähintään 25) ja halukas elintapamuutosten toteuttamiseen ryhmässä. Ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen osallistujat rekrytoitiin aikuisneuvolan terveydenhoitajien tai fysioterapeuttien vastaanotoilta yksilökäynnin tai -käyntien jatkoksi. Ammattilainen kertoi elintapaohjausryhmästä sopiviksi arvioituille henkilöille. Henkilöiltä tiedusteltiin suullisesti halukkuutta ja motivaatiota ryhmään osallistumiseen ja elintapamuutosten toteuttamiseen. Osa ilmoittautui ryhmään itse ottamalla ryhmäohjaajaan puhelimitse yhteyttä.

#### 7.4.1 Osallistujien taustatiedot

Ryhmäohjauksen alussa ryhmään osallistui yhdeksän henkilöä, joista kaikki olivat naisia. Yksi henkilö keskeytti ryhmän jo toisen ryhmäkerran jälkeen terveydellisistä syistä, joten seuraavassa tarkastellaan taustatietoja kahdeksan henkilön osalta. Osallistujien ikäjakauma vaihteli 53-72 vuoden välillä. Osallistujista kuusi ilmoitti olevansa eläkkeellä ja kaksi työelämässä. Painoindeksiä tarkastellessa suurin osa eli kuusi osallistujaa oli vaikeasti tai sairaalloisesti lihavia, ja kaksi merkittävästi tai lievästi lihavia. Verenpainetauti ilmoitti sairastavansa lähes kaikki eli seitsemän kahdeksasta, ja tyyppin 2 diabetesta puolet osallistujista. Lonkan tai polven nivelrikosta johtuvia kipuja kokivat kaikki osallistujista. Taulukossa 5 esitettynä tarkemmin ryhmään osallistuneiden taustatiedot.

Taulukko 5. Elintapaohjausryhmään osallistuneiden taustatiedot.

| Taustatiedot                | n=8 | %    |
|-----------------------------|-----|------|
| <b>Ikä</b>                  |     |      |
| 53-62 v.                    | 5   | 62,5 |
| 63-72 v.                    | 3   | 37,5 |
| <b>Painoindeksi (BMI)</b>   |     |      |
| Lievä lihavuus <30          | 1   | 12,5 |
| Merkittävä lihavuus 30-34.9 | 1   | 12,3 |
| Vaikea lihavuus 35-39.9     | 3   | 37,5 |
| Sairaaloinen lihavuus 40>   | 3   | 37,5 |
| <b>Työtilanne</b>           |     |      |
| työelämässä                 | 2   | 25   |
| eläkkeellä                  | 6   | 75   |

|                                    |   |      |
|------------------------------------|---|------|
| <b>Koulutus</b>                    |   |      |
| kansa-/perus-/keskikoulu           | 1 | 12,5 |
| ammattikoulu/lukio                 | 1 | 12,5 |
| opistotutkinto                     | 5 | 62,5 |
| korkeakoulututkinto                | 1 | 12,5 |
| <b>Siviilisäät</b>                 |   |      |
| naimisissa                         | 3 | 37,5 |
| naimaton                           | 3 | 37,5 |
| eronnut/leski                      | 2 | 25   |
| <b>Sairaudet ja tule-sairaudet</b> |   |      |
| Verenpainetauti                    | 7 | 87,5 |
| Diabetes                           | 4 | 50   |
| Masennus / mielialalääke           | 4 | 50   |
| Astma                              | 1 | 12,5 |
| Uniapnea                           | 1 | 12,5 |
| Fibromyalgia                       | 1 | 12,5 |
| <br>                               |   |      |
| Nivelrikko ja -kivut               | 8 | 100  |
| Polven nivelrikko/kivut            | 6 | 75   |
| Lonkan nivelrikko/kivut            | 3 | 37,5 |
| Olkapään nivelrikko/kivut          | 2 | 25   |
| Selkävivot                         | 4 | 50   |
| <b>Tupakointi</b>                  |   |      |
| ei                                 | 7 | 87,5 |
| kyllä, säännöllisesti              | 0 | 0    |
| satunnaisesti                      | 1 | 12,5 |

Ryhmään osallistujat arvioivat alkukyselyssä omia liikunta- ja ruokailutottumuksiaan sanallisesti. Alkukyselyssä tiedusteltiin lisäksi minkälaisia toiveita, odotuksia ja tavoitteita osallistujilla on ryhmätoiminnan suhteen sekä mihin elintapa-asioihin he erityisesti kaipaivat muutosta ja ohjausta. Ryhmäläisten toiveet, tavoitteet ja muutostarpeet liittyivät liikunta- ja ruokailutottumuksien muuttamiseen, painonhallinnan tukeen, tiedon ja keinojen saamiseen, vertaistuen kokemiseen, motivaation ja voimavarojen lisäämiseen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

### 7.5 Kolmas sykli: Intervention toteutus

Tutkimuksen kolmantena syklinä toteutettiin interventio eli ryhmäohjaus. Kehittämistyössä ryhmäohjauksen synonyymeinä käytetään käsitettä elintapaohjausryhmä tai joissakin yhteyksissä pelkkä ryhmä. Elintapaohjausryhmä sisälsi painonhallintaa ja elintapamuutoksia tukevaa, käyttäytymisen muutokseen tähtäävää ohjausta. Ryhmässä

käsiteltiin erilaisia hyvinvointiin liittyviä osa-alueita, kuten liikunta- ja ruokailutottumuksia, unta ja psyykkisiä voimavaroja. Ryhmäohjauksessa painottuivat liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvät tekijät ja niihin liittyvä tietous, mutta huomioitiin myös psykososiaalisia tekijöitä ja muita hyvinvoinnin osa-alueita, kuten uneen ja unenhuoltoon, stressiin ja psyykkisiin voimavaroihin liittyviä asioita.

#### *Ryhmäohjauksen toteutus*

Elintapaohjausryhmä sisälsi yhteensä yhdeksän ryhmäkertaa. Kahdeksan kertaa eli ryhmän tiiviimpi ohjausjakso sijoittui kolmen kuukauden ajalle toteutuen huhti-kesäkuussa 2019. Yhden ryhmäkerran kesto oli noin kaksi tuntia ja toteutui keskiviikkoiltapäivisin klo 14-16. Ensimmäiset neljä kertaa toteutuivat huhtikuussa viikon välein, seuraavat kaksi toukokuussa kahden viikon välein ja seuraavat kaksi kertaa kesäkuussa kahden ja kolmen viikon välein. Kahdeksaa ryhmäkertaa seurasi kolmen kuukauden mittainen omatoiminen jakso. Seurantatapaaminen toteutui syyskuun 2019 lopussa, eli noin kuuden kuukauden kohdalla ryhmän aloituksesta.

Jokainen ryhmäkerta koostui tietyistä teemasta, esimerkiksi terveellinen syöminen, jonka käsittelyyn käytettiin aikaa 1-1,5 tuntia. Teeman mukaista aiheen käsittelyä seurasi liikunnallinen osio kestoltaan puolesta tunnista tuntiin. Ryhmäohjauksen vastuuohjaajana toimi kehittämistyön tekijä eli toimintatutkija. Elintapaohjaukseen ja -valmennukseen lisäkoulutautunut terveydenhoitaja toimi työparina ensimmäisellä ja viimeisellä kerralla pääasiassa mittausten apuna, sekä terveellistä syömistä käsittelevällä kerralla. Psykologi oli työparina psyykkistä hyvinvointia käsittelevällä ryhmäkerralla. Toteutunut ryhmäohjelma ja ryhmäkertojen sisältö taulukossa 6 (LIITE 7).

Ryhmäohjauksessa pyrittiin painottamaan ryhmäläisten välistä vuorovaikutusta ja asiakas- ja ryhmälähtöisyyttä ohjaajakeskeisen tyylin sijaan. Ryhmäkerrat sisälsivät ryhmäläisten välisiä keskusteluja, jotka toteutuivat pareittain, pienryhmissä tai koko ryhmän kesken. Ryhmäohjauksessa hyödynnettiin toiminnallisia menetelmiä etenkin itsearviointien, mutta myös ryhmädynamiikan tukena, elintarvikkeiden tuotepakkauksiin ja resepteihin tutustumista sekä janaharjoituksia. Ohjattu liikunnallinen osio oli mahdollisuuksien mukaan määritelty teeman kanssa yhteensopivaksi, esimerkiksi psyykkisen hyvinvoinnin aihetta seurasi rauhallinen venyttely ja rentoutus.

Ryhmäohjauksessa motivoivan haastattelun periaatteita ja menetelmiä pyrittiin hyödyntämään ryhmäkeskusteluissa ja itsearviointien toteuttamisessa esittämällä avoimia kysymyksiä, antamalla positiivista palautetta, refleктоimalla ja tekemällä keskusteluista yhteenvetoja. Tämä tapahtui käytännössä joko koko ryhmälle, pienryhmälle tai yksittäisesti jollekin ryhmäläiselle. Ohjaaja pyrki tarttumaan ryhmäläisten muutospuheeseen ja tukemaan sitä, sekä myötäilemään mahdollista vastarintaa ja kuuntelemaan aktiivisesti osoittaen empatiaa. Ohjaaja pyrki tietoisesti välttelemään provosoitumista ja väittelyä sekä tarvetta todistella asioita. Ristiriitoja osallistujien tavoitteiden ja arvojen sekä nykyisen käyttäytymisen välillä pyrittiin tuomaan esiin pehmeästi.

Ensimmäisellä ryhmäkerralla keskusteltiin ryhmäläisten toiveista ja odotuksista sekä käytännön toteutuksesta. Toiveiden mukaan ryhmän sisältö täsmentyi. Tutustumisharjoituksena jokainen ryhmäläinen ja ohjaajat valitsivat pöydälle levitetyistä valokuvista yhden tai kaksi kuvaa, joiden avulla kertoivat itsestään, omasta tilanteestaan ja odotuksistaan ryhmää kohtaa. Seuraavaksi ohjaaja piti lyhyen alustuksen muutossuunnitelman ja konkreettisten tavoitteiden merkityksestä ja käyttäytymisen muutoksesta. Tämän pohjalta jatkettiin keskustelua yhteisesti, pohdittiin omia arvoja ja niiden yhteyttä omaan tavoiteltavaan muutokseen. Alkukartoituksen apuna hyödynnettiin Sydänliiton OTA-mittaria (Turku 2007), jolla niin ohjaaja kuin asiakaskin sai helposti selville mihin elintapamuutoksen avaintekijään kaipaa ensisijaisesti ohjausta ja tukea, ja mihin asiaan asiakas on jo tyytyväinen. Ensimmäisellä kerralla toteutettiin alkukartoituksena painon, vyötärön ympäryksen ja verenpaineen mittaukset terveydenhoitajan toimesta. Välitehtävänä oli miettiä itselleen konkreettinen pieni teko, jota alkaa toteuttaa. Lisäksi ryhmäläisille annettiin mukaan täytettäväksi Sydänliiton Testaa syömistottumuksesi –kysely, jonka oli tarkoitus johdatella seuraavaan aiheeseen.

Toisella kerralla teemana oli terveellinen syöminen ja tavoitteen asettelu. Kolmannella kerralla jatkettiin terveellisen syömisestä aihealueesta, sillä ryhmäläisissä oli virinnyt paljon keskustelua ja osa ohjausmateriaalista oli vielä tarkoituksenmukaista käydä läpi. Tavoitteen asettelua toteutettiin TARMO-tekniikalla, joka on esitelty edellä. Tavoitteen asettelun taustaa käytiin ensin läpi ohjaajan johdolla, jonka jälkeen hyödynnettiin pari- ja pienryhmäpohdintaa. Valmis tavoite kirjattiin ylös muutossuunnitelmaan, ja muutossuunnitelma oli tarkoitus saattaa valmiiksi kotona (Sydänliitto OTA-

liikunta- tai OTA-ravinto-lomake). Ohjaajan johdolla käytiin läpi terveellisiin ruokailutottumuksiin ja ravitsemussuosituksiin liittyvää materiaalia, kuten ateriarytmiä, lautasmallia ja rasvan laatua. Samanaikaisesti ohjaaja kyseli ryhmäläisiltä heidän näkökulmiaan omista syömistottumuksistaan. Ryhmäläiset toivat esille viime välitehtävässä eli syömistottumustestissä nousseita asioita, joista saattoi joillekin muodostua myös konkreettisia tavoitteita. Ateriarytmin toteutumisesta toteutettiin paritehtävä. Käytännönläheiset muutossuunnitelmat käytiin kolmannella kerralla ryhmässä läpi siten, että jokainen halukas sai kertoa suunnitelmastaan ryhmälle. Muutossuunnitelmaan liittyen pohdintaa motivaation ylläpitoon ja repsahdusten harjoitteluun olisi saanut olla enemmän. Valtimoterveysten avaintekijöitä ja niihin liittyviä valintoja käytiin lyhyesti läpi, jonka jälkeen pohdintaa ja keskustelua siitä, miten ne toteutuvat omassa arjessa ja miten kyseisiä tekijöitä voisi parantaa. Välitehtäväksi kolmannelta kerralta ryhmäläiset saivat täytettäväksi Sydänliiton liikuntatottumukset-kyselyn ja pohdittavaksi, mistä omat arkiliikunnan askeleet kertyvät.

Neljännän ryhmäkerran teemana oli liikuntaan liittyvät tottumukset. Ryhmä aloitettiin kertomalla omista liikuntatottumuksista testin perusteella. Tämän jälkeen käytiin läpi terveysliikunnan suosituksia ja diabeetikon liikunnan erityispiirteitä, ja peilattiin omia tottumuksia niihin. Pohdittiin keinoja liikuntatottumusten muuttamiseen ja liikunnan lisäämiseen. Materiaaliksi kotiin ryhmäläiset saivat muun muassa kuntokortin, johon voi halutessaan merkitä päivittäiset liikuntasuoritukset. Kuntosaliharjoittelulle oli varattu aikaa noin tunti. Osa ryhmäläisistä halusi jäädä liikuntahallin pihalla olevaan puistoon, jossa oli kuntosalilaitteita. Liikuntatottumuksiin liittyvää keskustelua jatkettiin kuntosaliharjoittelun lomassa vapaamuotoisesti. Kuntosaliharjoittelu liikuntamuotona jakoi ryhmäläisten mielipiteitä puolesta ja vastaan.

Viides kerta aloitettiin toiminnallisella janaharjoituksella siten, että ryhmäläisiä pyydettiin asettumaan lattiaan teipatulle asteikolle, yhdestä kymmeneen, eri itsearviointien suhteen: Kuinka hyvin olen onnistunut? Paljonko luotan omien tavoitteiden toteutumiseen? Paljonko olen valmis panostamaan jatkossa muutosten toteutumiseen? Ryhmäläiset suhtautuivat janaharjoitukseen positiivisin ja innostunein mielin. Tässä vaiheessa ryhmäläiset olivat jo tuttuja toisilleen. Janaharjoitusta yksinkertaisuudessaan olisi voinut hyödyntää enemmänkin, esimerkiksi jokaisen ryhmäkerran alussa

kuulumisten vaihdossa. Ryhmäläiset olivat saaneet viime kerralla välitehtäväkseen kerätä ja tutustua erilaisiin elintarvikkeiden pakkausselosteisiin ja sydänmerkkituotteisiin. Ryhmäläisten mukanaan tuomia tuotepakkauksia esiteltiin ja tutkittiin ravintosisältöjä verraten niitä ravitsemussuosituksiin. Toiminnallinen pakkausten tutkiminen synnytti rakentavaa pohdintaa ja ideoita uusien tuotteiden kokeilemiseksi.

Kuudennella ryhmäkerralla asiantuntijana oli psykologi ja teemana psyykinen hyvinvointi. Psykologin johdolla pohdittiin keskustellen psyykkisen hyvinvoinnin osatekijöitä, omia vahvuuksia, onnistumisia ja voimavaroja sekä pohdittiin omien arvojen toteutumista suhteessa tavoitteisiin. Ryhmäkerran tavoitteena oli erityisesti osallistujien voimaantumisen ja pystyvyyden tunteen vahvistaminen.

Uni ja stressinhallinta olivat seitsemännen kerran teemana, jossa käytiin läpi edellisellä kerralla välitehtäväksi saadut uneen liittyvät kyselyt ja näiden pohjalta keskustelua. Pohdittiin ryhmälähtöisesti keinoja unenhuoltoon, parempaan nukkumiseen sekä stressinhallintaan. Ohjaajan johdolla virisi keskustelua myös unen yhteyksistä ja vaikutuksista liikuntaan ja ravintoon. Välitehtäväksi osallistujat saivat asiakseen panostaa omassa arjessa yhteen pieneen tekoon, joka liittyy unen parantamiseen tai stressinhallintaan. Osallistujien konkreettisia keinoja olivat muun muassa rauhallisen liikunnan lisääminen iltaan, hiilihydraattipitoisen iltapalan syöminen tai päivärytmin muuttaminen.

Kahdeksas kerta oli viimeinen ryhmäkerta ennen omatoimista jaksoa. Tällöin arvioitiin sen hetkistä tilannetta verrattuna alussa asetettuihin tavoitteisiin ja muutossuunnitelmaan, sekä pohdittiin onnistumisia ja kehittämiskohteita. Ryhmän tärkeimmät opit ja oivallukset kerättiin yhteisesti fläppitaululle. Jokainen osallistuja pohti vielä konkreettista jatkosuunnitelmaa, miten jatkaa tästä eteenpäin. Ryhmän lopussa jokaiselle osallistujalle jaettiin palautekysely, jonka osallistujat saivat tehtäväkseen täyttää kotona ja tuoda mukanaan kolmen kuukauden kuluttua seurantakäynnille. Niille, jotka eivät osallistuneet kyseiseen ryhmäkertaan, kysely postitettiin.

Seurantatapaaminen toteutui noin kuusi kuukautta ryhmän aloituksesta eli syyskuun 2019 lopulla. Seurantatapaamisen aikana toteutettiin samat fyysiset mittaukset (paino, vyötärön ympäryys, verenpaine) kuin alussa, jolloin osallistujat pystyivät seuraamaan

omaa kehitystään. Paikalla oli viisi osallistujaa, jotka palauttivat palautekyselyt. Ryhmähaastattelu toteutettiin seurantatapaamisen jälkeen paikalla olleiden viiden osallistujan kanssa.

#### 7.6 Neljäs sykli: Aineistonkeruu, analysointi ja ryhmäohjauksen arviointi

Neljännessä syklissä toteutettiin ryhmähaastattelu, analysoitiin haastattelun ja palautekyselyjen tulokset sekä arvioitiin ryhmäohjauksen toteutumista.

Ryhmäohjauksen kokemuksia ja vaikutuksia osallistujien näkökulmasta sekä osallistujien elintapamuutoksiin vaikuttavia tekijöitä tarkasteltiin ryhmähaastattelun ja palautekyselyiden tuottaman aineiston pohjalta. Seuraavassa on esitelty tarkemmin aineiston keruun ja analysoinnin eteneminen, ryhmähaastattelun toteutus ja ryhmäohjauksen arvioinnin toteutus ammattilaisten näkökulmasta.

##### 7.6.1 Aineistonkeruu ja analysointi

Tutkimusaineisto muodostui pääasiassa laadullisesta aineistosta, eli ryhmähaastattelusta, palautekyselystä sekä tutkijan havainnoista ja elintapaohjaajien arviosta. Aineistonkeruu tapahtui ennen interventiota ja intervention jälkeen, eli ryhmäohjausta ennen ja kuuden kuukauden kuluttua ryhmäohjauksen aloituksesta. Ryhmään osallistujat vastasivat ennen ryhmäohjauksen aloitusta puolistrukturoituun alkukyselyyn, jossa tiedusteltiin osallistujan taustatietoja (ikä, sukupuoli, työtilanne, perussairaudet, tulevaisuus), omaa arviota nykyisistä elintavoista ja liikunta- ja ruokailutottumuksista, sekä odotuksia ja toiveita ryhmän suhteen. Alkukyselystä saatiin sekä määrällistä että laadullista aineistoa.

Ryhmäohjauksen alku- ja seurantamittauksiin kuuluivat painon, painoindeksin (BMI), vyötärön ympäryksen ja verenpaineen mittaukset. Fyysiset mittaukset päätettiin alku- peräisestä suunnitelmasta poiketen jättää kehittämistyön tulosten tarkastelusta ulkopuolelle. Tuloksissa keskityttiin laadullisen, ryhmähaastattelulla kerätyn aineiston tarkasteluun ryhmäohjauksen koetuista vaikutuksista ja osallistujien kokemuksista, joita hyödynnettiin ohjausmallin laadinnassa.



Kuuden kuukauden kohdalla ryhmäohjauksen aloituksesta toteutettiin ryhmähaastattelu teemahaastattelun menetelmää käyttäen. Haastattelun teemat liittyivät osallistujien elintapamuutosten ja tavoitteiden saavuttamiseen, elintapamuutoksien toteuttamiseen vaikuttaviin psyykkisiin ja fyysisiin tekijöihin, sekä osallistujien ryhmäohjauksen kokemuksiin ja tuen tarpeeseen (LIITE 8). Lisäksi osallistujilta kerättiin kirjallista palautetta ryhmän toiminnasta palautekyselyllä (LIITE 9). Avoimia kysymyksiä sisältävään palautekyselyyn vastattiin anonymisti ja se palautettiin kirjekuoressa. Kehittämistyön tekijä toimi ryhmän ohjaajana sekä toteutti ryhmähaastattelun, joten se, että osallistujalla on mahdollisuus antaa palautetta nimettömästi, lisää luotettavuutta. Laadullinen aineisto koostui ryhmähaastattelun ja palautekyselyjen lisäksi ryhmäohjaajien havainnoista ja arvioinnista sekä kehittämistyön tekijän tutkimuspäiväkirjan merkinnöistä.

#### *Ryhmähaastattelun toteutus*

Kehittämistyön keskeiseksi aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, koska haluttiin saada mahdollisimman paljon tietoa kyseisestä aiheesta. Haastattelun etuna kyselyyn verrattuna on ennen kaikkea joustavuus, koska haastattelijaa saa olla vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa ja voi esimerkiksi toistaa kysymyksen, selvittää ilmauksia ja oikaista väärinkäsityksiä. Haastattelijaa voi toimia samalla myös havainnoitsijana. Haastatteluun valikoitui henkilöt, jotka olivat ryhmäohjauksessa mukana eli heillä on kokemusta tutkittavasti ilmiöstä ja omakohtaista tietoa aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-86.)

Teemahaastattelu etenee nimensä mukaisesti tiettyjen keskeisten teemojen varassa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Tämä tuo tutkittavien äänen kuuluviin ja ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat ja asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Teemahaastattelun katsotaan olevan puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jolle on ominaista, että jokin haastattelun näkökulma on lyöty lukkoon, mutta siitä puuttuu strukturoidulle haastattelulle ominaiset tarkat kysymykset ja niiden järjestys. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48.)

Tässä kehittämistyössä teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Yksilöhaastattelun sijaan haastattelumuodoksi valikoitui ryhmähaastattelu ajankäytön vuoksi, mutta myös ryhmän vuorovaikutuksellisten tekijöiden esiintuomiseksi. Hirsjärvi ja

Hurme esittävät (2008, 61-63), että ryhmähaastattelulla on merkitystä erityisesti silloin, kun halutaan selvittää, miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan johonkin asiaan. Yhtenä ryhmähaastattelun etuna yksilöhaastatteluun verrattuna voidaan pitää sitä, että sen avulla saadaan nopeasti tietoa usealta vastaajalta.

Haastattelu järjestettiin ryhmän seuranta-tapaamisen yhteydessä 25.9.2019. Ryhmähaastatteluun osallistui viisi ryhmäläistä kahdeksasta, ja haastattelun kesto oli 56 minuuttia. Haastattelutila oli rauhallinen, suljettu tila. Ryhmähaastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastattelun nauhoittamiseen oli kysytty kirjallinen lupa osallistujilta. Teoreettisista käsitteistä ja tutkimusongelmista muodostettiin haastattelurungoksi teema-alueet, joihin haastattelukysymykset kohdistuivat (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66). Teema-haastattelurungon (LIITE 8) teemojen mukaiset alustavat kysymykset ja niiden esittämisjärjestys tarkentuivat haastattelutilanteessa. Osallistujille annettiin haastattelun teemat tietoon etukäteen ryhmän edellisellä tapaamiskerralla.

Ryhmähaastattelua voidaan pitää keskusteluna, jossa osanottajat kommentoivat melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmähaastattelussa haastatteliija puhuu osanottajille samanaikaisesti, mutta suuntaa ajoittain kysymyksiä myös ryhmän yksittäisille jäsenille, ja varmistaa, että kaikilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61-63.) Ryhmäkeskustelussa osallistujat joutuvat muodostamaan jaettua ymmärrystä yksilöllisistä kokemuksista ja käsityksistä, mikä edellyttää erilaisten mielipiteiden vertailua. (Pietilä 2010, 215-219.)

Haastattelijan näkökulmasta haasteeksi muodostui se, että kaikkien ryhmäläisten ääni tulisi tasapuolisesti kuuluviin, vaikka ryhmä olikin pieni. Ryhmässä pari-kolme henkilöä otti enemmän osaa keskusteluun, mikä saattoi ajoittain viedä tilaa hiljaisemmilta henkilöiltä. Haastatteliija havainnoi, että ryhmähaastattelussa osallistujien vastaukset ja keskustelu lähti herkästi sivuraiteille, jolloin keskustelua piti jossain määrin rajata ohjaamalla sitä takaisin valittuun teemaan. Vaikka toisaalta kysymysten ulkopuolelta saattoi nousta osallistujien tärkeiksi kokemiaan asioita, jolloin syntyi myös hedelmällistä keskustelua ja vuorovaikutusta osallistujien kesken. Osallistujat puhuivat jonkin verran myös päällekkäin, mikä saattoi aiheuttaa virhetulkintoja tuloksia analysoidessa.

Keskustelu jäi haastattelijan arvion mukaan joiltain osin melko pintapuoliseksi, mihin saattoi vaikuttaa haastattelijan vähäinen kokemus ryhmähaastatteluista ja se, että haastattelija toimi myös ryhmäohjaajana. Tästä syystä haastattelija koki roolinsa hieman ongelmallisena. Ryhmähaastattelu voidaan nähdä enemmän osallistujien vuorovaikutuksellisenä keskusteluna, kuin ryhmän haastatteluna, jolloin myös haastattelijalla on erilainen rooli verrattuna kahdenkeskiseen haastatteluun (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61; Pietilä 2010, 215-218). Lähtökohtaisesti tavoitteena olikin vuorovaikutus osallistujien kesken ja mahdollisesti yhteisen näkemyksen ja toisaalta eroavaisuuksien löytäminen. Tehtävänä oli saada aikaan keskustelua ja tukea sitä, mutta samaan aikaan saada vastauksia ennalta määriteltyihin teemoihin.

### *Ryhmähaastattelun analyysi*


Haastattelun analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka eteni vaiheittain. Haastattelun analyysin vaiheet voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan, joita ovat aineiston luokittelu, analysointi ja tulkinta. Analyysin vaiheita voidaan pilkkoa myös pienempiin osiin, ja käytännössä ne limittyvät toisiinsa ja tapahtuvat osin päällekkäin. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että aineisto ja tutkimusongelma ovat tiiviissä vuoropuhelussa keskenään. Kysymykset muotoutuvat aineistoon tutustuttaessa, vain harvoin aineisto tarjoaa suoria vastauksia alkuperäiseen ongelmaan. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11-13.) Ryhmähaastattelu nauhoitettiin älypuhelimien ääninauhurilla, jonka jälkeen koko haastatteluaineisto puhtaaksikirjoitettiin eli litteroitiin tekstinkäsittelyohjelmalla. Litterointi onkin olennainen osa aineistoon tutustumista, ja sen avulla aineistomassa muuntuu helpommin hallittavaan muotoon (Ruusuvuori ym. 2010, 13-14).

Aineiston purkamisen jälkeen aineistoa luettiin useampaan kertaan esittäen alustavia kysymyksiä aineistolle. Aineiston rajaamisen perustelut johdettiin tutkimusongelmista ja -kysymyksistä sekä kehittämistyön tavoitteista. Aineistoon tutustuminen ja sen alustava luokittelu teemoista auttoi hahmottamaan aineistosta nousevia ilmiöitä ja mihin analyysissa kannattaa erityisesti keskittyä. Aineistolle tehtävät avoimet kysymykset tarkentuivat koko ajan käydessä aineistoa läpi. Ruusuvuoren ym. (2010, 15) mukaan aineistosta itsestään ei koskaan nouse mitään, vaan tutkimuskysymys, lukijan tapa, tulkinta ja valinnat ohjaavat ja jäsentävät aineiston käsittelyä.

Varsinainen aineiston analyysivaihe eteni kuvailun kautta luokitteluun, joka on olennainen osa analyysiä. Luokittelu luo pohjan, jonka varassa haastatteluaineistoa voidaan myöhemmin tulkita sekä tiivistää. Tämän jälkeen aineistoa yhdisteltiin, eli koettiin löytää luokkien välille säännönmukaisuuksia, yhtäläisyyksiä tai eroja. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 147-149.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi eteni Milesin ja Hubermanin (1994) kuvaamalla tavalla, joka on esitetty taulukossa 7. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-123.)

Taulukko 7. Sisällönanalyysin eteneminen

|  |  |
|--|--|
| Haastattelun kuuntelu ja aukikirjoitus                                     |  |
| Aineiston lukeminen ja sisältöön perehtyminen                              |  |
| Pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen                      |  |
| Pelkistettyjen ilmausten listaaminen                                       |  |
| Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen                            |  |
| Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely/yhdistely ja alaluokkien muodostaminen |  |
| Alaluokkien muodostaminen ja niistä yläluokkien muodostaminen              |  |
| Yläluokkien yhdistäminen pääluokiksi ja kokoavan käsitteen muodostaminen   |  |

Alkuperäisilmaisuista etsittiin ilmaisuja ja lauseita, jotka kuvailivat ryhmäläisten kokemuksia elintapamuutosten toteuttamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä ja tuen tarpeesta. Alkuperäiset ilmaukset yksinkertaistettiin ja tiivistettiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Saman sisältöiset ilmaisut ryhmiteltiin ja yhdisteltiin samaan alaluokkaan. Ryhmittelyä jatkettiin yhdistämällä samaa sisällöllisesti tarkoittavia alaluokkia yläluokiksi, ja edelleen pääluokiksi. Esimerkkisivu sisällönanalyysistä liitetaulukossa 8 (LIITE 10).

### 7.6.2 Ohjaajien arviointi ryhmäohjauksesta

Ryhmäohjauksen toteutumista, haastattelun ja palautekyselyjen tuloksia arvioitiin kolmen elintapaohjaajan tiimissä joulukuussa 2019. Kehittämistyön tekijä esitteli keskeisimmät tulokset ja ryhmäohjauksesta esiin tulleita tärkeimpiä havaintoja, joiden pe-

rusteella käytiin yhteisesti keskustelua. Elintapaohjaajien arviointikeskustelussa tärkeimmiksi nousseet asiat ja jatkokehitysehdotukset kirjattiin ylös muistioon. Arviointikeskustelua hyödynnettiin elintapaohjausmallin laadinnassa. Arviointikeskustelun lisäksi ryhmäohjausta arvioitiin kehittämistyöntekijän eli vastuuhjaajan toimesta jokaisen ryhmäkerran jälkeen sekä työparin kanssa niiden kertojen jälkeen, joissa oli mukana toinen ohjaaja. Havainnot kirjattiin tutkimuspäiväkirjaan.

### 7.7 Viides sykli: Elintapaohjausmallin laadinta

Elintapaohjausryhmään osallistuneiden haastattelun ja palautekyselyn tuloksia sekä ryhmäohjauksen arviointia hyödynnettiin valmentavan elintapaohjausmallin laatimisessa. Mallin teoreettiset lähtökohdat ja tausta nostettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksista ja kehittämistyöhön liittyvästä kirjallisuudesta. Elintapaohjausmallin perustana käytettiin valmentavan ohjaustyylin taustaideologiaa, salutogeenistä lähestymistapaa ja itsemääräämisteoriaa.

Elintapamuutoksiin vaikuttamisen ja niiden onnistumiseen liittyvien tekijöiden tarkastelussa huomioitiin sekä asiakkaan että ammattilaisen näkökulmat. Seuraavassa kappaleessa on esitelty ryhmäohjauksen laadullisen aineiston tulokset, joita käytettiin hyödyksi elintapaohjausmallin laadinnassa. Varsinainen ohjausmallin laatiminen tapahtui kehittämistyön tekijän toimesta.

## 8 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

### 8.1 Osallistujien kokemukset ryhmäohjauksesta

Seuraavassa tarkastellaan ryhmähaastattelusta ja palautekyselystä esiin nousseet ryhmäohjauksen keskeiset kokemukset, koetut vaikutukset sekä elintapamuutoksiin vaikuttaneet tekijät osallistujien näkökulmasta.

Palautekyselyn avulla osallistujilta kysyttiin ryhmän toiminnasta, ohjausmenetelmistä, sisällöstä ja käytännön järjestelyistä avoimin kysymyksin. Kirjallisen kyselyn avulla haluttiin varmistaa, että osallistujat saattoivat antaa minkälaista palautetta tahansa ja tuoda asiansa esille anonyymisti, sillä ryhmän ohjaaja toimi myös haastattelutilanteessa haastattelijana. Kaikki kahdeksan ryhmäläistä palauttivat palautekyselyn.

Sisällönanalyysin perusteella osallistujien näkökulmasta keskeisiksi käsitteiksi nousivat motivaatio, sitoutuminen, sosiaalinen tuki, ammattilaisen ohjaus ja tuki, terveyden lukutaito ja voimaantuminen. Seuraavassa on esitelty haastattelun ja palautekyselyjen keskeisimmät tulokset ryhmähaastattelun teemojen mukaisesti. Tulokset esitetään samassa yhteydessä, sillä niissä oli paljon samoina toistuvia asioita.

#### *Muutokset elintavoissa ja hyvinvoinnissa*

Osallistujat kertoivat tehneensä konkreettisia elintapamuutoksia, kuten muutoksia syömis- ja liikuntatottumuksiin. Näitä olivat esimerkiksi kaurapuuron lisääminen aamuun ja lounaan syömiseen aikaistaminen eli ateriarytmiin liittyvät muutokset, täysjyvätuotteisiin vaihtaminen, vähäsuolaisten ja sokerittomien tuotteiden suosiminen sekä kasvien ja marjojen lisääminen. Tavoitteina osallistujilla oli ollut pääasiassa konkreettiset asiat kuten aamupalan syöminen arkiamuisin tai kävelylenkillä käyminen kolme kertaa viikossa, joiden ylätavoitteena voidaan nähdä ateriarytmiin panostaminen ja liikunnan lisääminen. Suuri osa kertoi ongelmistaan juuri ateriarytmiin liittyen. Tyypillistä oli päivisin niukka syöminen, jolloin esiintyi iltapainotteista herkuttelua ja tapasyömistä. Tähän liittyen ryhmäläiset kertoivat tapasyömistä tiedostamisesta, jolloin tehtiin tietoinen päätös herkuttelun korvaamisesta marjoin ja hedelmin tai ettei kaupasta osteta herkkuja, jolloin niitä ei ole kotona saatavilla. Osa osallistujista ei osannut jälkikäteen nimetä konkreettista tavoitetta, vaan tavoitteena oli yleisesti painon laskeminen tai terveellisempi syöminen.

Liikunnan suhteen muutoksia tehtiin liikunnan määrän lisäämisessä ja liikuntatapojen muuttamisessa. Tavoitteina nähtiin päivittäisen liikunnan toteutuminen ja ylipäätään säännöllisen liikunnan, hyöty- tai kuntoliikunnan, jatkaminen. Osa arvioi liikuntatapojensa pysyneen samanlaisina kuin ennen ryhmää. Haasteena säännöllisen liikunnan ylläpitämisessä nähtiin esimerkiksi se, että kesällä ohjatut liikuntaryhmät ovat tauolla.

Osallistujat kertoivat toteuttavansa liikuntaa eri tavoilla; ohjattu ryhmäliikunta kuten vesi- ja tuolijumppa, pyöräily, kävely, kuntosali, pihatyöt ja muu hyötyliikunta.

Osallistujat toivat esiin ymmärrystä siitä, että elintapamuutos vaatii aikaa ja tapahtuu pienin askelin, jolloin myös muutoksessa pysyminen on helpompaa ja muutokset ovat pitkäkestoisempia. Esiin nousi ymmärrystä painon pudottamisen terveysvaikutuksista, siitä miten ylipaino vaikuttaa omaan terveyteen ja toimintakykyyn. Painon laskeminen lievittäisi esimerkiksi nivelkipuja ja edistäisi toimintakykyä.

*”Nyt mä tosissaan ajattelin, et mä koitan näitä elämäntapamuutoksia tehdä pikkuhiljaa, ettei sillai, et saa yhtäkkiä 20 kiloo pois ja ne on jo seuraavana vuonna takasi. Sitä jojoiluu on niin paljon ollu.”*

*”Ois hyvä, ku paino lähtis tasasesti, ei tarvi nopeeta lähtee, mun polvet ei nimittäin kohta kestä tätä...”*

*”Ku mullakin on polvet huonot ja mä tiedän, et jos laihtuis, niin se helpottais olotilaa.”*

Osallistujat raportoivat fyysisiä muutoksia painossaan, vyötärön ympäröksessään ja laboratorioarvoissaan. Muutokset painossa olivat vaatimattomia, ja osan ryhmäläisten paino nousi ryhmäohjauksen aikana. Muita fyysisiä muutoksia olivat energisyyden tunteen ja jaksamisen lisääntyminen sekä kunnon koheneminen. Psykkisistä muutoksista esiin nousivat virkeyden tunteen ja positiivisen mielialan lisääntyminen, voimavarojen vahvistuminen ja henkisen jaksamisen lisääntyminen. Säännöllinen liikkuminen ja ruokailu nähtiin myös psyykkistä hyvinvointia edistävinä ja tukevinä asioina.

*”Mieli on paljon virkeempi, ku liikkuu ja syö säännöllisesti”*

*”Vaikkei paino oo paljoo tippunutkaan, niin oon jaksanut paljon paremmin ja on parempi olla. Se antaa voimia lähtee lenkille seuraavanakin päivänä.”*

#### *Elintapamuutoksiin ja motivaatioon vaikuttavat tekijät*

Elintapamuutosten onnistumista edistävinä ja motivaatiota tukevinä tekijöinä nähtiin ryhmäohjauksessa hyvä asenne, asioiden havainnollistaminen, tiedon soveltaminen käytäntöön sekä ymmärrys siitä, että pienet pysyvät muutokset tavoissa vaikuttavat

positiivisesti kokonaisuuteen. Helpot ruoka-aineet kuten pakastevihannesten käyttö ja yksinkertaiset reseptit koettiin terveellisiä syömistottumuksia tukeviksi asioiksi.

*”Tääl on juteltu, ja näytetty malleja et miten suolat ja rasvat ja lihojen erot ja semmoiset, niin sitä on ruvennut miettimään itte, vaikka sitä nyt on tiennytkin sen jo toisaalta - et ei niitten muutosten tarvii niin kauheen suuria olla, ku ne on pysyviä, niin jotain tapahtuu.”*

Sosiaalinen tuki nousi esille muutosta tukevana, mutta myös haittaavana tekijänä. Muutoksen onnistumista tukee ystävä, jonka kanssa voi käy liikkumassa ja se, että on erikseen sovitut liikuntakerrat ja tapaamiset. Toisaalta koettiin tuen puutetta ja lähipiirillä muutosta haittaavaa vaikutusta, jos perheenjäsenet eivät ole sitoutuneet elintapamuutoksiin tai osoita tukea. Esimerkiksi kotona on herkkuja koko ajan saatavilla ja perheenjäsenillä on erilaiset ruokailutottumukset ja -rytmit.

*”Tuntuu et se lähipiiri vaan haittaa, ku sitku mää menen sisarusten luo vierailulle, niil on kaiken maailman herkut kahvin kanssa ja tuputtaa, niin sitten tulee syötyä.”*

*”Paremmiin tulee mentyy, ku on sopinu jonkun kanssa, ja ne jumpat mistä on jo maksanut, niin tulee käytyy”*

*”Mut on se liikunta kaverin kanssa ihan eri, ku sit ei voi pienestä syystä keksiä, etten lähdekään, ku on se säännöllinen meno”*

Aineistosta nousi muutosta ja motivaatiota tukevana tekijöinä esiin lisääntynyt armollisuus ja tyytyväisyys itseään kohtaan sekä ymmärrys muutoksen jatkuvuudesta ja siitä, että käyttäytymisen muutos on psykologinen, kokonaisvaltainen prosessi. Tähän liittyi myös ryhmätilanteissa vahvistunut kokemus hyväksytyksi tulemisesta ja sosiaalisen tuen tärkeydestä.

*”Oon tajunnut, ettei tän muutoksen tarvii tapahtuu heti, se on tärkeetä et antaa itelleen aikaa eikä koita muuttaa kaikkea kerralla”*

*”Aattelen, et suurin muutos on tapahtunut mun pään sisällä, vaikkei vaaka näytä ihmeempiä tuloksia... Nyt oon paljon tyytyväisempi itteeni.”*



*”Tääl kun näkee muitakin samassa tilantees olevia, niin tuntuu kivalta, ettei oo ainoo, jolla on näitä ongelmia. Kukaan ei arvostele ja voi rauhassa kertoo omia juttuja.”*

Muutosta haittaavina tekijöinä nähtiin konkreettisesti makeiden herkkujen tapasyöminen, liikunnan aloittamisen vaikeus, tuki- ja liikuntaelinoireet, ympäristötekijät kuten oma asuinsijainti, huonot liikuntapaikat ja sääolosuhteet sekä kuormittava elämäntilanne. Erilaiset tuki- ja liikuntaoireet rajoittivat liikkumista, mutta toisaalta huomioitiin, että nivelet kaipaavat liikettä ja liiallista paikallaanoloa tulisi välttää. Ajankohtana kesä koettiin hankalaksi etenkin säännöllisen liikunnan jatkumisen ja ruokailutottumusten pysyvyyden suhteen. Säännöllisyyden takaisin saamisen koettiin vaativan ylimääräisiä ponnisteluja. Oma kuormittava elämäntilanne liittyen työhön tai sosiaalisiin suhteisiin, esimerkiksi läheisen sairastuminen, vaikutti kielteisesti omiin voimavaroihin toteuttaa elintapamuutoksia.

Itsekurin ja sinnikkyuden puutteeseen liittyvää keskustelua tuotti useampi ryhmäläinen. Motivaatiota ja muutoksia heikentävinä tekijöinä nähtiin heikko itsekuri, sinnikkyuden ja voimavarojen puute. Kun ”kurissa pysyminen” ei onnistunut ja tulikin repshähdus, se näytti aiheuttavan osallistujissa itsensä soimaamista ja pettymyksen tunnetta. Itseään pidettiin heikkona ja saatettiin vertailla omia tekemisiään muihin.

*”Ei voi ku ihmetellä itteensä, kun tiedän, että se (painon pudotus) auttais moneen asiaan, silti ei muka oo riittävästi motivaatiota, se on niinku siis - järkyttävää.”*

*”Mä oon vähän pettynyt, ku oon aika hyvin saanu pysytyä kurissa, etten syö leipää ja odotin et paino ois pudonnut enemmän, ku muut sanoo et ne on laihtunut ku lopettanu leivän syönnin.”*

*”Jos mulla olis ne kakut ja karkit, niin kyl mä ne söisin. Mä koitan olla hankkimatta, mut kyl mä yksikin päivä kävin taas kaapit läpi et löytyykö mitään hyvää – ja löysin pakkasesta kaks pullaa, ja söin ne.”*

*”Haitannut tässä ainakin se, et oon tosi heikko. Töissä meil on aina jotain herkkua pöydällä, enkä pysty kävelemään ohi, vaan kyl mä niitä sit vaan napsin. Sit on huono mieli.”*

Motivaatiota ja muutokseen sitoutumista edistävinä tekijöinä nähtiin sosiaalinen tuki, konkreettinen toiminta, ammattilaisen tieto ja tuki, seuranta, omien terveystietojen

seuraaminen, tieto terveysvaikutuksista ja opittujen tietojen soveltaminen käytäntöön. Erityisesti liikuntamotivaatiota lisäsi sovitut menot, joko ystävän kanssa tai maksetut ryhmäliikunnat, sekä säännöllisyys. Seuranta ammattilaisen toimesta koettiin tärkeänä tässä vaiheessa elintapamuutosta, esimerkiksi käynnit diabeteshoitajalla tai laboratoriokeissa pääasiassa ajateltiin lisäävän motivaatiota ja sitoutumista muutokseen. Seurantamittaukset yksinään eivät kuitenkaan riitä. Ryhmän aikana painon seuraaminen eli punnitseminen vaikutti motivaatioon joko myönteisesti tai kielteisesti. Osa koki juuri fyysisten tekijöiden seurannan säännöllisesti tärkeänä, toisaalta osa ei halunnut seurata painoaan ja kokivat sen motivaatiota laskevana.

*”Se on ainaki tuonu motivaatioo, ku tiesi, että on mittaukset vielä tulossa.”*

*”Se kun on lähete labraan sokerikokeisiin, niin lisää yritystä, mut ei tarpeeks.”*

#### *Kokemukset ryhmäohjauksesta*

Ryhmässä käydyt keskustelut koettiin positiivisina ja omia elintapamuutoksia tukevinä. Sosiaalinen vuorovaikutus ja vertaistuki, omien kokemusten jakaminen ja toisilta oppiminen, neuvojen saaminen ja muiden ryhmäläisten tarinoiden kuuleminen nousivat haastattelussa ja jokaisessa kirjallisessakin palautteessa jollain tavalla esille. Vertaistuen merkitys ilmeni myös siinä, ettei tunnettu olevan yksin omien ongelmien kanssa. Muiden ryhmäläisten kokemusten kuuleminen herätti ajatuksia, mikä auttoi muuttamaan omia elintapoja ja kannusti soveltamaan muilta kuultuja oppeja omaan arkeen. Ryhmästä löytyi osalle myös sosiaalisesti tueksi kaveri, jonka kanssa sovittiin yhteisiä liikuntatapaamisia.

*”Tämmöne ryhmä motivoi kyllä, ku kuulee toisten juttuja ja oppii niistä ja voi kysellä ohjaajalta, ei oo yksin.”*

Ryhmäläiset kokivat tietonsa muun muassa liikunnasta ja ravinnosta lisääntyneen. Haastattelussa ja palautteissa tuotiin esille, että ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvä tieto oli jo ennestään tuttua, mutta keskustelut muiden ryhmäläisten kanssa antoivat vahvistusta omalle ajattelulle. Käytännön tason muutoksina olivat esimerkiksi ruokailutottumuksien muutokset kuten kasvisten lisääminen joka aterialle ja se, että kaupassa tuotteiden vertailu on jäänyt tavaksi. Osallistujat toivat esille tyytyväisyyttä liikunnan

lisäämisestä ja monipuolistamisesta sekä uusien liikuntamuotojen kokeilusta. Liikunnassa tärkeäksi asiaksi nousi nautinnon ja ilon löytäminen. Myös levon ja henkisen hyvinvoinnin merkityksen ymmärtäminen näkyi käytännön tasolla nukkumiseen panostamisena ja arjen rauhoittamisena stressaavissa tilanteissa. Tärkeät oivallukset liittyivät lisäksi siihen, että muutokselle on annettava aikaa ja että elintapamuutoksissa lähdetään pienin askelin liikkeelle, jolloin muutos on itselle mieluisampaa ja näin ollen pysyvämpää. Tähän liittyen esille tuli jo edellä mainittu itsekurin puute ja itsensä soimaaminen, mutta esille nousi myös armollisuutta itseään kohtaan ja itsensä hyväksyminen, vaikka repsahduksia tulisikin. Osoitettiin ymmärrystä siitä, että repsahdukset kuuluvat osaksi käyttäytymisen muutosprosessia.

*”Ei se yhden pullan syönti haittaa, en jaksa siitä enää potea morkkista tai ajatella, et kaikki olis nyt pilalla – ku eteenpäin vaan!”*

*”Kyllä niitä herkkujakin täytyy sallia ja olla joustava, ei kukaan jaksa olla ikuisessa karkkilakossa, ei siitä tuu ku paha mieli.”*

#### *Tuen tarve ja toiminnan kehittämis ehdotukset*

Ammattilaisen ja ryhmän tuki sekä seuranta koettiin tärkeinä myös jatkossa. Osa piti säännöllisiä mittauksia tärkeinä. Mittaukset aiheuttivat ohjaajan havaintojen mukaan kuitenkin ristiriitaisia tuntemuksia; osa halusi seurata painoaan ja vyötärön ympäristään tiheämmin esimerkiksi viikoittain, osa koki säännölliset mittaukset ja vaa’alle menon ahdistavana ja motivaatiota vähentävänä.

Ryhmäläiset toivoivat seurantatapaamisen järjestämistä, ja tällaisen järjestämistä pohdittiin noin vuoden kohdalla ryhmän aloituksesta. Ohjaaja kannusti ryhmäläisiä luomaan myös oman WhatsApp-ryhmän, jossa osallistujat voisivat keskustella, tukea toisiaan ja sopia esimerkiksi liikuntatapaamisista. Etenkin ryhmässä käydyt keskustelut koettiin hyödyllisinä, ja vapaalle keskustelulle toivottiinkin vielä enemmän aikaa. Toisaalta ohjaajalta saatu tieto, esimerkiksi materiaalien kautta, nähtiin myös tarpeellisenä, vaikka tieto oli suurimmalle osalle tuttua.

Ryhmäläisten omatoiminen jakso osui ajallisesti kesäaikaan, minkä osa ryhmäläisistä koki hankalana, sillä kevään aikana hyvin alkanut muutos saattoi taantua kesän aikana.

Toisaalta ryhmässä painotettiin pysyvää muutosta, johon vuodenaikojen vaihtelut eivät tulisi vaikuttaa. Työelämässä olleet osallistujat toivoivat ryhmän ajankohdaksi myöhempää iltapäiväaikaa. Kaksi osallistujaa toivoi ryhmän sisältävän enemmän käyntejä, muut pitivät määrää sopivana. Muutoin aikatauluun, ajankäyttöön tai ryhmän sisältöön ei tullut juuri kommenttia.

Haastattelun ja kirjallisten palautteiden pohjalta nousseet asiat on esitetty yhteenvetona kuviossa 7.



Kuvio 7. Haastattelun ja kirjallisten palautteiden yhteenveto

## 8.2 Ohjaajien arviointi ryhmäohjauksesta ja jatkokehittäminen

Vastuuohjaaja eli kehittämistyön tekijä toteutti itsearviointia omasta ohjaamisestaan ja kirjasi havainnot esimerkiksi ryhmäläisten keskinäisestä dynamiikasta ja ohjaustilanteiden kulusta tutkimuspäiväkirjaan jokaisen ryhmäkerran jälkeen. Kahden muun ryhmäohjaajan kanssa toteutettiin arviointia niiden ryhmäkertojen jälkeen, joissa he olivat työparina. Elintapaohjausryhmän päättymisen ja tulosten analysoinnin jälkeen käytiin yhteinen arviointikeskustelu kolmen elintapaohjaajan kesken.

Ryhmäohjausta pyrittiin toteuttamaan ryhmälähtöisesti ja ryhmäläisten osallisuutta ja voimaantumista tukevana. Ohjaajien oli tarkoitus toimia ryhmän taustalla, ryhmäläisten aktivoijina ja mahdollistajina. Elintapaohjaajien arvioinnin mukaan terveydenhuollon ammattilaiset ovat ohjaajan roolissa herkästi tottuneet antamaan osallistujille paljon tietoa, neuvoja ja valmiita ratkaisuja terveellisten elintapojen edistämiseksi. Uudenlaisen, taustalla toimivan ohjaajan roolin sisäistäminen vaatii vielä opettelua. Ohjaajan pitäisi pystyä luottamaan ryhmään ja siihen, että he tuettuna löytävät itse parhaat keinot toimia. Ryhmäläiset myös tuntuvat jossain määrin odottavan ohjaajalta valmiita ratkaisuja ja ohjeita. Ohjaajan rooli olisikin hyvä tehdä selväksi jo heti ryhmän alussa.

Ohjaajien arvion mukaan ryhmälähtöisyyteen ja ryhmän itseohjautuvuuteen on hyvä kiinnittää jatkossa huomiota. Ohjaajalla on monesti etukäteen suunnitelma mitä yhden ryhmäkerran aikana on tarkoitus käsitellä, mutta jos ryhmän keskustelu ajautuukin toisiin tärkeisiin aiheisiin, on ohjaajan pystyttävä muuttamaan suunnitelmaansa ja kuljettava ryhmän mukana. Ohjaajan tulisi antaa tilaa syvällisemmälle keskustelulle, eikä rajata keskustelua liian tiukasti. Jokin aihekokonaisuus minkä ohjaaja on katsonut tärkeäksi, ei välttämättä olekaan sitä ryhmäläisille. Ryhmäläisten tarpeita ja toiveita tulisi kuunnella herkäällä korvalla.

Ohjaaja pyrki huomioimaan ryhmäläisten onnistumisia, kiinnittämään huomiota myönteisiin asioihin ja voimavarojen tukemiseen. Ryhmäläisten keskustelu saattoi ajoittain jäädä pyörimään negatiivisten asioiden ja epäonnistumisten ympärille. Tälle annettiin sopivasti tilaa, mutta pyrittiin siihen, ettei ongelmia jääty märehcimään vaan pikemminkin etsittiin niihin ratkaisuja ja suunnattiin voimavarat positiivisiin asioihin.

Ryhmäohjauksessa käytettiin toiminnallisia harjoituksia lähinnä itsearviointien tukena. Teemojen käsittely ja itsearviointien toteuttaminen toiminnallisesti auttoi ryhmäläisiä rentoutumaan ja monesti viritti keskustelua monipuolisemmaksi. Ryhmäläiset lähtivät hyvin mukaan yksinkertaisiin toiminnallisiin harjoituksiin. Ohjaajien arvioiden mukaan juuri yksinkertaiset menetelmät, kuten janaharjoitukset tai fläpille asioiden kirjaaminen ja havainnollistaminen, ovat helppo toteuttaa, tekevät asioiden käsittelystä mielekkäämpää pelkkään keskusteluun verrattuna, aktivoi osallistujia ja auttaa myös vahvistamaan ryhmädynamiikkaa. Jatkossa ryhmäohjauksessa ohjaajan on hyvä tutustua toiminnallisiin menetelmiin ja harjoituksiin hyvin, jotta niitä voi hyödyntää ryhmäohjauksessa parhaalla mahdollisella tavalla.

Turun (2007, 103) mukaan ryhmän tulosten arviointi on tärkeä osa ryhmän toimintaa sekä yksilöllisesti että yhdessä, ja sen suunnittelussa on hyvä kuunnella ryhmän toiveita. Ryhmäläisten mittaustulokset, kuten paino ja vyötärön ympärys, eivät olleet ryhmässä julkisia, vaan ne olivat tarkoitettu ainoastaan ryhmäläisen omaan käyttöön ja oman seurannan tueksi. Ryhmäläiset ja ohjaajat eivät nähneet tarvetta mittaustulosten läpikäymiseksi yhdessä ryhmänä, mutta mittausten yhteydessä ohjaaja saattoi antaa jokaiselle henkilökohtaista palautetta. Ryhmässä kerättiin seurantatietoja ainoastaan ryhmän alussa ja lopussa. Osallistujille tarjottiin joka kertainen punnitusmahdollisuus, jos he tätä halusivat, mutta ohjaaja ei tähän erityisemmin kannustanut. Jatkossa halukaille voisi järjestää mahdollisuuden omatoimiseen vaa'alla käymiseen esimerkiksi ryhmän alussa. Kuitenkin tavoitteiden väliarviointia oli ohjaajien mielestä hyvä tehdä yhdessä ryhmän kanssa.

Repsahdusten läpikäymistä tehtiin ryhmässä ja repsahduksia pyrittiin myös ennakoimaan ryhmän alkuvaiheessa muutossuunnitelmaan kirjaamalla. Ohjaajalle jäi tunne, että repsahdusvalmennusta on hyvä painottaa jatkossa osana ryhmien ja yksilön muutosohjausta, jotta voidaan ehkäistä motivaation heikkenemistä. Repsahdusten normalisointi ja ennakointi on hyvä ottaa esille riittävän ajoissa. Tähän liittyen ryhmän kanssa voi esimerkiksi piirtää motivaatiokäyriä, joiden avulla voidaan herättää keskustelua riskitilanteista ja mahdollisista repsahduksen hallintakeinoista (Turku 2007, 102.)

Ohjaajan havaintojen mukaan osalla ryhmäläisillä oli hankaluuksia konkreettisen, tarpeeksi realistisen tavoitteen ja muutossuunnitelman laatimisessa. Tavoitteet saattoivat jäädä yleiselle tasolle tai epärealistisiksi, esimerkiksi ”lisään liikuntaa” tai ”tavoitteena pudottaa painoa 10 kg”. Tavoiteasettelua käytiin ryhmän alkupuolella ja niihin palattiin puolessa välissä ja ryhmän lopussa. Jatkossa tavoitteiden asetteluun ja realistisen muutossuunnitelman pohtimiseen olisi hyvä käyttää aikaa vieläkin enemmän ja ohjaajan painottaa sen tärkeyttä. Turku (2007, 102) tuo esille, että riittävän pienet välitavoitteet mahdollistavat myönteisen muutoksen kierteen, jolloin osatavoitteen saavuttaminen lisää itseluottamusta ja pystyvyyden tunnetta ja edelleen lisää motivaatiota jatkotyöskentelyn suhteen.

Ryhmä toteutui kahdeksan kertaa noin kolmen kuukauden aikana, ja yhdeksäs kerta oli seurantakäynti. Ohjaajien arvion mukaan kertamäärä oli sopiva ryhmäläisten elintapamuutosten tukemiseksi, vertaistuen saamiselle, motivaation ja voimaantumisen vahvistamiselle. Osa ryhmäläisistä toivoi useampia ryhmäkertoja. Ohjaajien näkökulmasta 6-8 ryhmäkertaa noin 2-3 kuukauden ajalla on riittävä ja realistinen määrä huomioiden käytettävissä olevat työntekijä- ja aikaresurssit. Ammattilaisten näkemyksen mukaan seuranta on tärkeää, joten seurantakäyntien järjestäminen esimerkiksi puolen vuoden ja vuoden kohdalla olisi perusteltua pysyvien elintapamuutosten tukemiseksi. Ensimmäiset ryhmäkerrat voidaan järjestää tiiviimmin esimerkiksi viikon välein, ja seuraavia tapaamisten välejä harventaa, toki riippuen ryhmäläisten tuen tarpeesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman, asiantuntijoiden laatiman systemaattisen katsauksen perusteella elintapaohjauskertojen määrää ja kestoja ei voidakaan yksiselitteisesti määrittää, mutta huomioiden elintapamuutoksen monivaiheisuus kertoja tulisi kuitenkin olla useita (THL 2019).

Jatkossa ryhmätoimintaa voisi pyrkiä järjestämään aikataulullisesti niin, että ohjaus aloitettaisiin heti kalenterivuoden alussa tai syksyn alussa. Toisaalta ohjaajat arvioivat, että elintapaohjauksella tavoitellaan pysyviä muutoksia, jolloin ajankohdalla ei tulisi olla suurta merkitystä, vaikkakin kesäaikaan ajoittuva omatoimisen muutoksen ylläpito saattaa laskea motivaatiota. Ryhmäkertojen kestoja voi myös jatkossa miettiä, sillä nyt ryhmäohjauksen kaksituntiseen sisältyi myös liikunnallinen osio. Välillä ohjaajista tuntui, ettei yhden ryhmäkerran käytettävissä oleva aika riitä kunnolla asioiden käsitelyyn tai ainakaan syvällisempään keskusteluun, kun jo piti kiirehtiä liikuntaosioon.

Liikuntakerrat voisi esimerkiksi toteuttaa toisena viikonpäivänä tai sitten selkeästi lyhyempinä eri liikuntalajien demo-versioina. Ryhmäkertojen sisältö vaatinee hyvää etukäteissuunnittelua ja ohjaajilta ennen kaikkea motivoivan ja voimaannuttavan hengen luomista.

### 8.3 Valmentava elintapaohjausmalli

Kehittämistyön viimeisessä syklissä laadittiin valmentava elintapaohjausmalli, joka perustuu elintapaohjausryhmästä saatuihin tuloksiin ja kokemuksiin, kirjallisuuskatsauksen tuloksiin ja muuhun näyttöön perustuvaan tietoon.

Elintapaohjausmallin laatimisen taustalla vaikutti salutogeeninen lähestymistapa. Ohjausmallin suunnittelun pohjana käytettiin valmentavaa ohjaustyyliä ja tietoisien päätöksenteon teorioista itsemääräytymisteoriaa. Itsemääräytymisteorian keskeisinä tekniikoina nähtiin 1) motivoivat vuorovaikutustavat 2) muutosvastarinnan käsittely ja muutospuheen tukeminen, 3) sitoutumisen vahvistaminen, 4) tavoitteiden asettaminen ja 5) keinojen vahvistaminen (Absetz & Hankonen 2011, 2268). Ohjausmallissa hyödynnettiin tietoisien prosessien lisäksi automaattisia prosesseja ja niitä tukevia keinoja (Absetz & Hankonen 2017).

Ohjausmalli rakentuu valmentavan ohjaustyylin lähtökohdista, motivaatiota tukevista menetelmistä ja elintapamuutosta edistävästä tekijöistä. Kehitetty ohjausmalli tuo näkyviin käytännön elintapaohjauksessa tapahtuvaa asiakkaan motivaation ja siihen liittyvien osatekijöiden, kuten voimaantumisen ja pystyvyyden, vahvistamista ja käytännön työkaluja ohjauksen tueksi.

Asiakaskeskeisyyttä painotettiin elintapaohjausmallin laatimisen perustana, sillä palvelua haluttiin kehittää asiakkaiden tarpeita vastaavaksi ja asiakkaiden elintapamuutosmotivaatiota tukevaksi. Ohjausmallissa painottui asiakkaiden näkökulma ja näyttöön perustuva tieto yhdistettynä ammattilaisten arviointiin ryhmäohjauksesta. Elintapaohjausmallin lähtökohtina nähtiin motivaatio ja sitoutuminen, jotka katsotaan olevan läheisesti yhteydessä toisiinsa. Keskeisinä käsitteinä kuvataan voimaantuminen,



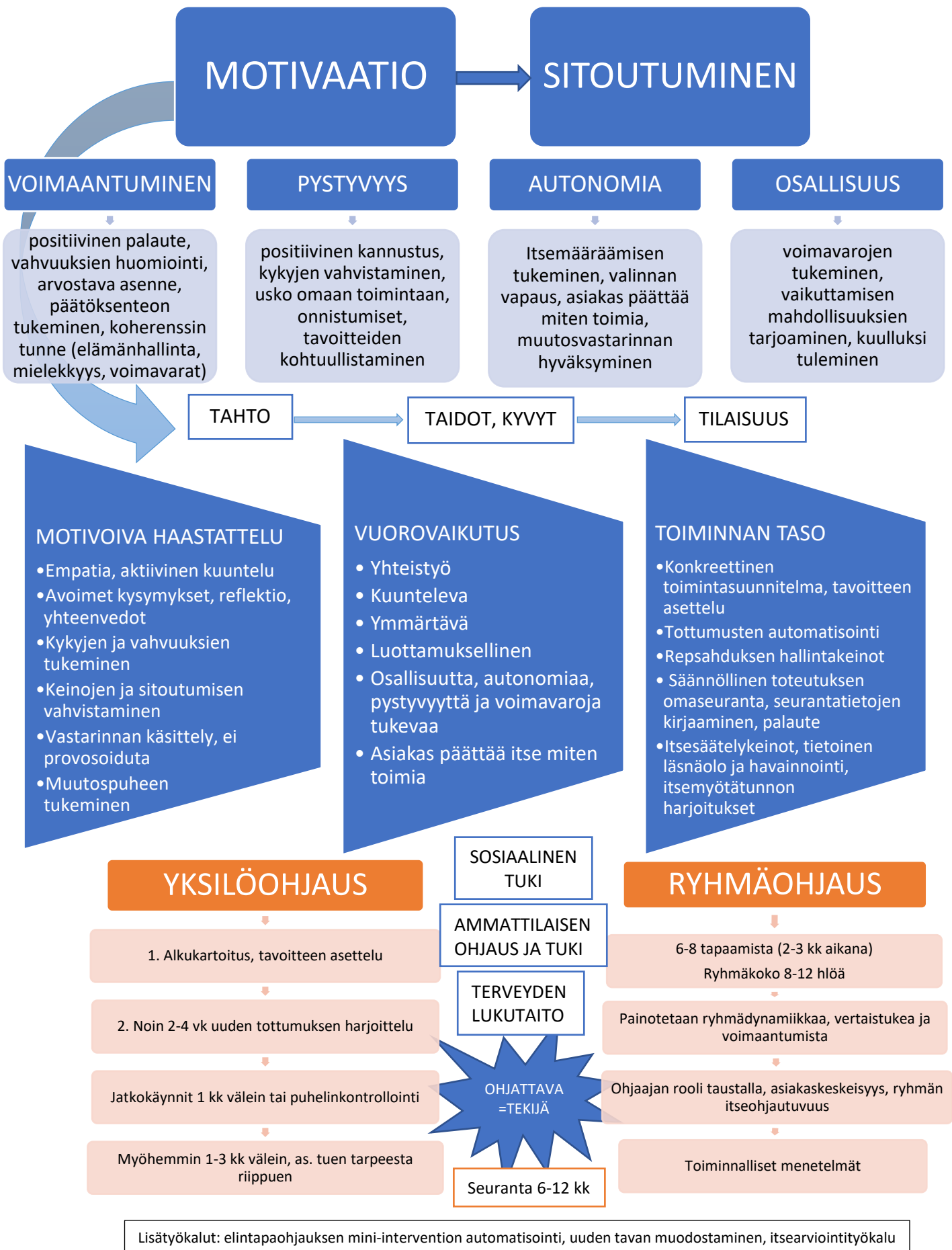
pystyvyys, autonomia ja osallisuus. Ohjausmalli auttaa hahmottamaan asiakkaan motivaatioon ja sitoutumiseen vaikuttavia osatekijöitä sekä motivaatiota tukevan, valmentavan ohjaustyylin menetelmiä. Valmentavan ohjauksen osatekijöihin vaikuttavat keskeisimmät keinot ja tekijät on eritelty omiin laatikkoihinsa, esimerkiksi voimaantumista voi tukea asiakkaan vahvuuksia huomioimalla ja positiivista palautetta antamalla. Asiakkaan tahto, taidot ja ympäristön tarjoama tilaisuus nähdään mallissa käyttäytymiseen liittyvinä tekijöinä.

Ohjausmallin keskelle on nostettu kolme osiota; motivoiva haastattelu, vuorovaikutus ja toiminnan taso, joissa on esitelty ammattilaisille konkreettisia keinoja ja tekniikoita asiakkaan elintapamuutosten tukemiseksi. Elintapamuutosmotivaatiota voidaan vahvistaa tukemalla asiakkaan pystyvyyttä sekä autonomian ja omakohtaisen mielekkyyden kokemusta. Kuuntelevalla, yhteistyöorientoituneella ja ymmärtävällä vuorovaikutustyyllillä vaikutetaan myönteisesti asiakkaan motivaation sisäistymiseen. Asiakasta auttaa se, että yleinen elintapatavoite muunnetaan tarkaksi toimintasuunnitelmaksi, jossa on huomioitu repсахduksenhallintakeinot sekä toteutuksen aktiivinen omaseuranta. Uusia tottumuksia voi ohjelmoida itselleen automaattisiksi rutiineiksi toistamalla niitä riittävän usein samassa yhteydessä. Tottumusten automatisointi voi tarjota ratkaisun pitkäkestoisempiin ja pysyvämpiin muutoksiin. (Absetz & Hankonen 2017, 1018.)

Ohjausmallin alaosassa on esitetty yksilö- ja ryhmäohjauksen polut, joita ammattilainen voi hyödyntää elintapaohjauksen toteutuksessa. Yksilö- ja ryhmäohjauksen polut perustuvat osittain jo organisaatiossa olemassa oleviin käytäntöihin, joita on muokattu tähän malliin teoretiedon ja ammattilaisten arvion perusteella. Sekä ryhmä- että yksilöohjauksessa on hyvä huomioida, että ohjauksen toteutus on aina yksilöllistä ja ryhmäkohtaista riippuen asiakkaiden tarpeista. Ryhmäläisten tuottaman aineiston pohjalta elintapamuutoksessa lisäksi keskeisinä käsitteinä nähtiin sosiaalinen tuki ja vertais-tuki, ammattilaisen ohjaus ja tuki sekä terveyden lukutaito, johon katsotaan sisältyvän tieto, taidot, voimavarat ja ymmärrys. Mallissa on haluttu korostaa asiakkaan aktiivista osuutta elintapamuutoksessa. Asiakkaan aktiivista roolia tulisi ajatella myös laajemmin niin, että asiakas on aktiivinen toimija ja osallistuja oman hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja kaikessa hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa.

Ohjausmalli on laadittu elintapaohjaustyötä tekeville terveydenhuollon ammattilaisille, ja se on tarkoitettu konkreettiseksi työkaluksi käytännön ohjaustyöhön ja tuomaan esille valmentavan ohjaustyylin keskeiset piirteet ja menetelmät. Ohjausmalliin on lisäksi liitetty kolme täydentävää, käytännön työkalua ohjauksen tueksi: Työkalu uuden tavan muodostamiseksi (LIITE 3), elintapaohjauksen mini-intervention automatisointi (LIITE 11), ja itsearviointityökalu (LIITE 12). Valmentava elintapaohjausmalli on esitetty kuviossa 8.

## VALMENTAVA ELINTAPOOHJAUSMALLI



## 9 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI JA POHDINTA

### 9.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin tutkimuksia, jotka käsittelivät ryhmämuotoisia elintapaohjauksia kohdennettuina diabeetikoille tai sairastumisriskissä oleville. Aihealuetta on tutkittu paljon. Jo ennen varsinaista hakua piti pohtia sopivaa aihealueen rajausta, jottei aineistosta tulisi liian laaja, muttei toisaalta rajaisi pois oleellisia tutkimuksia. Katsaukseen otettavien tutkimusten määrä rajattiin kymmeneen. Aineistoksi valittiin ne julkaisut, jotka täyttivät ennalta sovitut sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Riittävän aineiston olisi saanut keräytyä tekemällä rajausta pelkästään RCT- ja clinical trial -tutkimuksiin. Mukaan haluttiin kuitenkin ottaa laadullisiakin tutkimuksia ja tosielämän tutkimuksia. Aineiston haun olisi voinut myös rajata selkeämmin koskemaan ainoastaan diabeteksen korkean riskin henkilöitä.

Englanninkielisten tutkimusten mukaanotto lisäsi tutkimuksen luotettavuutta ja laajensi aihealuetta. Kuitenkin englanninkielisten tutkimusten analysointi saattoi aiheuttaa joitakin virhetulkintoja ja -käännöksiä, esimerkiksi monien mittarien ja teorioiden nimet eivät olleet ennestään tuttuja. Kirjallisuuskatsaukseen valikoiduille tutkimuksille toteutettiin laadun arviointi ja aineiston hakuprosessi kuvattiin vaiheittain, mitkä lisäävät kehittämistyön luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Aineiston haku tehtiin riittävän huolellisesti ja aineiston analysointi sekä tulosten raportointi rehellisesti kunnioittaen alkuperäisiä tutkimuksia.

Elintapaohjausinterventioiden prevention vaikutusten arviointi ja vaikuttavuuden osoittaminen on haasteellista. THL:n asiantuntijoiden (2019) mukaan monitekijäisten interventioiden kohdalla on syytä huomioida, että eri elintapojen muutokseen parhaiten sopivat tekniikat vaihtelevat ja siitä syystä teorioiden ja tekniikoiden yhdistely on välttämätöntä toimivan elintapaohjauksen suunnittelussa. Koeasetelmassa on kaiken kaikkiaan haasteellista arvioida ennaltaehkäisevien toimien vaikuttavuutta, sillä vaikutukset voivat näkyä vasta vuosien tai vuosikymmenten jälkeen.

## 9.2 Ryhmäohjauksen tulosten tarkastelu

Elintapaohjausryhmään osallistuneet tekivät konkreettisia elintapamuutoksia. Ohjauksessa kannustettiin uusien terveyttä edistävien tottumusten luomista arkeen ja pienien tekojen merkitystä, eikä kiinnitetty liikaa huomiota painon pudottamiseen. Osallistujat raportoivat positiivisia muutoksia painossaan ja vyötärön ympäryksessään, vaikkakin tulokset olivat vaatimattomia. Pienillä elintapamuutoksilla on todettu olevan merkitystä, sillä vaatimattomankin painonlaskun on todettu alentavan tehokkaasti diabeteksen riskitekijöitä (Saaristo ym. 2010; Dunbar ym. 2015; Käypä hoito -suositus 2018).

Motivaatiota ja sitoutumista edistävinä tekijöinä nähtiin asiakkaiden näkökulmasta sosiaalinen tuki ja vertaistuki, konkreettinen toiminta, ammattilaisen tieto, tuki ja seuranta. Konkreettinen toimintasuunnitelma, tavoitteen asettelu, oman käyttäytymisen seuranta ja ohjauksen seuranta sekä palautteen anto tutkitusti tukevat elintapamuutosten edistämistä ja motivaatiota (Absetz & Hankonen 2011 ja 2017, Käypä hoito -suositus 2013).

Osallistujat kokivat positiivisia vaikutuksia energisyydessä, jaksamisessa, kunnossa, virkeydessä, mielialassa ja voimavaroissa, vaikka fyysiset muutokset mittauksissa olisivat olleet vaatimattomia. Tulosten perusteella asiakkaiden ymmärrys elintapamuutoksen pitkäkestoisuudesta ja pysyvyydestä lisääntyi. Myös Alahuhdan (2010) tutkimuksessa onnistumisen edellytyksiä olivat oma toiminta, motivaatio ja voimavarat. Konkreettiset muutokset, tavoitteiden asettaminen ja voimavarat, toivon säilyminen ja positiivisuus olivat ominaisia elintapamuutoksen tehneille tyyppin 2 diabeteksen kohonneen riskin henkilöille.

Ryhmäohjauksessa vertaistuen merkitys korostui voimaannuttavana tekijänä. Omien kokemusten jakaminen, hyväksytyksi tuleminen ja toisilta oppiminen vaikuttivat olevan tärkeitä osallistujien voimavaroja tukevia, ja siten motivaatiota ja sitoutumista tukevia tekijöitä. Vertaistuki, kokemusten vaihtamisen ja toisilta oppimisen mahdollistuminen voidaankin nähdä juuri ryhmäohjauksen etuina (Käypä hoito -suositus 2013).

Sosiaalisen tuen hyödyntämiseen kannustettiin niin ryhmässä kuin sen ulkopuolella esimerkiksi Critchleyn ym. (2012) tutkimuksessa, jossa tutkittavilla osoitettiin parannusta motivaatiossa, positiivisessa mielialassa, pystyvyydessä ja tiedossa. Ylimäen (2015) mukaan elintapamuutokseen sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat sosiaalisen tuen lisäksi pystyvyys, motivaatio, ammattilaisen tuki ja ohjaus, sitoutuminen neuvoihin sekä huoli nykyisistä elintavoista.

Osallistujat kokivat myös itsekurin ja sinnikkyuden puutetta, heikkoutta toteuttaa muutoksia. Tämän voisi tulkita heikoksi voimaantumiseksi ja myös heikoksi repsahdustenhallinnaksi. Alahuhta (2010) toikin esille, että painonhallinnan riskeinä olivat sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puute.

### 9.3 Elintapaohjausmalli

Kehittämistyön tuotoksena luotiin valmentava, asiakkaiden motivaatiota tukeva elintapaohjausmalli, jonka tavoitteena on vastata asiakkaiden tarpeisiin, tukea heidän elintapamuutosmotivaatiotaan sekä yhtenäistää elintapaohjaustyötä tekevien ammattilaisten toimintatapoja.

Elintapaohjausmallin laadinnassa painotettiin asiakaskeskeisyyttä. Ohjausmallissa on hyödynnetty asiakkaiden kokemuksia omista elintapamuutoksistaan, ryhmäohjauksesta ja sen kehittämistarpeista. Asiakkaiden tuottamasta aineistosta löytyi pääasiassa hyvin yhtymäkohtia tutkittuun tietoon, siitä mitkä tekijät vaikuttavat elintapamuutoksen onnistumiseen ja miten niitä voi tukea.

Ohjausmallin keskeiset käsitteet ja muutosta tukevat osatekijät; motivaatio, sitoutuminen, voimaantuminen, pystyvyys, autonomia ja osallisuus, haluttiin tuoda selkeästi esille mallin yläosassa. Mallin keskellä olevat kolme osiota: motivoiva haastattelu, vuorovaikutus ja toiminnan taso, tuovat esiin konkreettisia keinoja, joita ammattilaisen on hyvä hyödyntää valmentavassa ohjauksessa, ja jotka tutkitusti vahvistavat motivaatiota ja muita elintapamuutoksiin liittyviä osatekijöitä.

Ohjausmallin tarkoitus on toimia elintapaohjauksessa ammattilaisen apuna, ikään kuin runkona ja muistilistana, jonka avulla voi helposti palautella mieleen asiakkaan motivoitumisen kannalta keskeisiä asioita. Mallin tarkoitus on tuoda näkyväksi asiakkaan näkökulma ja aktiivinen rooli elintapamuutoksessa sekä näyttöön perustuva tieto ja motivoitumista tukevat keinot. Ohjausmallia voi hyödyntää sekä ryhmä- että yksilöohjauksessa. Malli sopii käytettäväksi muillakin asiakasryhmillä kuin diabeetikoilla tai lihavuuden hoidossa. Sitä voi hyödyntää kaikenlaisessa elintapaohjauksessa ja käyttäytymisen muutoksen tukemisessa, ja sitä voi soveltaa esimerkiksi tupakoinnin lopettamisessa tai elämänhallinnan tukemisessa esimerkiksi mielenterveys- ja päihdeasiakkailta.

Tarkoitus ei ole, että ammattilainen hallitsisi kaikki menetelmät, sillä esimerkiksi motivoivan haastattelun useiden tekniikoiden hallitseminen on haastavaa. Nopea rutinoituminen näiden käyttöön ei ole realistista, mutta ammattilainen voi automatisoida käyttöönsä yksittäisiä keinoja kuten aktiivista kuuntelua ja asiakkaan omien muutosajatuksien herättelyä. Tähän on esitetty avuksi lisätyökalu, yksinkertainen ohje ohjauksen automatisointia varten (LIITE 11), jota ammattilainen voi soveltaa oman ammatillisen toiminnan muutoksessa niin, että ohjauksen antamisesta tulee tapa (Absetz & Hankonen 2017, 1020). Kaksi muuta lisätyökalua ohjausmallissa ovat uuden tavan muodostaminen (LIITE 3) ja itsearviointityökalu (LIITE 12). Itsearviointityökalu auttaa ammattilaista pohtimaan, miten kohdata elintapamuutoksen tarpeessa oleva asiakas, ja on mielestäni tärkeä työkalu käytettäväksi uusissa ohjaustaitoja opetellessa. Esimerkki uuden tavan muodostamiseksi -työkalu on selkeä ja käyttökelpoinen ohje ammattilaisen käytännön työn tueksi.

Asiakkaiden näkökulmasta keskeisinä asiakokonaisuuksina nähtiin sosiaalinen tuki, ammattilaisen ohjaus ja tuki sekä terveyden lukutaito (tieto, ymmärrys, taidot ja voimavarat). Ryhmäohjauksessa tulisikin korostaa sosiaalisten tuen ja vertaistuen merkitystä. Näitä voidaan tukea muun muassa ryhmadynamiikkaa, ryhmän itseohjautuvuutta ja voimavaroja vahvistamalla. Ohjaajan olisi hyvä omaksua ryhmässä taustalla oleva, mahdollistajan rooli, ja pyrkiä pois liiallisesta asiantuntijan roolista. Ohjauksen sisällön tulisi tarkentua asiakkaiden tarpeista. Toiminnallisia menetelmiä voi hyödyntää erityisesti itsearviointien ja toteutuksen omaseurannan tukena.

Ryhmäkooksi mallissa on ehdotettu 8-12 henkilöä ammattilaisten arvion ja teoreettisen tiedon perusteella (Turku 2007). Ryhmäohjauksen sisällön ja aikataulun voi rakentaa monella eri tavalla, mutta mallissa on esitetty, että kuudesta kahdeksaan tapaamista noin kahden-kolmen kuukauden aikana olisi sopiva määrä asiakkaiden muutosmotivaation tukemiseksi. Tapaamisten määrä voi toki vaihdella, riippuen esimerkiksi yhteen tapaamiskertaan käytettävissä olevasta ajasta, ohjaajien osaamisesta, sisällön painopisteistä ja asiakkaiden tarpeista. Kirjallisuuskatsauksen ryhmäinterventiot vaihtelivat ajallisesti suurestikin. On kuitenkin todettu, että elintapamuutosten prosessi-  
maisuus ja moninaisuus huomioiden tapaamiskertoja olisi hyvä olla useita (THL 2019).

Ohjausmallin alaosassa yksilö- ja ryhmäohjauksen polut kulkevat rinnakkain ja niissä hyödynnetään samoja menetelmiä. Kummassakin on tuotu esille vain muutamia oleellisia asioita, joita painotettiin elintapaohjaajien arvioinnissa ja joiden pohjalta ohjaaja voi rakentaa yksilö- ja ryhmäohjauksen rungon. Yksilöohjauksessa on tuotu esille asiakkaan elintapojen kartoitus ja tavoitteen asettelu. Tavoitteen asettelun jälkeen asiakas kokeilee itse valitsemaansa uutta tapaa noin kahdesta neljään viikkoa. Seurantakäynnit voidaan järjestää asiakkaan tuen tarpeen mukaan, esimerkiksi noin kerran kuussa, ja elintapamuutosten jo edetessä noin 1-3 kuukauden välein.

Asiakasta on hyvä kontrolloida myös puhelimitse sovittujen tapaamisten välillä tai seurantakäynnit voidaan korvata osittain puhelinkontrolleina, mikäli se on asiakkaan kannalta tarpeenmukaista. Seurannan olisi hyvä jatkua vähintään puolen vuoden ajan, mielellään vuoteen asti, sillä pysyvien elintapamuutosten omaksuminen vaatii aikaa ja voimavaroja. Myös asiakkaiden näkökulmasta ammattilaisen tuki ja seuranta sekä seurantamittaukset koettiin motivaatiota edistävinä tekijöinä.

Ohjausmallissa esitettyjen asiakkaan motivaatiota tukevien menetelmien ja siihen liittyvien osatekijöiden vahvistavien keinojen sekä käytännön työkalujen avulla on tavoitteena, että ammattilaisten ohjaustapoja voidaan yhtenäistää. Tämän tavoitteen toteutumista ei pystytä tarkemmin arvioimaan, sillä ohjausmallia ei ole kokonaisuudessaan vielä esitelty organisaation elintapaohjaustyötä ammattilaisille. Mallin käyttöön-  
otossa saatetaan tarvita perehdytystä ja koulutusta menetelmien ja keinojen osaamisen



vahvistamiseksi. Elintapaohjausmalli on tarkoitus esitellä ja ottaa käyttöön kehittämistyön valmistumisen jälkeen. Tästä syystä ohjausmallin käytön toteutumista käytännön ohjaustyössä ei arvioida tässä kehittämistyössä.

#### 9.4 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

##### *Luotettavuuden arviointi*

Tutkimuksen luotettavuutta ja laatua tarkastellaan tieteessä validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Nämä luotettavuuden mittarit eivät sellaisenaan kuitenkaan sovi kovin hyvin laadullisen tutkimuksen tai toimintatutkimuksen arviointiin. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa lyhyesti sitä, että tutkitaan oikeita asioita. Mittari on validi, jos se mittaa sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Validiteetin varmistamiseksi tulee käyttää oikeaa tutkimusmenetelmää. Reliabiliteetti tarkoittaa mittausten pysyvyyttä eli toistettavuutta. Kun tutkimus toistetaan, niin saadaan samat tulokset. (Kananen 2014, 125-127; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 231.) Toimintatutkimuksessa suurimman ongelman luotettavuuskäsitteiden käyttöön tuo laadullisen tutkimuksen tavoittelema muutos. Toimintatutkimuksessa luotettavuuskysymyksiä voidaan arvioida kunkin tutkimusotteen omilla luotettavuusmittareilla. (Kananen 2014, 125-127.)

Tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnin perustana on aina tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun riittävän tarkka dokumentaatio, sillä ulkopuolisen arvioitsijan on mahdotonta muuten päätellä tutkimuksen luotettavuudesta mitään (Kananen 2014, 134). Luotettavuuden lisäämiseksi erityisesti laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää selostaa tarkkaan tutkimuksen toteuttamisen kaikki vaiheet. Esimerkiksi aineiston tuottamisen olosuhteet, kuten haastattelu- ja havainnointitilanteet, olisi kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2014, 232.) Kehittämistyön prosessi ja tutkimuksen kulku pyrittiin dokumentoimaan mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksen tulosten siirrettävyys edellyttää lähtökohtatilanteen tarkkaa kuvausta. Tulokset voidaan siirtää tapauksiin, jotka vastaavat tutkimustulosten tapausta, vaikka siirrettävyys ei ole laadullisen tutkimuksen tai toimintatutkimuksen varsinainen tar-

koitus. Toimintatutkimus ei pyri yleistettävyyteen ja tutkimuksen tulosten voidaan katsoa pätevän vain tapaukseen, jota se käsitteli. Myös menetelmien yhteiskäyttö eli triangulaatio lisää luotettavuutta. Kehittämistyössä käytettiin useampaa tiedonkeruumenetelmää; kirjallisuuskatsausta, haastattelua, avointa kyselyä, tutkimuspäiväkirjaa ja ammattilaisten arviointia. Näin pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja saamaan vahvistusta tutkimustuloksille. Luotettava tutkimus edellyttää myös objektiivisuutta. (Kananen 2014, 135-136.)

Toimintatutkijan rooli kehittämistyössä on jokseenkin kyseenalainen ja objektiivisuus vaati tutkijalta tietoista työskentelyä niin, ettei ennako-oletukset vaikuta tutkimustuloksiin tai kehittämistyön kulkuun. Tutkimusaineisto kerättiin toimintatutkijan työpaikalla, mikä on saattanut vaikuttaa asiakkaiden vastauksiin positiivisesti. Kehittämistyön tekijä eli toimintatutkija toimi ryhmän ohjaajana sekä ryhmän haastattelijana. Tämä saattoi vaikuttaa erityisesti haastattelun tulosten luotettavuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa tosin tulkintoja voi olla monia, jolloin se ei voi täysin olla objektiivinen. Haastattelussa oli tarkoitus saada aikaan keskustelua myös ohjauksen kehitettävistä asioista. Kriittinen arviointi etenkin ryhmäohjauksen sisältöön ja ohjaajiin liittyviin asioihin oli vähäistä, mikä saattoi johtua yhteisestä haastattelijahajaajan roolista. Luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että osallistujilta kerättiin lisäksi kirjallista palautetta palautekyselyllä, johon vastattiin anonyymina. Osallistujat saivat haastattelun teemat tietoonsa etukäteen, mikä Tuomen ja Sarajärven (2018) mukaan lisää luotettavuutta ja on eettisestikin perusteltua.

Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, jonka luotettavuutta pyrittiin lisäämään esittämällä haastateltavien suoria lainauksia alkuperäisilmauksista sekä esittämällä esimerkkisivu sisällönanalyysistä. Tulosten analysoinnissa toimintatutkija pyrki välttämään omaa tulkintaa tai omien mielipiteiden ja ennakkokäsitysten sotkemista tutkimustuloksiin.

Kehittämistyön prosessin eri vaiheissa kehittämistyön tekijä on pyrkinyt toimimaan rehellisesti, ja perustelemaan tekemänsä ratkaisut avoimesti ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Kehittämistyön ajan pidettiin tutkimuspäiväkirjaa, johon kehittämistyön tekijä kirjasi prosessin eri vaiheiden oleellisia asioita ja havaintoja ryhmäohjauksesta, asiakkaiden toiminnasta ja myös omasta toiminnasta. Kehittämistyön tekijä eli

toimintatutkija oli aktiivisessa roolissa koko kehittämistyön ajan. Asiakkaat osallistivat interventioon eli elintapaohjausryhmään, ryhmähaastatteluun ja palautekyselyiden täyttämiseen. Kolme elintapaohjaajaa osallistuivat ryhmäohjauksen rungon suunnitteluun ja toimivat osittain ryhmäohjauksen työpareina, sekä osallistuivat ryhmäohjauksen toteutumisen ja sen tulosten arviointiin.

Toimintatutkimukselle tyypillisesti kehittämistyö eteni sykleittäin. Jokainen sykli tuotti uutta tietoa, jonka perusteella lähdettiin toteuttamaan seuraavaa sykliä. Tässä kehittämistyössä interventiolla tarkoitettiin ryhmäohjausta ja siihen sisältyviä vaikutuskeinoja, joilla pyrittiin vaikuttamaan myönteisesti asiakkaiden elintapamuutoksiin. Toimintatutkimuksella pyrittiin myös muutokseen työyhteisössä eli osallistamalla asiakkaita sekä ammattilaisia mukaan kehittämiseen luotiin näyttöön perustuva ja asiakaslähtöinen elintapaohjausmalli. Kehittämistyössä painottui asiakkaiden osuus, ryhmäohjaus ja asiakkaiden kokemukset ohjauksesta, joten kehittämistä olisi voinut lähestyä toimintatutkimuksen sijaan myös palvelumuotoilun avulla. Tällöin asiakkaan palvelukokemusta olisi voinut tutkia ja jäsentää tarkemmin esimerkiksi yksilöohjauksen näkökulmasta palvelupolku-työkalun avulla (Miettinen 2011).

### *Eettisyyden arviointi*

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Suomalaisessa tiedeyhteisössä on sovittu yhteinen tutkimuseettinen ohje hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä eli niin sanottu HTK-ohje, jota noudatetaan kaikessa tieteellisessä tutkimuksessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tässä kehittämistyössä yleisen HTK-ohjeen lisäksi on huomioitu vuonna 2019 uudistettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohje ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisistä periaatteista.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen lähtökohta on tutkittavien henkilöiden luottamus tutkijoihin ja tieteeseen. Kehittämistyössä tutkittavat eli elintapaohjausryhmään osallistuneet asiakkaat olivat tutkimusvuorovaikutuksessa tutkijaan haastattelun kautta, tietojaan antamalla ja olemalla havainnoinnin kohteena. Tietoon perustuva suostumus osallistua tutkimukseen on ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen keskeinen eettinen pe-

riaate. (TENK 2019.) Elintapaohjausryhmään osallistuneille kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä on oikeus myös kieltäytyä. Osallistujille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, toteutus ja luottamuksellisuuteen liittyvät asiat. Osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta, henkilötietojen ja tulosten käsittelystä (LIITE 6). Tutkittavilla oli oikeus milloin tahansa keskeyttää osallistumisensa ja peruuttaa suostumuksensa osallistua milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä, eikä tästä saa aiheutua tutkittaville kielteisiä seurauksia (TENK 2019). Tutkimuslupa on haettu kehittämistyön kohdeorganisaation lupakäytäntöjen mukaisesti, ja se on myönnetty 18.3.2019 ylilääkärin toimesta. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä on haettu ja hyväksytty asianmukaisesti Satakunnan ammattikorkeakoulussa.

Tutkittavien henkilötietoja käsittelevät ainoastaan tutkija ja ryhmäohjauksessa mukana oleva työpari. Tietojen käsittely tapahtuu asianmukaisesti ja lain edellyttämällä tavalla. Henkilötietoja ja aineistoja säilytettiin lukollisessa kaapissa, ja tutkimuksen loputtua asiakirjat tuhottiin asianmukaisella tavalla organisaation tietosuojaohjeiden mukaisesti. Kehittämistyön tuloksista tai raportista ei pysty tunnistamaan tai yksilöimään henkilöitä. Haastatteluaineiston lainauksia käytettiin harkitusti ja sopivissa asiayhteyksissä anonymiteetin säilymistä varmistamiseksi. Henkilötietojen käsittelyn ja yksityisyyden suojan huomioimiseen liittyvien seikkojen lisäksi huomioitiin tutkimusaineistojen avoimuus. Valmis oppinnäytetyö julkaistaan sen valmistuttua Theseus-tietokannassa.

Oma oppimisprosessi on ollut antoisa ja mielenkiintoinen, joskin työläs. Kehittämistyön prosessi on ollut pitkäkestoinen, ja sisältänyt useita eri vaiheita. Kehittämistyön aihe on ollut mielekäs ja ikään kuin vienyt mukanaan, mitä syvemmälle siinä on päästy. Prosessin alussa ja vasta aihetta pohtiessani, käsitykset elintapaohjauksesta ja ihmisen elintapojen muuttamisesta olivat huomattavasti kapea-alaisempia, vaikkakin jo alussa ajattelin olevani perehtynyt aiheeseen. Oman oppimisen kannalta kehittämistyö on ollut hedelmällinen, sillä koen ymmärrykseni ja ihmiskäsitykseni laajentuneen entisestään, tietoni aiheeseen liittyen lisääntyneen sekä ohjaus- ja motivointitaitojeni vahvistuneen. Näitä taitoja tulen varmasti hyödyntämään työelämässä myös jatkossa.

## 9.5 Johtopäätökset ja jatkokehitys

Elintapaohjauksessa kannattaa jatkossakin hyödyntää käyttäytymistieteellistä tietoa. Käyttäytymistieteen teorioihin ja tutkimusnäyttöön perustuvat, ryhmien ja yksilöiden tarpeisiin räätälöidyt, moniammatilliset interventiot ovat elintapaohjauksessa vaikuttavimpia (Käypä hoito -suositus 2018). Vaikuttava elintapainterventio on lisäksi monitekiäinen ja kohdistuu useampaan elintapaan samanaikaisesti, ohjaajina toimivat koulutetut ammattilaiset, ja siinä sovelletaan käyttäytymisen muutostekniikoita, kuten motivoivaa haastattelua sekä tavoitteiden asettamista ja toimintasuunnitelman laatimista, sekä ohjataan oman toiminnan seurantaan. Palaute ja vertaisryhmän tuki auttavat myös tukemaan elintapamuutoksia. Tekniikoiden yhdistäminen saa aikaan parhaat tulokset. (Käypä hoito -suositus 2013; THL 2019.) Myös Absetzin ja Hankosen (2017) mukaan käyttäytymisen omaseuranta ja muita itsesäätelytekniikoita opettavat elintapainterventiot on todettu vaikuttavimmiksi kuin muut. Elintapaohjauksessa olisi tärkeää korostaa konkreettisia muutoksia, tavoitteiden asettamista ja voimavarojen tukemista, toivon säilymistä ja positiivisuutta (Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs & Laitinen 2009).

Terveysneuvonta siis yksinään ei ole vaikuttavaa. Elintapojen muuttamiseen tähtävässä terveysneuvonnassa on kyse paitsi tiedon jakamisesta myös yksilön muunlaisesta valmistamisesta muutokseen. Tietoiseen päätöksentekoon perustuvat, psykososiaaliset mallit toimivat tutkitusti terveysneuvonnan tukena. Elintapojen muutosta voidaan edistää vahvistamalla yksilön resursseja muutokseen ja vähentämällä muutokseen liittyviä esteitä. (Uutela 2016.) Tavallisesti muutokseen on pyritty vaikuttamalla ihmisen tietoiisiin prosesseihin, mutta myös ympäristön ärsykkeineen on todettu vaikuttavan voimakkaasti ihmisen toimintaan ja tottumuksiin. Siksi olisi tärkeää hyödyntää lisäksi automaattisten tottumusten prosesseja muutoksen tukemisessa. Molempien lähestymistapojen käyttäminen yhdessä saattaa olla tehokkainta. (Absetz & Hankonen 2017, 1020.)

Elintapaohjauksessa, pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa tämän kehittämistyön pohjalta tärkeinä tekijöinä voidaan nähdä asiakkaan voimavarojen ja voimaantumisen tukeminen sekä pystyvyyden ja osallisuuden vahvistaminen. Diabetek-

sen hoidossa on laajalti käytössä terveyshyötymalli, jossa painotetaan aktiivisen, voimaantuneen asiakkaan ja valmentautuneen hoitotiimin tuloksellista yhteistyötä. Yhteistyön perustana on tukea asiakkaan terveyteen liittyvää päätöksentekoa. (Ilanne-Parikka 2019.) Uutelan (2016) mukaan ensisijaisin muutosta edistävä tekijä on pystyvyyden tunne, jonka vahvistaminen on elintapamuutosten ja terveyserojen kaventamisen tärkeä ehto. Paahtama (2016, 3) tuo esille, että ihmisten omien voimavarojen tukeminen ja vaikuttamisen mahdollisuuksien tarjoaminen on olennaista osallisuuden tukemiseksi. Osallisuutta voidaan edistää esimerkiksi asiakasosallisuutta hyödyntämällä palveluiden kehittämisessä. Asiakslähtöisillä toimintamalleilla voidaan tukea yksilön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. (THL 2020b.)

Elintapaohjauksen kehittäminen kohdeorganisaatiossa jatkuu ja ohjaustyössä tulisi jatkossa painottaa ihmisen kokonaisvaltaisuutta; asiakkaan tarpeita ja päätöksentekoa, osallisuutta, pystyvyyttä ja voimavaroja, sen sijaan, että pelkästään neuvotaan ja annetaan ohjeita. Psykkisten voimavarojen ja psykososiaalisen tuen huomioimista ei tule väheksyä. Jatkossa on tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti asiakkaiden mahdollisuuksiin vaikuttaa ja osallistua palveluiden kehittämiseen, mutta myös tukea ammatilaisten osallistumista.

Elintapaohjauksen tulisi kuulua jokaiselle asiakas- tai potilastyötä tekeväälle. Sen ei voida katsoa olevan vain terveyden- ja sairaanhoitajan tai fysioterapeutin työhön kuuluvaa. Jatkossa moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden ja yksiköiden kesken edelleen korostuu. Paikalliset elintapa- ja liikuntaneuvonnan palveluketjut tulisi saada toimivimmiksi, eikä monialaista yhteistyötä voi tässä yhteydessä liiaksi korostaa. Pienessä organisaatiossa voidaan vedota siihen, että palveluketjujen toimimattomuus ja monialaisen yhteistyön heikkous johtuisi organisaation koosta ja työntekijöiden vähäisestä määrästä. Toisaalta näen juuri pienen organisaation etuna sen, että kehittämistyö olisi helpompaa ja sujuvampaa, kun eri toimijat tuntevat helpommin toistensa työt ja ehkä yhteistyön tekemiselle on matalampi kynnyks verrattuna suuriin organisaatioihin ja kaupunkeihin. Näkisin, että palveluiden ja hoitopolkujen onnistuneelle kehittämiselle tulisi olla selkeä suunnitelma, jossa myös asiakasosallisuus on otettu huomioon, toimiva poikkihallinnollinen yhteistyö, kehittämiseen sitoutuneet ja avoimesti suhtautuvat työntekijät ja ennen kaikkea vahva johdon ja esimiesten tuki.

Ministeri Kiurun koolle kutsuma asiantuntijaryhmä (THL 2020a) on esittänyt ratkaisuehdotuksia terveellisten elintapojen tukemiseksi, sillä tällä hetkellä Suomessa elintapaohjauksen toteutuminen on riittämätöntä ja toimivien mallien hyödyntäminen puutteellista. Suosituksena on, että erityisesti perusterveydenhuollon osaamista tulisi vahvistaa, jotta voidaan toteuttaa näyttöön perustuvaa elintapaohjausta sekä tarjota muuta lääkkeetöntä hoitoa ja tukea pitkäaikaissairaille ja korkeassa riskissä oleville järjestelmällisesti, moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Käytännön ratkaisuna tulisi esimerkiksi tarjota helposti saatavilla olevaa verkkokoulutusta ja koulutusmateriaalia. Digitaalisia ohjausmalleja suositellaan ottamaan laajamittaisemmin käyttöön ja hyödyntämään järjestöjen kehittämiä verkko-ohjauksia elintapaohjauksen tukena. Terveystieteiden ja kunnan liikuntatoimen ja muun hyte-sektorin tulisi muodostaa toimiva yhteistyöverkosto, joka kehittää valmiita toimintatapoja erityisesti korkean riskin asiakkaille. Kuntia suositellaan tarjoamaan matalan kynnyksen palveluita ja tukea elintapamuutokseen kohonneen riskin väestölle esimerkiksi yhteistyössä järjestöjen kanssa.

Sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoitoketjut eivät toimi tarpeeksi tehokkaasti ja saumattomasti. Hoito- ja omahoidon ohjauspolkujen ja vastuutyöntekijämallin käyttöönoton lisäksi ratkaisuehdotuksena suositellaan esimerkiksi ottamaan Tulppa-valmennus käyttöön kaikkialla Suomessa. Erityisesti perusterveydenhuoltoon tarvitaan lisää resursseja ja osaamista sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen hoitoon. Sairauksien riskin varhaiseen tunnistamiseen suositellaan muun muassa tehostavan OmaOlo-palvelun riskinarviointitestin käyttöä tyypin 2 diabeteksen tunnistamiseksi. Terveystieteidenhuollossa tulee varmistaa, että jokaisella ammattilaisella on riittävä osaaminen ja toimintayksiköissä selkeät ohjeet, miten riskitekijöiden hoitoprosessi toteutetaan noudattaen Käypä hoito -suosituksia. (THL 2020a.)

Elintapaohjaus omassa organisaatiossa tällä hetkellä ei tavoittane kuin tietyn osan ohjauksesta hyötyviä asiakkaita. Juuri sairastumisriskissä olevien asiakkaiden saavuttamiseen tulisi panostaa ja kohdentaa elintapaohjauksen resursseja erityisesti riskiryhmiin. Yhteistyön kehittämistä tulisi huomioida paremmin niin terveydenhuollon sisällä kuin poikkiallisesti. Toimintatapoja ja palvelupolkuja tulisi sujuvoittaa siten, että erityisesti sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevat henkilöt saisivat matalalla kynnyksellä tukea elintapamuutokseen ja ohjautuisivat tarvittaessa eteenpäin.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen keskeisinä tavoitteina onkin kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kaikille suomalaisille, parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta. (Valtioneuvosto 2019, 151-152.)

Terveyseroja voidaan pyrkiä kaventamaan esimerkiksi elintapoihin vaikuttamalla ja matalan kynnyksen palveluita kehittämällä. Ylipainon on todettu olevan yleisempää ja terveyshaittojen kasaantuvan alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. (THL 2020b.) Keskeistä on huomioida erilaisia tarpeita ja tukea käyttäjien osallistumista palveluiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Tärkeää olisi löytää ennaltaehkäiseviä toimintatapoja, jotta pystytään tavoittamaan ja huomioimaan heikon terveyden lukutaidon ryhmiä. (Kaasalainen 2016.) Vahva koherenssin tunne on todettu lukuisissa tutkimuksissa olevan yhteydessä hyvään terveyteen sekä yhteiskunnalliseen hyväosaaisuuteen. Tästä syystä tulisikin tukea huono-osaisempien koherenssin tunnetta, sillä he ovat erityisen haavoittuvassa asemassa ja saattaisivat hyötyä eniten korkeatasoisista interventioista. (Suominen 2016.)

Tämän kehittämistyön tuloksia voi hyödyntää edelleen elintapaohjauksen suunnittelussa ja kehittämisessä sekä kohdentamisessa muille asiakasryhmille. Pidän tärkeänä yhtenäisen elintapaohjausmallin käyttöönottoa sekä jatkossa elintapaohjauksen palvelupolun selkiyttämistä ja riskiryhmien saavutettavuuden parantamista. Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää arvioida ohjausmallin vaikutuksia käytännön työssä. Lisäksi tulisi selvittää ammattilaisten käsityksiä omasta ohjausosaamisestaan ja motivointitaidoistaan, sillä elintapaohjausmallin käyttöönottoon ja ohjauskäytäntöjen muuttamiseen saattaa liittyä perehdyttämis- ja kouluttamistarpeita.



## LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Helsinki: Duodecim (127), 2265–2272.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Helsinki: Duodecim (133), 1015-21. Viitattu 1.4.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/10/duo13734>

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 22.3.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514263552.pdf>

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 148-158.

Antonovsky, A. 1979. *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Critchley, C., Hardie, E. & Moore, S. 2012. Examining the psychological pathways to behaviour change in a group-based lifestyle program to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care*, vol 35.

Dunbar, J., Hernan, A., Janus, E., Vartiainen, E., Laatikainen, T., Versace, V., Reynolds, J., Best, J., Skinner, T., O'Reilly, S., McNamara, K. et al. 2015. Challenges of diabetes prevention in the real world: results and lessons from the Melbourne Diabetes Prevention Study. *BJM Open Diabetes Research and care*.

Eriksson, J. 2016. Diabetes. Teoksessa Vuori I., Taimela S. & Kujala U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. 3.-8. painos. Helsinki: Kustannus Duodecim Oy, 438-451.

Fogelholm, M. & Kaukua, J. 2016. Lihavuus. Teoksessa Vuori I., Taimela S. & Kujala U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. 3.-8. painos. Helsinki: Kustannus Duodecim Oy, 423-437.

Gilis-Januszewska, A., Piwońska-Solska, B., Lindström, J., Wójtowicz, E., Tuomi-lehto, J., Schwarz, P.E.H, Kissimova-Skarbek, K., Szybiński Z., Windak A., Hubalewska-Dydejczyk A. 2018. Determinants of weight outcomes in type 2 diabetes prevention intervention in primary health care setting (the DE-PLAN project). *BMC Public Health*. 18 (1), 97. doi: 10.1186/s12889-017-4977-1.

Gillison, F., Stathi, A., Reddy, P., Perry, R., Taylor, G., Bennett, P., Dunbar, J., Greaves, C. 2015. Processes of behavior change and weight loss in a theory-based weight loss intervention program: a test of the process model for lifestyle behavior change. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 16, 12:2. doi: 10.1186/s12966-014-0160-6.

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus: Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, A. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla*. 3. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus, 214-229.

Heinonen, K. & Niskanen, L. 2019. Liikunta painonhallinnan tukena. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M-T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 149-151.

Helajärvi, H., Lindholm, H., Vasankari, T. & Heinonen, O. 2015. Vähäisen liikkumisen terveyshaitat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 18. Viitattu 22.11.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12430>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 2. p. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. Viitattu 31.3.2020. <https://www.ellibslibrary.com/book/9789524958868>

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. p. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. 2019. Hoitoyhteistyö. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M-T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 40-43.

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.3.2020. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Kaasalainen, K. 2016. Terveiden lukutaito ja terveyserojen kaventaminen. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus - lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-302-717-6>

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291-301. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Viitattu 1.3.2019. <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>

Kaukua, J. 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Duodecim 122, 1215-24. Viitattu 13.6.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95739>

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., Koskinen, S. & FinTerveys-tutkimuksen johtoryhmä. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.5.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Koski, S., Lahti-Koski, M., Vartiainen, E. & Laatikainen, T. 2015. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2015. Ohjaus 17/2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.5.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-344-4>

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus - Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 31.10.2018. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Käypä hoito -suositus. 2016. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 31.10.2018. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Käypä hoito -suositus. 2018. Tyypin 2 diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.3.2019. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Laverack, G. 2014. The pocket guide to health promotion. Maidenhead, England: Open University Press.

Lindström, J. & Tuomilehto, J. 2001. Tyypin 2 diabeteksen riskitesti. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry. Viitattu 1.3.2019. [https://www.diabetes.fi/files/3105/Riskitesti\\_suomi\\_web.pdf](https://www.diabetes.fi/files/3105/Riskitesti_suomi_web.pdf)

Lindström, B. & Eriksson, M. 2012. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden edistäminen: teorioista toimintaan. 1.-2. p. Helsinki: Sanoma Pro, 32-52. Viitattu 30.4.2020. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-63-1181-4>

Lundqvist, A., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaartinen, N., Mäki, P. & Borodulin, K. 2018. Lihavuus. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 45-48. Viitattu 22.11.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

McLaren, L. 2007. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiology Rev* 29, 29-48. Viitattu 13.6.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17478442>

Miettinen, S. (toim.). 2011. Palvelumuotoilu - uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. 1994. *Qualitative data analysis*. 2. p. California: Sage.

Miller, W.R. & Rollnick, S. 2013. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3. p. New York: Guildford Press. Viitattu 10.2.2020. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/samk/detail.action?docID=1034770>

Mustajoki, P. 2018. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.5.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00775](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775)

NHS Health Trainer Handbook. 2008. *Improving Health: Changing Behaviour*. London: Department of Health. Viitattu 13.6.2019. [http://eprints.uwe.ac.uk/12057/1/dh\\_085778.pdf](http://eprints.uwe.ac.uk/12057/1/dh_085778.pdf)

Niskanen, L. & Ilanne-Parikka, P. 2019. Diabetes sairautena ja hoitoperiaatteet: yleisyys, oireet ja diagnostiikka. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M-T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10-15.

Nupponen, R. & Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 212-226.

Oggers-Jewell, K., Ball L., Kelly, J., Isenring, E., Reidlinger, D. & Thomas, R. 2017. Effectiveness of group-based self-management education for individuals with Type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses and meta-regression. Diabet Med. 34 (8),1027-1039. doi: 10.1111/dme.13340.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 30.5.2019. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-63-2695-5>

Paahtama, S. 2016. Hyvinvoinnin edistämisen käsite ja sisältö. Arttu2-tutkimusohjelman julkaisusarja 7/2016. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Viitattu 30.4.2020. [http://shop.kuntaliitto.fi/product\\_details.php?p=3237](http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3237)

Pietilä, I. 2010. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Ruusu vuori J., Nikander P. & Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 212-241.

Pietiläinen, K. 2016. Lihavuuden hoito. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.11.2019. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Pietiläinen, K. & Mustajoki, P. 2014. Lihavuuden hoitomenetelmät ja niiden käyttö. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.11.2019. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Pietiläinen, K. & Rosengård-Bärlund, M. 2019. Painonhallinta: Hoitoperiaatteet ja hoitomenetelmät. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Niskanen L., Rönnemaa T. & Saha, M-T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 142-149.

Rauhala, L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Saaristo, T., Moilanen, L., Korpi-Hyövälti, E., Vanhala, M., Saltevo, J., Niskanen, L., Jokelainen, J., Peltonen, M., Oksa, H., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukkaanniemi, S. 2010. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D).

Salmela, S.M., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu - helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47, 208-218.

Satakuntaliitto. 2019. Vesote-hanke. Viitattu 11.3.2019. [www.satasote.fi](http://www.satasote.fi)

Schwab, U. & Antikainen, A. 2019. Terveyttä edistävät ruokavalinnat. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Niskanen, L., Rönnemaa, T. & Saha, M-T. (toim.) Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 124-140.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Liikunta, aktiivinen arki ja elintavat hallitusohjelmassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.6.2020. [www.stm.fi](http://www.stm.fi)

Steinsbekk, A., Rygg, L.Ø., Lisulo, M., Rise, M.B. & Fretheim A. 2012. Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus: A systematic review with meta-analysis. BMC Health Serv Res. 23; 12: 213. doi: 10.1186/1472-6963-12-213.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 7-22.

Suominen, S. 2016. Koherenssin tunne – valmius tunnistaa ja käyttää erilaisia voimavaroja. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Viitattu 1.4.2020. <https://www.elibslibrary.com/reader/9789523430006>

Terveyskirjasto. 2019. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 18.3.2020. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tartu toimeen – ehkäise diabetes: Opas 10. Helsinki: THL. Viitattu 14.4.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085419>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus elintapain-terventioiden osatekijöistä ja vaikuttavuudesta korkean riskin henkilöillä: THL:n asiantuntijat 21.10.2019. Viitattu 16.7.2020. <https://d2htbfmhc6rwjj.cloudfront.net/attachments/0/b/4/8a0b30fba472d9f0363a17e2dcdef.pdf>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Valtimosairauksien ja diabeteksen ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen tehostaminen Suomessa. Ministeri Kiurun koolle kutsuma Pyöreän pöydän asiantuntijaryhmä. Viitattu 30.6.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020061042640>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Hyvinvointi ja terveyserot: Keskeisiä käsitteitä. Viitattu 30.4.2020. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Toropainen, E., Aittasalo, M., Kukkonen-Harjula, K., Rinne, M. & Vasankari, T. 2013. Liikuntaneuvonta yhteiseksi asiaksi -työkirja. Tampere: UKK-instituutti. Viitattu 20.11.2018. [http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/859-liikkumisreseptin\\_ohjekirja.pdf](http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/859-liikkumisreseptin_ohjekirja.pdf)

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

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M.; Finnish Diabetes Prevention Study Group. 2001. Prevention of type

2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. 344, 1343-50. Viitattu 15.9.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/11333990>

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: Valmentava elämäntapaohjaus. 2. painos. Helsinki: Edita.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: TENK. Viitattu 1.3.2019. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Helsinki: TENK. Viitattu 1.6.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Tuunanen, K., Puurunen, A., Malvela, M. & Kivimäki, S. 2016. Laatu liikuntaneuvontaan. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö. Viitattu 11.11.2018. [https://www.kkiiohjelma.fi/filebank/2032-Laatu\\_liikuntaneuvontaan\\_FINAL.pdf](https://www.kkiiohjelma.fi/filebank/2032-Laatu_liikuntaneuvontaan_FINAL.pdf)

UKK-instituutti. 2019a. VESOTE-hanke. Viitattu 11.3.2019. [www.ukkinstituutti.fi](http://www.ukkinstituutti.fi)

UKK-instituutti. 2019b. Aikuisten liikkumisen suositus. Liikkumalla terveyttä – askel kerrallaan. Viitattu 1.6.2020. [www.ukkinstituutti.fi](http://www.ukkinstituutti.fi)

Uutela, A. 2016. Terveyskäyttäytymisen psykososiaaliset muutosteoriat – perusta vaikuttaville interventioille. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Viitattu 20.5.2020. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523430006>

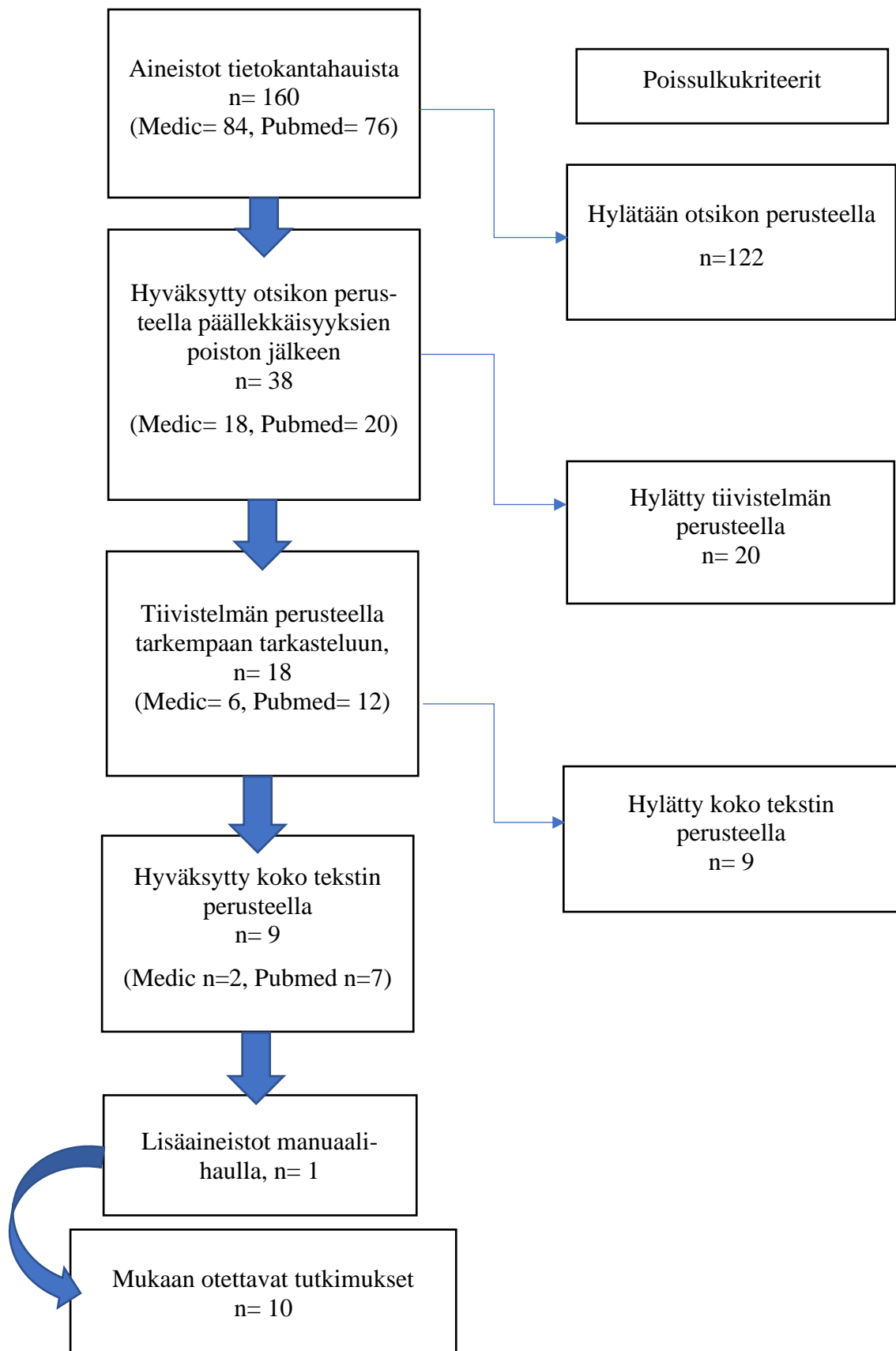
Valkeapää, K. 2015. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 58-68.

Valtioneuvosto. 2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:23. Helsinki.

Vuori, I. 2011. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12-19.

Yates, T., Edwardson, C., Henson, J., Gray, L., Ashra, N., Troughton, J., Khunti, K. & Davies, M. 2017. Walking Away from Type 2 diabetes: a cluster randomized controlled trial. Diabet Med. 34, 5.

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto



Kuvio 1. Aineiston vaiheittainen valintaprosessi

## LIITE 2

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen tutkimukset ja laadun arviointi

| Tekijät, vuosi, maa       | Tutkimuksen tarkoituksena oli  | Kohde-ryhmä   | Interventio / vertailuinterventio  | Käytetyt mittarit / aineiston keruu   | Keskeiset tulokset   | Laadun arviointipisteet |
|---------------------------|--|---|--|---|--|-------------------------|
| 1<br>Ylimäki 2015, Suomi  | Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää sydän- ja verisuonisairauksien riskiryhmään kuuluvien lappilaisten elintapojen ja ohjausintervention vaikutusta elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. | 53 työikäistä lappilaista, joilla yksi tai useampi sydän- ja verisuonisairauksen riskitekijä. | Ryhmäohjaus toteutettiin videopuhelinväitteisesti Skypellä (paitsi yksi ryhmä). Mallina oli Sydänliiton Tulppa-kuntoutusmalli. Ryhmäohjaus sisälsi 10 tapaamiskertaa, jotka sijoituivat 2–3 kuukauden ajalle. Tapaamiset kerran viikossa, ja yhden tapaamisen kesto oli 60–90 minuuttia. Seurannat 6 kk ja 12 kk.  | Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa vaiheessa; nollamittaus sekä seurantamittaukset 6 ja 12 kk:n kuluttua. Aineisto muodostui verikoetuloksista, antropometristen mittausten tuloksista (pituus, paino, BMI ja vyötärönympärysmitta), verenpaineesta, diabeteksen riskitestistä, elintapa- ja sitoutumiskyselyistä sekä ruoka- ja liikuntapäiväkirjoista. | 6 kk kohdalla oli tapahtunut paranusta kolesterolin ja diabetesriskiin suhteen, elintavoissa oli muutosta valtimoterveyttä edistävään suuntaan, vyötärönympärysmitta ja lihavien määrä väheni. 12 kk seurannassa todettiin repsahdusta ruokailutottumuksissa, verenpaine oli laskenut. Sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä ovat pystyvyys, sitoutuminen neuvoihin sekä huoli nykyisistä elintavoista. | 20/20                   |
| 2<br>Alahuhta 2010, Suomi | Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeteksen korkean riskin työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä.   | 74 työikäistä T2D:n korkean riskin henkilöä (33 miestä, 41 naista).                           | Perusterveydenhuollossa toteutettu ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus 11 ryhmää, joista lähtöpäymisillä 6 ryhmää ja 5 ryhmää videovälitteisesti. Neljä 90 min. ohjauskertaa kahden viikon välein, viides kerta noin 6 kk kuluttua aloituksesta ja seurantaikäynti 1,5 vuoden kuluttua ohjausprosessin päättymisestä. | Laadullisena aineistona videoituid ryhmäkeskustelut: painonhallintatilanteen kuvaus, elintapamuutoksen hyödyt ja haitat, painonhallinnan edellytykset ja riskitekijät. Määrällisenä aineistona TEFQ-18-kysely ja muutosvaihe-kysely, sekä paino.  | Tutkittavista 40 edistyi elintapamuutosvaiheessaan, 18 pysyi ennallaan ja 5 taantui. 1,5 vuoden seurannassa noin puolet tutkittavista oli ylläpitovaiheessa jonkun elintavan suhteen. Elintapamuutoksen hyötynä nähtiin terveyden ja toimintakyvyn paraneminen, haittoina muutoksen vaatima vaivannäkö ja voimavarat. Painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä olivat oma                               | 19/20                   |



|  |   |   |   |  |   |       |
|--|---|---|---|--|---|-------|
|  |   |   |   |  | toiminta, motivaatio ja voimavarat. Riskeinä sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puute.   |       |
| 3<br>Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Reit & Fretheim 2012, Norja | Tarkoituksena oli tutkia systemaattisen katsauksen avulla ryhmämuotoisen diabeteksen omahoito-ohjauksen vaikutuksia kliinisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin sekä elintapoihin, T2D-potilailla verrattuna rutiinihoitoon. | Aikuiset, joilla on todettu tyypin 2 diabetes. Katsauksessa 21 RCT-tutkimusta (26 julkaisua), joissa yhteensä 2833 osallistujaa, keski-ikä 60v.       | T2D potilaille suunnatut ryhmäinterventiot /vertailuinterventioina rutiinomainen ohjaus, jonotuslistalla olevat ja potilaat ilman ohjausta. Mukana valittiin tutkimukset, joissa seuranta vähintään 6kk, ja joissa vähintään 1 ohjauskerta kestoltaan väh. 1 tunti.                                     | Ensisijaisina mittareina verensokeri (HbA1c+paasto), tiedot diabeteksestä, omahoidon taidot, elämänlaatu ja voimaantuminen/pystyvyys. Toissijaiset mittarit paino, BMI, verenpaine, rasva-arvot ja potilastyytyväisyys.  | Tutkimuksissa todettiin sokerihemoglobiinin ja paastoversokerin suhteen merkittävää parannusta, tietous sairaudesta ja omahoitotaidot paranivat, merkittävää edistystä pystyvyyden/voimaantumisen tunteessa, tyytyväisyydessä ja painossa. BMI, verenpaine ja rasva-arvot: ei eroa ryhmien välillä. Elämänlaadusta ei voitu tehdä johtopäätöksiä. | 20/20 |
| 4<br>Yates ym. 2017, Iso-Britannia                         | Tarkoituksena tutkia strukturoidun opetuksellisen ryhmämuotoisen ohjelman vaikutuksia T2D korkean riskin henkilöiden liikuntamuutoksiin ja diabeteksen maantumiseen.  | 808 tyypin 2 diabeteksen riskipotilasta, jotka valikoitiin mukaan Leicestershire Risk Assessment -työkalun avulla. Mukana 10 terveystieteiden ryhmää, | 'Walking away from T2D' ohjelma. Alussa 3 tunnin strukturoitu ryhmäohjaus. Kontrollitapaamiset ryhmässä 12 kk, 24 kk ja 36 kk kohdalla. Lisäksi puolivuositaiset puhelinkontrollit tapaamisten välissä. Ohjauksen painotus liikunnassa (askelmäärään liittyvä tavoite). Kontrolliryhmä sai ohjeellisen. | Ensisijaisena mittarina liikuttamisen lisääntyminen (kiihtyvyyssanturi + askelmittari). Toissijaisina mittareina diabeteksen ilmaantuvuus, biokemialliset ja antropometriset muuttujat, kyselyt ruokavaliosta, elämänlaadusta, diabetesriskin tiedoudesta ja masennuksesta. Seurantamittaukset 12, 24 ja 36 kk kohdalla. | 571 osallistujalta saatiin tulokset kiihtyvyyssanturista. Päivittäisessä askelmäärässä ja reippaan liikunnan määrässä todettiin pienimuotoista lisäystä interventioryhmässä verrattuna kontrolliryhmään 12 kk kohdalla. Kuitenkin 36 kk kohdalla ryhmien välillä ei ollut eroa. Valtiomoterveudessa ei huomattu eroa ryhmien välillä.             | 19/20 |

|  |   |  |  |   |   |       |
|--|---|--|--|---|---|-------|
|  |   | 5 kontrolliryhmää).  |  |   |   |       |
| 5<br>Critchley, Hardie & Moore, 2012. Australia.                     | Tarkoitus tutkia elintapamuutosten psykologisia prosesseja aikuisilla, joilla on riski sairastua tyypin 2 diabetekseen.                 | Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa 307 vapaaehtoista aikuista pre-diabeetikkoa (interventio n=208, kontrolliryhmä n=99).  | Interventiona 6 ryhmämuotoista sessiota (kesto 150min., sessiot viikottain: 1,2,3,4 sekä 3kk ja 6kk kohdalla). Ohjelman sisältö psykososiaalisopetuksellinen, tarjoten motivoivaa tukea ja tietoa diabeteksestä, ruokavaliosta, liikunnasta ja käyttäytymisen muutoksesta. Kontrolliryhmä sai tavanomaisia elintapoihin liittyviä neuvoja. | Kyselylomakkeiden avulla mitattiin: Muutosmotivaatio, pysyvyyden tunne ruokavaliosta ja liikunnassa, mieliala, tietousdiabeteksestä, aktiivisuustaso, terveellinen ruokavalio. Vyötärön ympäryksen ja paino arvioitiin ennen ja jälkeen ohjelman. | Interventioon osallistuneilla merkittävää parannusta terveellisessä syömisessä ja fyysisessä aktiivisuudessa, vyötärön ympäryksen ja painon alenemista, parannusta motivaatiossa, positiivisessa mielialassa, pystyvyydessä ja tiedossa. Muutosprosessien tutkiminen osoitti, että ohjelman opetuksellinen ote lisäsi osallistujien aktiivisuustasoa, koska se lisäsi tietoutta ja nosti mielialaa. | 20/20 |
| 6<br>Dunbar ym. 2015, Melbourne Diabetes Prevention Study, Australia | Tarkoitus tutkia elintapaohjelman vaikutuksia ja veritailla painon alenemista interventioon osallistuneiden ja kontrolliryhmän välillä. | Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. 342 diabetesriskin omaavaa 50-75 v. osallistujaa (interventio n=177, kontrolli n=165). Rekrytoitiin perusterveydenhuollosta (tulokriteerinä AUS-DRISK>15). | Interventio 12 kk: yksilöohjaus (30-45 min) ja 5 x ryhmäohjaus (90 min), joista neljä kahden viikon välein ja viimeinen 8 kk aloituksesta. Health action malli, jossa asetettiin ruokavaliota ja liikuntatavoitteet. Ohjaajina ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja tai psykologitaustainen ohjaaja. Kontrolliryhmä: rutiinihoito.         | Mittareina paino, vyötärön ympäryksen, verenpaine ja laboratoriotulokset. Diabetes- ja valtimotautiriskien laskemiseen käytettiin tiettyä laskukaavaa. Mittaukset alussa ja 12 kk kohdalla, lisäksi interventioon osallistuneilla 3 kk kohdalla.  | Interventioyöryhmässä paino aleni 1.13 kg, vyö 1,35 cm, syst. verenpaine -5.2mmHg, diast. -3.2mmHg verrattuna kontrolliryhmään. Arvioitu diabetesriski aleni interventioyöryhmässä 9.6%, kontrolliryhmässä riski nousi 3.3%. Diabetekseen ja valtimotautien riskiin pystyttiin vaikuttamaan siis tehokkaasti, mutta painon ja vyön suhteen vaatimattomat muutokset.                                 | 20/20 |

|   |   |  |   |  |   |       |
|---|---|--|---|--|---|-------|
| 7<br>Gillison ym.<br>2015. Iso-Bri-<br>tannia | Teoreettisen mallin (käyttäytymisen muutosprosessi) pilottitestaus. Ryhmämuotoinen interventio terveellisen ruokavalion ja liikunnan edistämiseksi potilailla, joilla on korkea valtimotautien riski.               | 108 korkean riskin diabetes- tai sydänpotilasta (46-75 v.) satunnaisesti painonhallintaryhmiin, jossa painotetaan ruokavaliota ja liikuntaa. Kontrolliryhmällä rutiinihoito. | Interventio sisälsi 9 ryhmäsessiota, joiden tavoitteena edistää motivaatiota, antaa sosiaalista tukea ja ymmärrystä itsesäätelyyn ja käyttäytymisen muutosproesseihin liittyen.   | Mittareina paino, ruokavalio- ja liikuntamuutokset (askelmittari) sekä teoreettisen mallin mukaiset elintapoihin liittyvät käyttäytymisen muutokset (kyselyt). Mittaukset ennen interventiota, 4 kk ja 12 kk kohdalla. | Merkittävää parannusta kuidun liittämisessä, mutta ei rasvan kulutuksessa. Parannusta suurimmassa osassa käyttäytymisen muutoksen määrittäjissä. Pystyvyyden tunteen ja muutosprosessin ymmärryksen lisääntyminen oli yhteydessä suunnitelmallisuuden ja omahoidon sitoutumiseen sekä onnistuneisiin ruokavaliomuutoksiin. Tulokset osoittivat teoreettisen mallin tukevan ruokavaliomuutoksia, muttei liikunnallista aktiivisuutta. Positiiviset muutokset painossa. | 19/20 |
| 8<br>Odgers-Jewell ym. 2017.<br>Australia.    | Systemaattisen katsauksen tavoitteena selvittää ryhmämuotoisten interventioiden vaikuttavuutta kliinisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin sekä elintapoihin, verrattuna yksilölliseen ohjaukseen ja rutiinihoitoon. | Mukaan otettiin 47 tutkimusta, joissa yht. 8533 tutkittavaa. Osallistujina tyypin 2 diabetesta sairastavat aikuiset.   | Ryhmäinterventiot, joissa mitattiin sokerihemoglobiini ja seuranta vähintään 6 kk ajan. Vertailuryhminä yksilöllinen ohjaus ja rutiinihoito.  | Ensisijaisena mittarina sokerihemoglobiini, toissijaisina paastoversokeri, paino, BMI, vyötärön ympäryys, verenpaine, rasva-arvot, diabetes-tietous ja pystyvyyden tunne.  | Sokerihemoglobiinin merkittävämpi aleneminen ryhmäohjauksessa verrattuna kontrolliryhmään. Tulokset puolsivat ryhmäohjausta myös paastosokerin, painon, vyötärön ympäryksen, rasva-arvojen ja diabetes-tietouden suhteen, mutta ei kaikissa seurantamittauksissa. Johtopäätöksinä ryhmäohjaus on vaikuttavampaa verrattuna kontrolliryhmään, rutiinihoitoon ja yksilölliseen ohjaukseen.  | 20/20 |
| 9<br>Gillis-Januszewska ym.<br>2018. Puola.   | Tarkoituksena tunnistaa tekijöitä, jotka ennustavat onnistunutta painonpudotusta reaalikäytössä.  | Kohderyhmänä 175 perusterveydenhuollon kautta kerättyä henkilöä, joilla  | Intensiivijakso (4kk) sisälsi yhden yksilökäynnin sekä 10 ryhmämuotoista elintapaohjausta (painotus ruokavalio- ja liikuntamuutoksissa, sekä sosiaalisessa tuessa). Lisäksi osallistujille tarjottiin ohjattua liikuntaa 2x | Vaiheittaisen regressioanalyysin avulla määritettiin väestöryhmittäiset ja kliiniset tekijät, jotka ennustavat onnistu-  | Loppumittauksessa (12 kk) 23% osallistujista pudotti painoaan vähintään 5% (keskiarvo 7.9kg). Lisääntynyt liikunta, vähentynyt kokonaisrasvan käyttö ja tavoitteisiin sitoutuminen oli yleisempää niillä,   | 20/20 |

|                                 |  |  |   |  |   |       |
|---------------------------------|--|--|---|--|---|-------|
|                                 | lielämän ympäristössä. Elintapain-terventio diabeteksen ehkäisemiseksi toteutettuna perusterveydenhuollossa. | kohonnut tyyppin 2 diabeteksen riskijettä. (FINDRISC >14), mutta ei diagnosoitua diabetesta.                                     | vk. Ylläpitovaihe (4-10 kk) sisälsi 6 motivoivaa puhelinkontaktia ja 2 kirjettä. Seurantamittaus 12 kk kohdalla.  | mutta painonpudotusta (tavoitteena painon väheneminen >5%).  | jotka onnistuivat vähintään 5% painonpudotuksessa. Alkutilanteen korkeampi BMI, matalampi koulutustaso ja korkea verensokeri ennustivat onnistunutta painonpudotusta. Henkilöt, jotka onnistuvat pudottamaan painoa sitoutuvat paremmin elintapamuutoksiin, yksittäisenä ennustavana tekijänä kokonaisrasvan väheneminen. |       |
| 10<br>Saa-risto ym. 2010, Suomi | Diabeteksen ehkäisyohjelman (FIN-D2D) toteuttaminen perusterveydenhuollossa.                                 | 2798 korkean diabeteksen riskin omaavaa henkilöä (FINDRISC >15). Ohjelmaa toteutettiin 5 sairaanhoitopiirissä vuosina 2003-2008. | Ryhmä- tai yksilöohjaus valinnaisina, ohjauksen pääpaino ruokavalio- ja liikuntatottumuksissa. Ryhmäohjausmuodot vaihtelivat: painonhallinta- ja liikuntaryhmät sekä luennot. Tapaamisten kesto ja rakenne vaihtelivat paikallisista tekijöistä ja resursseista riippuen. | Mittareina paino, vyötärön ympärysmitta, BMI, verenpaine, verenrasva-arvot ja diabetesriski (FINDRISC). Nollamittaus ja 12 v. seurantamittaus. | Painonlasku 1 vuodessa noin 1 kg. Vähäinenkin painonlasku alensi diabeteksen riskitekijöitä. 17,5% osallistujista väh. 5 % painonpudotus. Vähäinenkin käyntimäärä tehokas painon alentamiseen.  | 19/20 |

## Työkalu uuden tavan muodostamiseksi

**Anna potilaan valita tottumus (tavoite) itse:** "Jos haluaisit lisätä päivääsi yhden pienen terveyttä lisäävän tottumuksen, niin mikä se voisi olla?"

Voit tarvittaessa auttaa ehdottamalla esimerkkejä.

Tavan pitäisi olla mahdollisimman tarkasti määritelty käyttäytyminen ja uusi tapa, ei vanhasta luopuminen.

**Auta pohtimaan tottumukselle aina samana toistuva konteksti** (eli fyysinen tai sosiaalinen ympäristö, tilanne, tekojen sarja) ja toiminnan laukaiseva ärsyke, esimerkiksi sisäinen tunnetila tai ulkoinen tapahtuma voivat toimia laukaisimina.

**Sovi harjoittelujaksosta, jonka ajaksi potilas haluaa sitoutua** jatkamaan tapaa tiiviisti eli aina valitussa kontekstissa.

Tutkimustiedon perusteella oppimiseen ja automatisoitumiseen kannattaa varata noin 10 viikon kokonaisaika.

Muistuta, että repsahduksista huolimatta automatisoituminen palautuu nopeasti, kun potilas jatkaa toteutusta heti uudestaan.

**Ohjaa potilas seuraamaan tottumuksen toteutumista** harjoittelujakson ajan (esimerkiksi tukkimiehen päiväkirja joka ilta) ja pohtimaan, mitkä asiat tekevät onnistumisesta palkitsevaa.

**Sovi seurantatapaaminen**, jolloin palataan asiaan. Kysy tottumuksen muodostumisesta ja uuden tavan hyödyistä, anna positiivista palautetta ja ohjaa tilanteen mukaan uuden tottumuksen valintaan.

Kuva 1. Uuden tavan muodostaminen (mukaillen Absetz & Hankonen 2017, 1019.)

## Elintapaohjausryhmän alkukysely

pvm: \_\_\_\_\_

Nimi \_\_\_\_\_

Syntymäaika \_\_\_\_\_

Siviilisääty (ympyröi sopivin vaihtoehto)

1. naimisissa / 2. avoliitossa / 3. naimaton / 4. eronnut / 5. leski / 6. muu, mikä?

\_\_\_\_\_

Mikä on koulutuksesi?

1. Kansakoulu/peruskoulu/keskikoulu / 2. ammattikoulu tai lukio / 3. opistotutkinto /  
4. korkeakoulututkinto

Oletko?

1. työssä / 2. eläkkeellä / 3. työtön / 4. sairauslomalla / 5. opiskelija / 6. Muu,  
mikä \_\_\_\_\_

Tupakoitko? 1. ei / 2. kyllä, säännöllisesti / 3. satunnaisesti

Onko Sinulla jokin lääkärin toteama sairaus tai sairauksia? Mikä tai mitä?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Onko Sinulla joitakin liikuntaa rajoittavia oireita tai kiputiloja? Mitä?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä? Mitä lääkkeitä (lääkkeen nimi, annostelu)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## LIIKUNTATOTTUMUKSET

Miten arvioisit tämänhetkisiä liikuntatottumuksiasi?

Minkälaista vapaa-ajanliikuntaa/kuntoliikuntaa harrastat (reippaasti tai rasittavasti) ja kuinka paljon?

---

---

Entä minkälaista arki- ja hyötyliikuntaa harrastat ja kuinka paljon?

---

---

Minkälaisia liikuntamuotoja tai -lajeja haluaisit jatkossa kokeilla?

---

---

---

## RUOKAILUTOTTUMUKSET

Miten arvioisit tämänhetkisiä ruokailutottumuksiasi ja ruokavaliotasi?

---

---

---

---

---

Mihin elintapa-asioihin erityisesti kaipaisit muutosta tai ohjausta? Mainitse 2-3 asiaa.

---

---

---

---

---

Kerro vapaasti minkälaisia ODOTUKSIA, TOIVEITA tai TAVOITTEITA Sinulla on ryhmätoiminnan suhteen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Kiitos vastauksistasi!**

Otathan alkukyselyn mukaan ensimmäiselle ryhmäkerralle,  
kiitos!



## SAATEKIRJE JA RYHMÄN OHJELMA

*Hyvä vastaanottaja!*

Olet ilmoittautunut mukaan Säkyän terveyskeskuksessa järjestettävään Hyvinvointiryhmään. Ryhmän tarkoituksena on tukea painonhallintaa sekä auttaa elintapamuutosten toteuttamisessa. Jokaiseen ryhmäkertaan liittyy teeman mukaisen aiheen käsittelyä keskustellen tai toiminnallisin menetelmin, sekä liikunnallinen osuus.

Ryhmä kokoontuu keväällä 2019: **keskiviikkoisin klo 14.00** huhti-kesäkuun ajan. Ryhmäkerran kesto on n. 1,5-2 tuntia, sisältäen myös liikunnallisen osuuden.

Ensimmäiset 4 ryhmäkertaa toteutuvat viikon välein, seuraavat 2-3 viikon välein. Seurantatapaaminen on kuuden kuukauden kohdalla eli syyskuun lopulla ja tarvittaessa vuoden kuluttua aloituksesta.

## HYVINVOINTIRYHMÄN AIKATAULU JA ALUSTAVA SISÄLTÖ

1. ke 3.4. - Tutustuminen ja toiveet, alkumittaukset / taukojumppa
  2. ke 10.4. - Terveellinen syöminen, tavoitteen asettelu / tuolijumppa
  3. ke 17.4. - Valtimoterveys ja avaintekijät / lihaskuntojumppa
  4. ke 24.4. - Liikunta / kuntosali
  5. ke 8.5. - Omat ruokavalinnat / frisbeegolf
  6. ke 22.5. - Psykologin puheenvuoro / venyttely ja rentoutus
  7. ke 5.6. - Uni ja stressinhallinta / sauvakävely
  8. ke 26.6. - Avoin teema (toiveiden mukaan)
  9. ke 25.9. - 6 kuukauden seurantatapaaminen, loppumittaukset
- tukea painonhallintaan
  - ohjausta elintapamuutosten toteuttamiseen
  - ohjattuja liikuntatuokioita
  - vertaistukea ja avointa keskustelua, kotitehtäviä

Ensimmäisellä kerralla tavataan Neuvolan (2. krs) viereisellä käytävällä olevassa ryhmätilassa (koulutusluokka). Liikunnalliset osuudet toteutuvat pääasiassa fysioterapian salissa tai erikseen sovitussa paikassa. Alkumittauksiin sisältyy painon, vyötärön ympäryksen sekä verenpaineen mittaus (tarvittaessa lähete verikokeisiin).

Tämän saatekirjeen mukana on ryhmän alkukysely ja elämänlaatukysely. Täytähän lomakkeet huolellisesti etukäteen ja otat ne mukaan ensimmäiselle ryhmäkerralle.

Kirjeen mukana on myös tiedote kehittämistyöhön liittyvästä tutkimuksesta ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Olethan yhteydessä, mikäli Sinulla on jotakin kysyttävää tai olet estynyt osallistumaan ryhmään.

fysioterapeutti Elina Pitkänen

*Tervetuloa mukaan!*

## **TIEDOTE KEHITTÄMISTYÖHÖN LIITTYVÄSTÄ TUTKIMUKSESTA JA SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Elintapaohjauksen kehittäminen ja Hyvinvointiryhmän järjestäminen Säskylän terveystoimessa kuuluvat osaksi ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kehittämistyötä eli opinnäytetyötä. Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa Terveiden edistämisen koulutusohjelmassa (YAMK).

### **Kehittämistyön ja tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys**

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää elintapaohjausta ja ryhmätoimintaa Säskylän terveystoimessa. Osallistamalla tutkimukseen annat arvokasta tietoa ja voit vaikuttaa ohjauksen kehittämiseen ja toimintamallien luomiseen Säskylän terveystoimissa.

Tutkimuksellinen osuus liittyy 1) ryhmämuotoisen elintapaohjauksen vaikutuksiin sekä 2) elintapamuutosten onnistumiseen ja motivaatioon vaikuttaviin tekijöihin. Tutkimusaineistoa kerätään kyselylomakkeiden ja mittausten (paino, vyötärönympäryys, verenpaine, verikokeet) avulla ryhmän alussa ja lopussa. Samojen mittausten avulla osallistujat pystyvät seuraamaan omien elintapamuutosten ja painonhallinnan toteutumista ja vaikutuksia. Ryhmän loputtua tutkimukseen osallistujia on tarkoitus haastatella ryhmänä. Haastattelun teemat liittyvät muutokseen sitoutumiseen ja motivaatioon vaikuttaviin tekijöihin, elintapamuutosten onnistumista edistäviin ja haittaaviin tekijöihin sekä kokemuksiin. Osallistujat saavat tietoonsa haastattelun teemat ennen haastattelua.

### **Tutkimusaineiston käyttötarkoitus, käsittely ja säilyttäminen**

Kehittämistyössä kerättyä tietoa eli tutkimusaineistoa ja -tuloksia käytetään opinnäytetyön raportissa sekä elintapaohjauksen palveluiden kehittämisessä Säskylän terveystoimessa. Tutkimuksen toteutuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä.

Paperisia asiakirjoja säilytetään organisaation arkistossa, tietoturvalisessä paikassa. Aineisto hävitetään, kun niitä ei enää tarvita. Henkilötietojen käsittelyssä, aineistojen säilytyksessä, käsittelyssä ja hävittämisessä noudatetaan organisaation tietosuojajohtajien ohjeita. Opinnäytetyön (raportti) tavoitteena on valmistua kevään 2020 aikana. Opinnäytetyö julkaistaan sen valmistuttua Theseus -tietokannassa.

### **Tutkittavien oikeudet**

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistujilla on tutkimuksen aikana oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa ilman, että siitä aiheutuu heille mitään seuraamuksia. Tutkimuksen järjestelyt ja tulosten raportointi ovat luottamuksellisia. Tutkimuk-

sesta saatavat osallistujien henkilökohtaiset tiedot tulevat ainoastaan osallistujan ja tutkijan/organisaation käyttöön. Tulokset julkaistaan tutkimusraporteissa siten, ettei yksittäistä tutkittavaa voi tunnistaa. Tutkittavilla on oikeus saada lisätietoa tutkimuksesta tutkijalta missä vaiheessa tahansa.

**Kehittämistyön tekijä/vastuhenkilö**

Elina Pitkänen, fysioterapeutti, Säskylän sosiaali- ja terveystoimi. Puh. \*\*\* \*\*\*\*\*,

Kehittämistyöllä on Säskylän kunnan myöntämä tutkimuslupa.

**Tutkittavan suostumus tutkimukseen osallistumisesta**

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, kerättävän tutkimusaineiston käyttöön sekä tutkittavien oikeuksiin. Suostun osallistumaan tutkimukseen annettujen ohjeiden mukaisesti. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni tai kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta missä vaiheessa tahansa. Tutkimustuloksiani ja kerättyä aineistoa saa käyttää ja hyödyntää sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

---

Päiväys Osallistujan allekirjoitus

---

Päiväys Tutkijan allekirjoitus

Taulukko 6. Toteutunut ryhmäohjelma ja ryhmäkertojen sisältö

| Ryhmäkerta | Pvm       | Teema                                       | Sisältö  | Välitehtävät / materiaali   | Liikuntaosuus    |
|------------|-----------|---|--|---|------------------|
| 1.         | 3.4.2019  | Ryhmän aloitus ja alkukartoitus             | -Tutustuminen ja toiveet, käytännön asiat<br>-Muutostarpeesta suunnitelmaan ja käyttäytymisen muutokseen, alustus ja keskustelua<br>-Omien arvojen pohdinta<br>-OTA-mittari (Sydänliitto) ja pohdinta pariporinana                                 | -Välitehtävänä konkreettinen, pieni teko<br>-Testaa syömistottumuksesi  | Taukojumppa      |
| 2.         | 10.4.2019 | Terveellinen syöminen & tavoitteen asettelu | -Välitehtävien purku: tavoitteen asettelu<br>-Tarmo-tavoitteen asettelu, paripohdinta<br>-Terveellisen syömisestä perusteet ja ravitsemussuositukset ja omien syömistottumusten pohjalta keskustellen<br>-Paripohdintana ateriaritmin toteutuminen | -Materiaalina Kullattajaliiton ja Sydänliiton: ateriaritmi, lautasmalli, kasvikset, rasvan laatu, kuitu, suola, sokeri<br>-Välitehtäväksi: tarkennettu muutossuunnitelma (esim. Sydänliiton OTA-lomake) | Tuolijumppa      |
| 3.         | 17.4.2019 | Terveellinen syöminen & valtimoterveys      | -Välitehtävän purku: muutossuunnitelmat (pohdinta/esittely pienryhmissä)<br>-Lyhyesti Valtimoterveyden avaintekijöistä, pohdintaa miten toteutuu ja mihin voisi panostaa   | -Välitehtäväksi: Liikuntatottumukset-testi ja pohdintana arkiliikunnan askeleet (mistä kertyy?), materiaaliksi kotiin ateriaritmin muistilista  | Lihaskuntojumppa |

|    |           |  |  |  |                        |
|----|-----------|--|--|--|------------------------|
|    |           |  | <p>-Keskustelua OTA-ruokakuvien pohjalta (mm. sokeri, rasva, välipalat)</p> <p>-Rasva- ja suolatestit, pohdinta</p>  |  |                        |
| 4. | 24.4.2019 | Liikuntatottumukset                                      | <p>-Välitehtävien purku; liikuntatottumukset-testi</p> <p>-Liikuntasuositukset ja positiiviset vaikutukset</p> <p>-Pohdintaa ja keskustelua omista tottumuksista (esim. tyhjä liikuntapiirakka)</p> <p>-Diabeetikon liikunnan erityispiirteet (diabeetikon liikuntaohje)</p>   | <p>-Lisämateriaaliksi "askeleita arkeen kalenteri", liikuntasuunnitelma (täytetään mikäli suunnitelma liittyy liikuntaan) tai kuntokortti</p> <p>-Välitehtävänä: sydänmerkkituotteisiin ja tuoteselosteisiin tutustuminen, tuo mukanasasi tuotepakkauksia, joita haluat ryhmässä tutkia/esitellä</p> | Kuntosaliharjoittelu   |
| 5. | 8.5.2019  | Omat ruokavalinnat                                       | <p>-Jana-harjoitus: kuinka hyvin olen onnistunut, paljonko luotat tavoitteiden toteutumiseen, paljonko olet valmis panostamaan ryhmän suhteen (0-10)</p> <p>-Tutustutaan ryhmäläisten tuomiin tuotepakkauksiin (ravintotietojen vertailu), esimerkkejä resepteistä</p> <p>-Pariporinana: eilisen päivän syömiset, miten terveellisen syömisen periaatteet toteutuivat, mikä on jo hyvin, mitä voisi muuttaa?</p> | <p>-Materiaalina mm. Kuluttajaliiton opaskortti, Kuluttajaliiton tuunausopas (mm. reseptivinkit), vartissa valmis- ja kasviproteiinit tuotteiksi, kuitupommit, syö hyvää ilman stressiä</p> <p>-Välitehtävä: yhteen itselleen uuteen tuotteen tuotteen/kasvikseen tai reseptiin tutustuminen</p>     | Frisbeegolf            |
| 6. | 22.5.2019 | Psyykinen hyvinvointi, asiantuntijapuheenvuoro psykologi | -psyykkisen hyvinvoinnin osatekijät, voimaantuminen  | Välitehtävä: Unikysely   | Venyttely ja rentoutus |

|    |           |   |   |  |             |
|----|-----------|---|---|--|-------------|
|    |           |   | -onnistumiset, vahvuudet, voimavarat, mihin aion panostaa jatkossa?<br>-omien arvojen peilaaminen tavoitteisiin   |  |             |
| 7. | 5.6.2019  | Uni ja stressin hallinta                              | -Välitehtävien purku: uni-kyselyt, keskustelua<br>-Unenhuolto, harjoitukset unettomuuteen<br>-Stressinhallintakeinot<br>-Unen yhteys ravintoon ja liikuntaan      | Välitehtävä: yhteen pieneen uneen/stressiin liittyvään asiaan panostaminen | Sauvakävely |
| 8. | 26.6.2019 | Väliarviointi   | -Missä mennään nyt: peilaaminen omaan tavoitteeseen, onnistumiset, kehittämiskohteet<br>-Ryhmän tärkeimmät opit ja oivallukset<br>-konkreettinen jatkosuunnitelma | Välitehtävä: Palautekysely   | Keppijumppa |
| 9. | 25.9.2019 | Seurantatapaaminen 6 kk aloituksesta, loppumittaukset | -Loppumittaukset<br>-Palautekysely<br>-Ryhmähaastattelu   |  |             |

## Teemahaastattelurunko

### Teema 1. Muutokset elintavoissa ja hyvinvoinnissa suhteessa tavoitteisiin

- tavoitteiden asettaminen, toteutuminen
- ryhmän aikana toteutuneet elintapamuutokset konkreettisesti
- muutokset fyysisessä ja psyykkisessä hyvinvoinnissa

### Teema 2. Elintapamuutoksiin vaikuttavat tekijät

- Muutosta tukevat ja onnistumista edistävät tekijät
- Riskitekijät, muutosta haittaavat tekijät
- Sosiaalinen tuki, vertaistuki, omat voimavarat, ympäristö, tieto, taidot ja kyvyt
- Motivaatio ja sitoutuminen, motivaation muutokset

### Teema 3. Kokemukset ryhmäohjauksesta

- Ryhmätoiminta: sisältö, ohjausmenetelmät, ohjaajan rooli, järjestelyt, aikataulu, ajankäyttö...
- Vertaistuen merkitys, sosiaalinen tuki, ryhmädynamiikka

### Teema 4. Toiminnan kehittämis ehdotukset

- Tuen tarve tulevaisuudessa: ohjaus/palvelu/seuranta/omaehtoinen muutos ja omahoito
- Ryhmäohjauksen kehittäminen/hyödyntäminen



PALAUTEKYSELY

- Kuinka hyvin ryhmä vastasi odotuksiasi ja tavoitteitasi?  
*(Jatka tarvittaessa paperin kääntöpuolelle)*
  
- Mitkä asiat ryhmätoiminnassa ovat auttaneet sinua elintapamuutosten toteutamisessa?
  
- Mitkä ryhmässä käsitellyt aiheet ovat olleet sinulle eniten hyödyllisiä? Entä hyödyttömiä?
  
- Mitä mieltä olet seuraavien aihealueiden toteutumisesta ryhmässä ja millä tavalla ne tukivat elintapamuutoksiasi?
  - Liikuntaosuudet
  
  - Ryhmä-/parikeskustelut, toiminnalliset menetelmät
  
  - Ohjaajan alustukset/luennot, ohjaajan toiminta ja tuki
  
  - Muiden ryhmäläisten tuki, ryhmähenki
  
  - Aikataulu ja ajankäyttö / Järjestelyt / Tilat
  
- Kerro vapaasti minkälaista toimintaa/tukea/ohjausta olisit kaivannut vielä enemmän tai vähemmän? Entä jatkossa?

Taulukko 8. Esimerkkisivu sisällönanalyysin taulukosta

| Alkuperäinen ilmaus  | Pelkistetty ilmaus                     | Alaluokka                             | Yläluokka                        | Päälouokka                       |
|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <i>"Se on ainaki liisänny yritystä, ku tiesi, että on mittaukset vielä tulossa ja joku kyselee, miten on mennä ja on kiinnostunu"</i>            | Mittaukset<br><br>Kiinnostus           | Seuranta<br><br>Ohjaajan tuki         | Seuranta<br><br>Sosiaalinen tuki | Motivaatiota vahvistavat tekijät |
| <i>"Mut on se liikkuminen ihan eri kaverin kanssa, ku sit ei voi pienestä syystä keksiä, etten lähdekään, ku on se sovittu meno"</i>             | Kaveri<br><br>Sovittu meno             | Vertaistuki<br><br>Suunnitelmallisuus | Sosiaalinen tuki                 | Motivaatiota vahvistavat tekijät |
| <i>"Kannattaa lähteä pienin muutoksien liikkeelle, ja sillai et ne ei oo itelleen pakopullaa, niin siinä onnistuu ja jaksaa jatkaa paremmin"</i> | Pienet ja itselleen mielisat muutokset | Mielekkyyys<br>Autonomia              | Pystyvyys                        | Motivaatiota vahvistavat tekijät |
| <i>"Mieli on paljon virkeempi, ku liikkuu ja syö säännöllisesti"</i>   | Mielen virkeys                         | Elintapojen vaikutus hyvinvointiin    | Psyykinen hyvinvointi            | Motivaatiota vahvistavat tekijät |
| <i>"Sen (liikunnan) jälkeen tulee aina niin hyvä olo ja sit on tyytyväinen itseensä, ku vaan jaksaa lähteä"</i>                                  | Hyvä olo                               | Tyytyväisyys                          | Psyykinen hyvinvointi            | Motivaatiota vahvistavat tekijät |

## Elintapaohjauksen mini-intervention automatisointi – työkalu ohjaajalle

Motivoivan haastattelun vaikuttavimman komponentin eli yhteistoiminnallisen ja hyväksyvän hengen voi synnyttää *aktiivisen kuuntelun ja asiakkaan omien muutossajatusten herättelyn* kautta. Yhdessä ne rakentavat kohtaamiseen luottamuksellisen perustan, jota myös tottumuksen luomiseen tähtäävä mini-interventio tarvitsee.

Tee ohjauksen antamisesta tapa konkretisoimalla ”pieni teko”, joka riittää käynnistämään ohjauksen. Sovita se kontekstiin. Seuraa toteutumista ja jatka, vaikka repsahtaisit välillä.

1. Ohjauksen käynnistämiseen riittää kaksi ”pieniä tekoja”:

- Luo yhteistoiminnallinen ja hyväksyvä henki kysymällä: ”Mitä itse ajattelet elämäntapojen merkityksestä sairautesi kannalta?” Kuuntele aktiivisesti ja osoita ai-toa kiinnostusta.
- Muutosajatuksia herättelemään sopii edellistä vastausta tarkentava kysymys: ”Jos haluaisit lisätä päivääsi yhden pienen terveyttä lisäävän tottumuksen, niin mikä se voisi olla?”

2. Sovita ”pienet teot” kontekstiin:

- Valitse konteksti, jossa haluat AINA käynnistää ohjauksen ja antaa mini-intervention. Automatisoituminen on helpompaa, jos konteksti toistuu vähintään päivittäin. Konteksti voi olla esimerkiksi
  - Kohtaaminen tietyn potilasryhmän kanssa (”ylipainoiset”)
  - Spesifi tapaaminen (”ensitapaaminen sydänkuntoutujan kanssa”)
  - Samana toistuva toimenpiteiden ketju (”kliiniseen tutkimukseen liittyvät toimenpiteet”)
- Pohdi, mikä on se ärsyke, joka parhaiten voi muistuttaa sinua ja sijoita ohjauksen käynnistys siihen (”kun laitan verenpainemittarin pois ja siirryn takaisin paikalleni, kysyn ‘Mitä itse ajattelet elämäntapojen merkityksestä sairautesi kannalta?’”).

3. Seuraa tavan toteutumista kirjaamalla toteutuneet ja unohtuneet kerrat säännöllisesti muistiin.

- Jatka tapaa tiiviisti oppimisen ja automatisoitumisen vaatima aika, yleensä vähintään kymmenen viikkoa. Älä lopeta, vaikka välillä repsahtaisit.

Omaa ohjauskäyttäytymistä muutettaessa pätevät samat neuvot kuin potilaan elämäntapamuutoksessa: Älä lannistu, jos et välittömästi huomaa myönteisiä vaikutuksia. Jos lipsahdat suunnitelmasta, ole armollinen itsellesi ja lähde uuteen yritykseen. Huomioi positiiviset vaikutukset laajasti.

(Absetz & Hankonen 2017. Automatisoi ohjauksen mini-intervention antamisesta tottumus. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/10/duo13734>)

**Itsearviointityökalu** (Absetz & Hankonen 2017)

| Olenko asiakkaan autonomiaa tukeva ja kannustava ammattilainen?   | Toimii hyvin jokaisen kanssa | Vahvistan vielä joidenkin kanssa |
|---|------------------------------|----------------------------------|
| 1. Etsin aktiivisesti hyvää asiakkaasta ja hänen tottumuksistaan  |                              |                                  |
| 2. Tiedän, mitä asiakkaani pitää tärkeänä elintavoissaan, ja kunnioitan sitä  |                              |                                  |
| 3. Osoitan ilmeilläni ja eleilläni olevani läsnä ja kiinnostunut asiakkaastani  |                              |                                  |
| 4. Osoitan hyväksyväni asiakkaani, vaikkei hän noudata jokaista suositusta  |                              |                                  |
| 5. Jos huomaan muutosvastarintaa, yritän kuunnella ja ymmärtää asiakasta entistä paremmin                                 |                              |                                  |
| 6. Osoitan, että uskon asiakkaani tietävän parhaiten, mikä sopii juuri hänelle  |                              |                                  |
| 7. Osoitan olevani kiinnostunut asiakkaani mielipiteistä  |                              |                                  |
| 8. Autan asiakasta tunnistamaan hänellä jo olevia taitoja ja ratkaisukeinoja  |                              |                                  |
| 9. Kerron olevani iloinen asiakkaani näkemisestä  |                              |                                  |
| 10. Osoitan, että uskon asiakkaani tietävän parhaiten, miten toteuttaa muutoksia  |                              |                                  |
| 11. Rohkaisen asiakastani esittämään kysymyksiä   |                              |                                  |
| 12. Huolehdin, että vastaan asiakkaani kysymyksiin huolellisesti ja tarkasti  |                              |                                  |
| 13. Ennen kuin annan tietoa, selvitan mitä asiakas jo tietää ja ajattelee asiasta   |                              |                                  |
| 14. Annan vaihtoehtoja paitsi muutosten tekoon myös tekemättä jättämiseen   |                              |                                  |
| 15. Osoitan kuulleen, mitä asiakas sanoi  |                              |                                  |
| 16. Autan asiakasta avautumaan osoittamalla hyväksyntää   |                              |                                  |
| 17. Osoitan, että ymmärrän asiakasta ja hänen tilannettaan  |                              |                                  |
| 18. Kun annan tietoa, selvitan ensin, onko asiakas halukas ottamaan sitä vastaan  |                              |                                  |
| 19. Osoitan kunnioittavani asiakkaani mielipidettä, vaikka olisinkin eri mieltä   |                              |                                  |
| 20. Kykenen ottamaan vastaan asiakkaani erilaiset tunteiden ilmaukset   |                              |                                  |
| 21. Kehun asiakasta pienistäkin taidoista ja onnistumisista   |                              |                                  |
| 22. Huolehdin, että puhun asiakkaalleni ystävällisesti ja kunnioittavasti   |                              |                                  |
| 23. Kerron, että luotan asiakkaani onnistumiseen  |                              |                                  |
| 24. Yritän tuntea myötätuntoa ja ymmärtää epäterveellisten valintojen hyviä syitä paatuneimmankin asiakkaan kohtaamisessa |                              |                                  |
| 25. Osoitan, että välitän asiakkaani hyvinvoinnista   |                              |                                  |

Lähde: Pilvikki Absetz ja Marja Kinnunen ovat koonneet itsearviointityövälineen Sydänliiton Neuvokas-perhe -ohjauksen tueksi terveydenhoitajille, lääkäreille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille. Väittämät perustuvat Itsemäärätymisen teoriaan, autonomian tuen mittareihin sekä motivoivan ja voimaannuttavan ohjauksen periaatteisiin.