



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

IIDA-MARIA KOIVULA & LAURA LEHTIMÄKI

# **Naisten kokema elämänlaatu ennen ja jälkeen painonpudotusinterven- tion**

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA  
2021

|  |                                     |                             |
|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| Tekijä(t)<br>Koivula, Iida-Maria<br>Lehtimäki, Laura   | Julkaisun laji<br>Opinnäytetyö, AMK | Päivämäärä<br>Helmikuu 2021 |
|  | Sivumäärä<br>44                     | Julkaisun kieli<br>Suomi    |
| Julkaisun nimi<br><b>Naisten kokema elämänlaatu ennen ja jälkeen painonpudotusintervention</b>   |                                     |                             |
| Tutkinto-ohjelma<br>Hoitotyön koulutusohjelma  |                                     |                             |
| <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Satakunnan sydänpiirin painonpudotus-interventioon osallistuneet naiset kokivat elämänlaatunsa. Opinnäytetyössä tarkasteltiin elämänlaatua ennen interventiota ja sen jälkeen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa naisten kokemuksista elämänlaadustaan ennen ja jälkeen painonpudotuksen Satakunnan Sydänpiirin elintapaohjausmenetelmien ja niiden kehittämisen tueksi.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä opinnäytetyönä. Opinnäytetyöhön saatiin Satakunnan Sydänpiiriltä valmis aineisto, joka oli kerätty Sydänpiirin ja Turun yliopiston yhteistyössä toteuttamassa SydänPORTAAT-tutkimuksessa. Opinnäytetyössä elämänlaatua tarkasteltiin analysoimalla painonpudotusinterventioon osallistuneilta naisilta (N=109) EuroHIS-8- ja EQ-5D-elämänlaatumittareilla kerättyjä vastauksia.</p> <p>Tulosten mukaan tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat elämänlaatunsa suurimmaksi osaksi hyväksi ennen ja jälkeen painonpudotusintervention. Merkittävimmit muutokset näkyivät tyytyväisyydessä asuinalueen olosuhteisiin ja ihmissuhteisiin liittyen. Lisäksi painon suhteen tarkasteltuna kokemukset elämänlaadusta olivat hyvällä tasolla niin ennen kuin jälkeen intervention. Osallistujat luokiteltiin kolmeen luokkaan painon muutoksen suhteen. Eniten painoa pudottaneiden summapistemäärien keskiarvo nousi eniten, eli heidän koetussa elämänlaadussaan tapahtui suurin parannus. Tulosta ei kuitenkaan testattu tilastollisesti ja otoskoko oli pieni. Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen kannalta tulokset herättivät pohdintaa käytettyjen elämänlaatumittareiden herkkyydestä ja osuvuudesta juuri painon pudottamisen ja lihavuuden näkökulmasta.</p> <p>Jatkotutkimuksina voisi teemahaastattelulla selvittää tarkemmin, mitkä tekijät naisten mukaan voisivat vaikuttaa koettuun elämänlaatuun. Lisäksi voisi tehdä tutkimuksen, jonka kohderyhmänä olisi nuoremmat aikuiset, ja selvittää miten he kokevat elämänlaadun. Olisi myös mielenkiintoista selvittää ylipainoisten miesten kokemuksia elämänlaadusta, ja päästä tarkastelemaan mahdollisia sukupuolten välisiä eroja.</p> |                                     |                             |
| Asiasanat: elämänlaatu, hyvinvointi, painonhallinta, lihavuus, ylipaino  |                                     |                             |

|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| Author(s)<br>Koivula, Iida-Maria<br>Lehtimäki, Laura   | Type of Publication<br>Bachelor's thesis | Date<br>February 2021               |
|  | Number of pages<br>44                    | Language of publication:<br>Finnish |
| Title of publication<br><b>Women's experience of quality of life before and after weight loss intervention</b>   |  |                                     |
| Degree program<br>Nursing  |  |                                     |
| <p>The purpose of this thesis was to clear up how women who took part in weight loss intervention, organized by Satakunnan Sydänpäiri, felt their quality of life. The quality of life was examined before and after the intervention. The aim of this thesis was to gather information about the quality of life before and after the weight loss intervention for Satakunnan Sydänpäiri, so that they could use it to develop their lifestyle guidance methods.</p> <p>This thesis was carried out as an exploratory thesis. Researches received completed materials from Satakunnan Sydänpäiri. The materials were collected in SydänPORTAAT-study, made by Satakunnan Sydänpäiri and university of Turku. In this thesis quality of life was examined by analyzing answers given by women who took part to the weight loss intervention. Measures which were used in the study were EuroHIS-8 and EQ-5D.</p> <p>According to the result women felt their quality of life mostly well before and after weight loss intervention. The biggest changes happened in social well-being and satisfaction with environment. Quality of life were experienced also well before and after intervention when it was considered in light of weight loss. Participants were categorized in three groups according to the change in weight. The biggest improvement in experienced quality of life happened in the group which lost most weight. Results weren't statistically tested and the sample was small. The used measures' suitability to this study were considered in the aspect of weight loss and the measures' sensitivity.</p> <p>Further study could be made with theme interview and investigate which factors women think had affected on the quality of life. Experience of quality of life with younger target group could also be researched. In addition, it would be interesting to find out how men who are overweight experience the quality of life and further examine the differences between the genders.</p> |  |                                     |
| Key words: quality of life, well-being, weight management, fatness, overweight   |  |                                     |

# SISÄLLYS

|   |    |
|---|----|
| 1 JOHDANTO .....  | 5  |
| 2 KOETTU ELÄMÄNLAATU, SEN MITTAAMINEN JA ELÄMÄNLAATUUN<br>VAIKUTTAVAT TEKIJÄT ..... | 6  |
| 2.1 Elämänlaatu .....   | 6  |
| 2.1.1 Fyysinen hyvinvointi .....  | 7  |
| 2.1.2 Psykkinen hyvinvointi .....   | 8  |
| 2.1.3 Sosiaalinen hyvinvointi .....   | 10 |
| 2.1.4 Ympäristö .....   | 11 |
| 2.2 Elämänlaadun mittaaminen .....  | 13 |
| 2.2.1 EuroHIS-8-elämänlaatumittari .....  | 13 |
| 2.2.2 EQ-5D-elämänlaatumittari .....  | 14 |
| 2.3 Elämänlaatuun vaikuttavat tekijät .....   | 16 |
| 2.3.1 Lihavuus ja ylipaino .....  | 16 |
| 2.3.2 Painonpudotus ja -hallinta .....  | 17 |
| 2.3.3 Elintapaohjaus .....  | 18 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA<br>TUTKIMUSKYSYMYKSET .....                | 22 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....   | 22 |
| 4.1 Tutkimusmenetelmä ja mittarit .....   | 22 |
| 4.2 Aineiston kuvaus .....  | 23 |
| 4.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi .....                                | 24 |
| 5 TULOKSET .....  | 25 |
| 5.1 Elämänlaatu ennen interventiota .....   | 25 |
| 5.1.1 EuroHIS-8- elämänlaatumittari .....   | 25 |
| 5.1.2 EQ-5D-elämänlaatumittari .....  | 26 |
| 5.2 Elämänlaatu intervention jälkeen .....  | 28 |
| 5.2.1 EuroHIS-8-elämänlaatumittari .....  | 28 |
| 5.2.2 EQ-5D-elämänlaatumittari .....  | 29 |
| 5.3 Elämänlaatu ja painon muutos .....  | 31 |
| 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....  | 31 |
| 6.1 Tulosten tarkastelu .....   | 31 |
| 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus .....  | 41 |
| 6.3 Opinnäytetyön eettisyys .....   | 42 |
| 6.4 Jatkotutkimushaasteet .....   | 43 |

## LÄHTEET

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Koettu elämänlaatu on yhä tärkeämmässä roolissa tänä päivänä. Elämän eri vaiheet muokkaavat, vahvistavat ja luovat uusia merkityksiä elämänlaadulle. Elämänlaatu on käsitteenä laaja ja sisältää monia eri ulottuvuuksia. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 128.) Tässä opinnäytetyössä elämänlaatua tarkastellaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin sekä ympäristön näkökulmista.

Viimeisten kymmenen vuoden aikana suomalaisten työikäisen lihavuus on yleistynyt. Suomessa kaksi kolmasosaa 30 vuotta täyttäneistä naisista on ylipainoisia ja neljännes lihavia. (Lundqvist ym. 2018, 45–49.) Laihduttaminen ja ”pikadieettikulttuuri” ovat olleet trendeinä viimeisten vuosien aikana. Painonhallinnassa onnistuminen ja sen tasapainottaminen vaativat pystyvyyden tunteen vahvistumista. Itsesääätelytaitojen lisääminen ja pystyvyyden tunteen vahvistaminen painonhallintainterventioissa vaikuttaa elämänlaatuun positiivisella tavalla ja näin ollen myös painon pudottamiseen. (Absetz & Hankonen 2011, 2265–2272; Petäjäaho 2018, 5–8.)

Opinnäytetyön aihealue on yhteiskuntaa puhutteleva, mutta samalla myös arkaluontoinen teema. Lihavuuden kasvu on yhteiskunnassa ajankohtainen ja noususuuntainen ongelma (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019). On tärkeää kehittää painonpudotusmenetelmiä, jotka huomioivat ihmisen psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena (Absetz & Hankonen 2011, 2265–2272).

Opinnäytetyö toteutetaan tutkimuksellisenä opinnäytetyönä yhteistyössä Satakunnan Sydämpiirin kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten Satakunnan Sydämpiirin painonpudotusinterventioon osallistuneet naiset kokevat elämänlaatunsa. Tavoitteena on tuottaa tietoa painonpudotuksen yhteydestä elämänlaatuun Satakunnan Sydämpiirin elintapaohjausmenetelmien ja niiden kehittämisen tueksi.

## 2 KOETTU ELÄMÄNLAATU, SEN MITTAAMINEN JA ELÄMÄNLAATUUN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

### 2.1 Elämänlaatu

Elämänlaatu-käsitteen kehittymiseen on vaikuttanut Maailman terveysjärjestön (WHO) laatima määritelmä terveydestä täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana (World Health Organization 2014, 1; Kaukua 2006, 122). Elämänlaatu on moniulotteinen käsite, jolle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Useimmat määritelmät pitävät sisällään kuitenkin fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Lisäksi ympäristöä pidetään yhtenä ulottuvuutena, ja se käsittää esimerkiksi turvallisen ympäristön ja taloudelliset resurssit. (Aalto ym. 2013; WHOQOL Measuring Quality of Life.)

FinTerveys 2017 -tutkimus on kansallisesti edustava terveystarkastustutkimus, jota koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus yhdistää aiempien Terveys 2000/2011- ja FINRISKI-tutkimusten perinteet. Tutkimuksen tavoite on ollut tuottaa tietoa Suomen aikuisväestön terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista. Tutkimustiedot on kerätty terveystarkastusten ja kyselyiden avulla. Tuloksia voidaan tarkastella erikseen sekä 18 vuotta (n=1162) että 30 vuotta täyttäneen (n=9288) väestön suhteen. (Koponen ym. 2019.) Terveys 2011 -tutkimuksessa elämänlaatua on mitattu EQ-5D- ja EuroHIS-8-elämänlaatumittareiden avulla (Aalto ym. 2013, 12). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa elämänlaatua on mitattu EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla. FinTerveys -tutkimuksessa kävi ilmi, että 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista naisista 74,8 % koki elämänlaatunsa hyväksi. Tutkimuksen mukaan elämänlaatu heikkeni iän karttumisen myötä. Verrattaessa tuloksia vuonna 2011 toteutettuun samaan tutkimukseen voitiin osoittaa, että 2010-luvulta elämänlaatu oli parantanut. Tulos oli merkittävä kuitenkin vain vanhimmissa ikäryhmissä. (Koskinen, Aalto, Luoma & Saarni 2018, 24–26.)

Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote on otettu käyttöön vuonna 2017 korvaamaan ATH-tutkimusta. ATH-tutkimus on aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus, jota toteutettiin vuosina 2010–2017. Tutkimuksessa

seurattiin suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä. Tavoitteena oli erityisesti tarkastella hyvinvoinnissa ja terveydessä tapahtuvia muutoksia ja vertailla eri alueiden ja väestöryhmien tuloksia keskenään. Lisäksi palvelutarve ja palveluiden käytettävyys olivat yhtenä tutkimuskohteena. Tutkimuksessa elämänlaatua mitattiin EuroHIS-8-elämänlaatumittarin avulla (Aalto ym. 2013, 12). Otokoko tutkimuksissa on ollut vaihteleva. Kohderyhmänä ovat olleet yli 20-vuotiaat suomalaiset. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.) Hyvinvointi 2018 -raportin mukaan työikäisistä naisista kaksi kolmasosaa arvioi oman elämänlaatunsa hyväksi. Vuosien 2013–2017 aikana naisten kokemus elämänlaadusta oli parantunut viidellä prosentilla. Koettua hyvinvointia on tutkimuksessa tarkasteltu elämänlaadun lisäksi ihmissuhteiden tyytyväisyyden ja onnellisuuden kautta. (Karvonen 2019, 96–100.) Tulokset osoittivat tyytyväisyyden ihmissuhteisiin sekä koetun onnellisuuden olleen myös työikäisillä naisilla hyvällä tasolla. Työikäisten naisten tyytyväisyys ihmissuhteisiin on ollut 81,9 % ja koettu onnellisuus 52,7 %. Tulokset olivat tutkimuksen kokonaistulosten kanssa keskenään lähes samat. Tutkimuksessa kaikkien väestöryhmien tulos onnellisuuden kokemuksesta oli 52,9 % ja tyytyväisyys ihmissuhteisiin 79,7 %. (Parikka ym. 2019.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään elämänlaatua EuroHIS-8- ja EQ-5D-elämänlaatumittareiden pohjalta. Elämänlaatua käsitellään mittareissa fyysisen hyvinvoinnin, psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisten suhteiden ja elinympäristön kautta. (Korpilahti 2013.) Nämä elämänlaadun ulottuvuudet käsitetään myös elämänlaadun resursseiksi. Elämänlaatua voidaankin tämän vuoksi tutkia koetun elämänlaadun ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Elämänlaadun on osoitettu tutkimustulosten perusteella vaihtelevan eri ikäluokissa. Elämän eri vaiheissa elämänlaadun ulottuvuudet koetaan eri tavoin ja ne saavat erilaisia merkityksiä. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 16.)

### 2.1.1 Fyysinen hyvinvointi

Fyysinen terveys voidaan määritellä kehon terveydentilaksi, huomioiden kokonaisuuden sairauksien puuttumisesta aina fyysiseen kuntoon. Fyysinen terveys liittyy olennaisesti kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Fyysiseen terveyteen vaikuttavat monet tekijät kuten elämäntavat, biologiset tekijät, ympäristö ja terveydenhuoltopalvelut. (European Patients' Academy 2015.) Fyysistä hyvinvointia arvioidaan EuroHIS-8-

elämänlaatumittarissa päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja tarmokkuuden avulla (Korpilahti 2013). EQ-5D-elämänlaatumittarissa huomioidaan myös liikkumisen sujuvuus ja kivun tuntemukset (Korpilahti 2013).

Kansallisessa FinTerveys 2017 -tutkimuksessa fyysistä toimintakykyä mitattiin itsearviointilomakkeella, tuolilta nousu -testillä sekä puristusvoimamittauksella. Tutkimuksen mukaan fyysisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät naisilla iän myötä jyrkemmin kuin miehillä. Vuonna 2011 toteutettuun Terveys 2011 -tutkimukseen verrattuna itse arvioitu liikkumiskyky oli heikentynyt, mutta fyysistä toimintakykyä mittaavissa suorituksissa tulokset olivat hieman parantuneet. Tulokset viittaisivat siihen, että viime vuosikymmenien väestön fyysisen toimintakyvyn voimakas myönteinen nousu saattaa olla hidastumassa. (Sainio ym. 2018, 108–112.)

Puolassa vuonna 2014 toteutetussa poikkileikkauskyselytutkimuksessa tutkittiin, onko fyysisen aktiivisuuden tasolla vaikutusta elämänlaatuun iäkkäämpien työikäisten kohdalla. Tutkimukseen osallistui 1 013 henkilöä, joista 565 oli naisia. Osallistujat olivat 55–64-vuotiaita. Osallistujien tavanomaista fyysistä aktiivisuutta mitattiin käyttämällä kansainvälisen fyysisen aktiivisuuden kyselylomakkeen lyhytversiota (IPAQ-SF). Elämänlaatua mitattiin Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittarin (WHOQOL-BREF) avulla. Tulokset osoittivat, että fyysisesti aktiivisilla oli korkein odotusarvo muun muassa elämänlaadun suhteen. Mahdollisuus, että henkilö arvioi elämänlaatunsa korkeaksi, lisääntyi vastaajan fyysisen aktiivisuuden lisääntyessä. (Puciato, Borysiuk & Rozpara 2017, 1627–1631.)

### 2.1.2 Psykykinen hyvinvointi

WHO on määritellyt psyykkisen terveyden hyvinvoinnin tilaksi, jolloin yksilö ymmärtää omat kykynsä, selviytyy elämän normaaleista haasteista, kykenee työskentelemään tuotteliaasti ja on kykenevä myötävaikuttamaan yhteisössään. Psykykinen terveys on kiinteä osa terveyttä, eikä tarkoita ainoastaan mielenterveyshäiriöiden puuttumista. Psykykinen terveys liittyy olennaisesti fyysiseen terveyteen ja käyttäytymiseen. (World Health Organization 2005.) EuroHIS-8-elämänlaatumittarissa psyykkistä hyvinvointia arvioidaan itseensä tyytyväisyyden kautta (Korpilahti 2013). EQ-5D-



elämänlaatumittarissa sitä arvioidaan ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden avulla (Korpilahti 2013).

Ihmisen sisäiset tekijät kuten luonne, kokemukset, tavoitteet ja arvot vaikuttavat monella tavalla terveyteen ja sen kokemiseen. Positiiviset tunteet tuovat elämään positiivisia vaikutuksia. Optimistiset ja toiveikkaat ihmiset sairastuvat harvemmin kuin kyyhniset ja aggressiiviset henkilöt. Vahvat kielteiset tunteet ovat yhteydessä sydäninfarkteihin, sydänkuolemiin ja aivoverenkiertohäiriöihin, kun taas pitkäkestoiset positiiviset tunnetilat vaikuttavat myönteisesti psyykkisiin ja elimellisiin sairauksiin. Itsehilintä, pitkäjänteisyys ja päämäärätietoisuus ovat tekijöitä, joiden on erityisesti todettu vaikuttavan positiivisesti terveyteen. (Huttunen 2018.)

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa väestön psyykkistä hyvinvointia mitattiin positiivisen mielenterveyden kautta. Positiivinen mielenterveys kuvaa muun muassa yksilön psyykkisiä voimavaroja, vaikutusmahdollisuuksia omaan elämään, toiveikkuutta ja myönteistä käsitystä omasta itsestään. Se ei ole vain mielenterveyshäiriöiden puuttumista, vaan voimavara, jota voi hyödyntää ja kehittää. Positiivista mielenterveyttä mitattiin tutkimuksessa positiivisen mielenterveyden mittarilla (WEMWBS). Tutkimukseen osallistuneista naisista noin kaksi kolmasosaa luokiteltiin kohtalaisen positiivisen mielenterveyden omaaviksi. (Solin, Partonen, Suvisaari, Tamminen & Viertiö 2018, 129–131.)

Työ ja terveys -haastattelututkimus on Työterveyslaitoksen kolmen vuoden välein toteuttama puhelinhaastattelu. Tutkimuksella kerätään tietoa työoloista ja työhyvinvoinnista Suomessa. Ensimmäinen haastattelututkimus on toteutettu vuonna 1997. Tutkimusaineiston koko eri vuosina on vaihdellut 2031–3363 henkilön välillä. Vuonna 2012 aineiston koko oli 2118 henkilöä. (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 2–3.) Työ ja terveys Suomessa 2012 -katsauksen tuloksien mukaan reilu neljännes työssä käyvistä suomalaisista koki työn olevan henkisesti rasittavaa ja puolet työssä käyvistä kokivat, etteivät kokonaan palaudu työvuoron rasituksista työpäivän jälkeen. Oireena ilmenevän stressin määrä on ollut 2000-luvulla laskussa, mutta vuoteen 2009 verrattuna tulos säilyi ennallaan. Tuloksien mukaan psyykkisiä oireita, kuten voimattomuutta, väsymystä, ärtyneisyyttä ja unettomuutta kokeneiden määrä oli lisääntynyt vuodesta 2009. Työssä käyvistä kuitenkin 25 % oli erittäin ja 63 % melko tyytyväisiä elämäänsä.

Vuonna 2009 erittäin ja melko tyytyväisten osuus oli yhteensä 93 %, joten tyytyväisten määrä oli hieman vähentynyt. Toisaalta masennusperusteisten sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kuitenkin kääntynyt viime vuosina laskuun. (Kauppinen ym. 2013, 106–109.)

### 2.1.3 Sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaalinen hyvinvointi sisältää sosiaaliset suhteet, vuorovaikutuksen sekä sosiaalisen osallistumisen. Myös yksilön kokemus sosiaalisesta asemastaan vaikuttaa hyvinvoinnin tasoon. Yksinäisyyden ja syrjäytymisen merkitys liittyy vahvasti sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukseen. (Tiikkainen & Pynnönen 2018, 1.) Sosiaalista hyvinvointia mitattaessa voidaan arvioida tavanomaisten toimintojen sujuvuutta. Näitä toimintoja ovat esimerkiksi ansiotyö, opiskelu, kotityöt sekä vapaa-ajan toiminta. Lisäksi tuen tarpeen arviointi ja tyytyväisyys toimintakykyyn vaikuttavat sosiaalisen hyvinvoinnin kokonaiskuvaan. (Korpilahti 2013.)

Sosiaalinen elinympäristö vaikuttaa ihmisen terveyteen merkittävästi. Toisten ihmisten tarjoama tuki edistää terveyttä, suojaa sairauksilta ja parantaa jo sairastuneiden toipumismahdollisuuksia. Yksinäisyys päinvastoin lisää sairastumisriskiä moniin sairauksiin. Sen vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä, toisille yksinään eläminen sopii, ja on näin terveyden kannalta hyvä asia. (Huttunen 2018.) Nieminen ym. (2013) tutkivat, onko henkilön terveyskäyttäytymisellä ja sosiaalisen pääoman ulottuvuuksilla yhteyttä. Tutkimuksessa hyödynnettiin Terveys 2000 -tutkimuksen aineistoa (n=8028). Tutkittavat olivat iältään vähintään 30-vuotiaita. Sosiaalista pääomaa mitattiin kolmella ulottuvuudella, joita olivat sosiaalinen tuki, sosiaalinen osallistuminen ja verkostot, sekä luottamus ja vastavuoroisuus. Terveyskäyttäytymistä analysoitiin tupakoinnin, alkoholin käytön, fyysisen aktiivisuuden, kasvisten kulutuksen ja unen keston kautta. Tulosten mukaan sosiaalinen osallistuminen ja verkostot olivat yhteydessä kaikkiin terveyskäyttäytymisen osa-alueisiin. Korkea sosiaalinen aktiivisuus ennusti terveellisempiä elämäntapoja ja oli yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin, sekä hyväksi koettuun itsearvioituun terveyteen. Fyysinen aktiivisuus selitti osan sosiaalisen osallistumisen ja verkostojen yhteydestä terveyteen. Sosiaalisesta statuksesta riippumatta erityisesti henkilöt, joilla oli runsaasti sosiaalista pääomaa sekä verkostoja ja

jotka osallistuivat aktiivisesti, tunsivat olonsa fyysisesti ja psyykkisesti terveemmiksi. (Nieminen ym. 2013.)

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa sosiaalista toimintakykyä mitattiin kyselyllä, joka piti sisällään kysymyksiä liittyen vuorovaikutukseen, ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin verkostoihin sekä sosiaaliseen osallistumiseen. Lisäksi tarkasteltiin luottamusta ihmisiin ja vastavuoroisuuteen. Noin kymmenesosa 30 vuotta täyttäneistä naisista piti ystäviin tai sukulaisiin yhteyttä harvemmin kuin kerran viikossa, ja vielä harvempi koki, ettei heillä ole yhtään läheistä ystävää. Naiset kuitenkin kokivat miehiä useammin olonsa yksinäiseksi. Tutkimukseen osallistuneista 30 vuotta täyttäneistä naisista 22 prosenttia ei luota toisiin ihmisiin, ja 31 prosenttia ei luota vastavuoroisuuteen. Sosiaalinen osallistuminen oli lisääntynyt vuoden 2011 jälkeen. Toisaalta myös epäluottamus oli lisääntynyt vuodesta 2011. (Martelin, Nieminen, Sainio, Koskinen & Tiikkainen 2018, 123–128.)

Lapsesta aikuiseksi -tutkimus on professori Pulkkisen vuonna 1968 aloittama pitkitäistutkimus. Tutkimuksessa on seurattu kyseisenä vuonna Jyväskylän kaupungin kansakoulun toisella luokalla olleita oppilaita. Seurantatutkimuksessa on ollut kuusi pää-tiedonkeruuvaihetta, osallistujien ollessa 8-, 14-, 27-, 36-, 42- ja 50-vuotiaita. Alun perin otoskoko oli 369. (Metsäpelto ym. 2010, 5–7.) Vuonna 2009, osallistujien ollessa 50-vuotiaita, tutkimukseen osallistui 271 tutkittavaa, joista 127 oli naisia. Sosiaalista hyvinvointia tutkimuksessa mitattiin viidentoista väittämän kautta. Ne käsittelivät muun muassa tunnetta yhteisöön kuulumisesta, uskoa ihmisten hyvántahtoisuuteen ja ymmärrystä maailmasta ja omasta panoksesta sen suhteen. Vastausasteikko oli yhdestä (täysin erimieltä) neljään (täysin samaa mieltä). Tutkimuksen mukaan sosiaalinen hyvinvointi kasvoi merkittävästi iän myötä. (Metsäpelto ym. 2010, 5–7; Kokko 2010, 94–95.)

#### 2.1.4 Ympäristö

Ympäristön vaikutus ihmisten hyvinvointiin käsittää taloudelliset resurssit, turvallisen ympäristön, palvelujen saatavuuden, fyysisen ympäristön sekä esteettömyyden (Aalto ym. 2013). Vaikutuksia voidaan ympäristön kannalta tarkastella myös yhteisö- ja

yksilötasolla. Yksilön oma kokemus vaikuttaa koettuun elämänlaatuun ympäristön osalta. Kokemusta voidaan mitata tyytyväisyyden avulla. Tyytyväisyys elinolosuhteisiin, tarjolla oleviin palveluihin sekä taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavat ja muokkaavat yksilön kokemusta elämänlaadusta. (Vaarama ym. 2014, 221–227.)

Ihminen elää päivittäin monissa erilaisissa ympäristöissä. Jokainen ympäristö vaikuttaa ihmiseen joko positiivisesti tai negatiivisesti, ja osa reagoi niihin herkemmin kuin toiset. Erilaisia ympäristöjä ovat esimerkiksi koti, elinympäristö, työ- ja kouluympäristö. Kaikilla ympäristöillä on vaikutusta ihmisen tyytyväisyyteen ja kokonaisterveyteen. Muutokset yksilön päivittäisissä elinympäristöissä vaikuttavat yksilöön ja hänen terveyteensä aina joko tietoisesti tai tiedostamatta. (Stakes 2000, 3.)

Elinympäristö määrittää puitteet ihmisen fyysiselle, sosiaaliselle ja psyykkiselle terveydelle. Ympäristön tulee olla terveyttä tukeva ja tarjota mahdollisuuksia virkistäytyä ja elpyä. Huono ympäristö voi lisätä riskiä sairastua tai syrjäytyä. Ihmiset ovat kuitenkin yksilöllisiä, minkä vuoksi ei ole mahdollista määrittää tarkkoja ohjeita siitä, millainen ympäristö tukee ja ylläpitää terveyttä. Ympäristöön vaikuttavaa toimintaa ohjataan kuitenkin lainsäädännöllä, jonka tavoitteena on yksilön terveyden edistäminen ja ylläpito. (Stakes 2000, 1–2.)

Ihmisten elinikä on pidentynyt ja fyysinen terveys on hyvä, mikä osoittaa fyysisen ympäristön olevan terveellinen ja turvallinen. Myös lainsäädäntö on ohjeillaan keskittynyt käytännössä lähinnä fyysisen terveyden suojelemiseen. Terveyden ja ympäristön vuorovaikutusta tulisi tarkastella myös psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. Tulisi pohtia, millainen ympäristö ehkäisee masennusta ja syrjäytymistä ja tarjoaa elpymispaikan arjen stressin keskelle. (Stakes 2000, 2.)

FinSote 2018 -tulosraportista selviää suomalaisten tyytyväisyyden asuinaleen olosuhteisiin olevan korkealla tasolla. Työikäisistä naisista 83,9 % ja kaikista väestöryhmistä 82,4 % oli tyytyväisiä asuinalueen olosuhteisiin. (Parikka ym. 2019). Suomalaisten tyytyväisyydessä asuinolosuhteita kohtaan on kuitenkin alueellisia eroja. Näitä eroja selittää asuinalueen tyyppi, kuten kaupunkimaisuus, joka tuo eroja asumiskustannuksiin, palvelujen saantiin sekä asuinalueen sosiaaliseen ympäristöön. Tyytyväisyys asuinalueen olosuhteisiin kuvastaa tarjolla olevien palvelujen, omien toiveiden sekä

odotusten kohtaavan käytössä olevien resurssien kanssa. (Ilmarinen, Kauppinen & Karvonen 2019, 63.)

Arkiympäristö ja sen turvallisuus vaikuttavat keskeisesti ihmisen elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Hyvä ja turvallinen ympäristö tarjoaa hyvät asuinolot ja palvelut. Se on viihtyisä ja siellä voi rentoutua. Se kannustaa liikkumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen niin kävelyreiteillä, puistoissa kuin joukkoliikenteessä ja muissa palveluissa. (Hirvola 2016, 8–9.) Luonnolla on merkittäviä vaikutuksia ihmisen kokonaisvaltaiseen terveyteen. Luonnon vaikutusta fyysiseen terveyteen on tutkittu runsaasti erilaisilla tutkimusmenetelmillä ja –asetelmilla. Samansuuntaiset tutkimustulokset tukevat väitettä, että luontoympäristö edistää merkittävästi fyysistä terveyttä. Luonto vaikuttaa mielialaan positiivisesti ja vahvistaa elinvoimaisuutta, edistäen kokonaisvaltaisesti psyykkistä hyvinvointia. Luonnossa ihminen voi rauhoittua ja rentoutua niin yksin kuin yhdessä. (Tourula & Rautio 2014, 26–42.)

Suomalaisten hyvinvointi 2014 -tutkimus osoitti erityisesti työikäisillä työttömyyden vaikuttavan elämänlaatuun. Työttömyys vaikutti elämänlaatuun heikentävästi, ja tutkimukseen osallistuneet henkilöt kokivat terveydentilansa ja fyysisen kuntosu huo- noksi. Ero työssäkäyviin koetussa terveydentilassa ja fyysisessä toimintakyvyssä oli nelinkertainen. Nämä tekijät myös lisäsivät entisestään työkyvyttömyyttä ja sairastu- misriskiä. (Saikku, Kestilä & Karvonen 2014, 128–133.) Vuoden 2018 Suomalaisten hyvinvointi -tutkimuksessa elämänlaadun katsotaan parantuneen työikäisillä naisilla vuosien 2013–2017 aikana. Tutkimuksessa käy kuitenkin ilmi myös mielenterveysongelmien lisääntyminen viime vuosina. Mielenterveysongelmat ovat elämänlaatuun heikentävästi vaikuttava tekijä. (Karvonen 2019; 99, 117.)

## 2.2 Elämänlaadun mittaaminen

### 2.2.1 EuroHIS-8-elämänlaatumittari

EuroHIS-8-elämänlaatumittari on suomennos ja lyhennetty versio WHOQOL-BREF-mittarista. Se on tarkoitettu nopeaksi ja helppokäyttöiseksi menetelmäksi väestön terveydentilan mittaamiseen. EuroHIS-8-mittari on kehitetty vuosina 1998–2003 WHO:n

Euroopan alueen terveystutkimus -hankkeessa. Mittari on luotu WHOQOL-100- ja WHOQOL-BREF-mittareiden sisällön pohjalta. Suomenkielisen version on tehnyt Marja Vaarama. EuroHIS-8-mittaria voidaan käyttää mittaamaan elämänlaatua ja hyvinvointia. Mittaustulokset ovat kansainvälisesti verrattavissa eri maiden välillä. Mittaria käytetään erityisesti työikäisillä ja ikääntyvillä. (Korpilahti 2013.) Mittari kysymyksineen löytyy liitteestä yksi.

Osa-alueet, joita mittarissa on käytetty ovat fyysinen ja psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet sekä elinympäristö. Vastaajaa pyydetään miettimään kahta viimeksi kulunutta viikkoa, vastatessaan kysymyksiin. Kysymysten teemoja ovat yksilön kokemus yleisestä elämänlaadusta ja terveydentilasta, elinvoimaisuudesta, itsetunnosta, suhteista muihin ihmisiin, kodista ja taloudellisesta tilanteesta. EuroHIS-8-mittariin valikoitui kahdeksan kysymystä, joihin vastaus valitaan Likert-asteikolta 1–5. Vastausten perusteella pystytään laskemaan summapistemäärä. Summapistemäärä lasketaan kysymysten pisteiden yhteenlasketulla summalla, joka jaetaan kysymysten määrällä. Pisteitä voi saada enintään viisi. Vastaajan kokema elämänlaatu on sitä parempi, mitä korkeampi on hänen saamansa pistemäärä. (Korpilahti 2013.)

EuroHIS-8-mittarin pätevyyden on osoitettu olevan hyvällä tasolla. Näyttöä on kuitenkin vähän laadun ja pätevyyden osalta. Mittarin rakennevaliditeetin osalta on saatu näyttöä ja mittarin on todettu olevan yhtenevä muiden mittareiden kanssa. Lisäksi EuroHIS-8-mittarin on osoitettu erottavan terveiden, sairaiden, masentuneiden sekä ei-masentuneiden elämänlaatu. Mittarin soveltuvuus ja käytettävyys arviointivälineenä terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa vaatii vielä lisää näyttöä. Mittari on saatavilla vapaaseen käyttöön ja sille löytyy suomalaiset väestöarvot. (Korpilahti 2013.) Väestöarvot on julkaistu Terveys 2011 -tutkimuksessa. Lisäksi Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (ATH) on koottu alueellista tietoa mittarilla. (Aalto ym. 2013, 12.) EuroHIS-8-mittaria on käytetty myös Suomeen muuttaneiden maahanmuuttajien elämänlaadun mittaamiseen (Rask, Luoma, Solovieva & Koskinen 2012, 214).

### 2.2.2 EQ-5D-elämänlaatumittari

EQ-5D-3L on EQ-5D-mittarin alkuperäinen englanninkielinen versio. EQ-5D-3L-mittarin on kehittänyt EuroQol Group -ryhmä vuosien 1987–1990 välillä. Ryhmä koostui

terveydentilan tutkimuksesta kiinnostuneista tutkijoista ympäri maailmaa. Alkuperäisestä EQ-5D-3L-mittarista on myöhemmin julkaistu useita versioita. Alkujaan mittarin kehittämisen päämääränä oli luoda helppokäyttöinen, yleiseen käyttöön soveltuva terveydentilaa arvioiva mittari. EQ-5D-mittarin avulla saadaan vastaajan itsearvioimana hänen terveydentilaansa kuvaava yksinkertainen profiili ja indeksiarvo. Näiden avulla arvioidaan terveydentilaa ja terveydenhuollon toimenpiteiden tuloksia. Mittari soveltuu käytettäväksi työikäisille ja iäkkäille. EQ-5D-mittaria on käytetty useisiin eri sairausryhmiin liittyvissä tutkimuksissa, kuten AIDS/HIV, psykiatriset sairaudet ja muistisairaudet. (Korpilahti 2013.) Mittari kysymyksineen löytyy liitteestä kolme.

EQ-5D-mittari sisältää kaksi osaa. Toinen osa arvioi terveydentilaa viiden osa-alueen kautta. Nämä ovat liikkuvuus, omatoimisuus/itsehoito, päivittäiset toiminnot, kipu/epämukavuuden tunne sekä ahdistuneisuus/masennus. Vastaaja arvioi osa-alueiden kautta kyseisenä päivänä olevaa terveydentilaansa. EQ-5D-mittarin vastausasteikko on kolmiportainen. Vastausvaihtoehdot ovat 1= ei ongelmia/vaikeuksia, 2=joi-takin hankaluuksia/vaikeuksia ja 3=erittäin paljon vaikeuksia/ongelmia. Vastausten perusteella voidaan muodostaa vastaajan terveysprofiili. Toisessa osassa vastaaja arvioi yleistä terveydentilaansa EQ-VAS-asteikolla. Asteikolla valitaan parhaiten sen hetkistä terveydentilaa kuvaava arvo 20 senttimetriä pitkältä 0–100 asteikolta. Ääripäät kuvaavat parasta mahdollista terveydentilaa (100) ja huonointa mahdollista terveydentilaa (0). Tuloksien perusteella voidaan muodostaa yleistä terveydentilaa kuvaava arvo. (Korpilahti 2013.)

EQ-5D-mittarin pätevyys on todettu kohtalaisen hyväksi väestön terveyteen liittyvän elämänlaadun ja interventioiden elämänlaatuvaikutusten arvioinnissa. Kattovaikutus on kuitenkin todettu heikentäväksi tekijäksi lieväoireisilla ja väestötöksissä. Yhtenevyys useiden samojen osa-alueita mittaavien elämänlaatumittareiden kanssa on tutkittu vaihtelevan kohtalaisesta erittäin hyvään. Mittarin toistettavuudesta ja luotettavuudesta on hyvin vähän laadukkaita tutkimuksia. Tämän vuoksi mittarin käyttöön terveys- ja hyvinvointitutkimusten sekä terveys- ja kuntoutuspalveluiden vaikutusten arvioinnissa ei voi antaa suositusta. EQ-5D-mittarin muutosherkkyys on todettu hyväksi joissain sairausryhmissä, mutta luotettavia lisätutkimuksia tarvitaan. Mittarin kyky erottaa pieniä tai keskisuuria muutoksia terveydentilassa terveillä ihmisillä on todettu heikoksi. Mittari on kuitenkin käännetty monille kielille ja on laajasti käytössä

eri kulttuureissa. Se on helppo- ja nopeakäyttöinen, eikä vaadi erityistä koulutusta. Mittarin käyttö vaatii rekisteröitymisen, ja sen ylläpitotaho asettaa mahdolliset lisenssimaksut rekisteröitymisen jälkeen. (Korpilahti 2013.)

Suomessa EQ-5D-mittaria on käytetty elämänlaadun mittaamiseen terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimassa tutkimuksessa Terveys 2011. Tutkimuksessa mittaria käytettiin terveyteen liittyvän elämänlaadun arviointiin. (Saarni, Luoma, Koskinen, Vaarama 2011.) Tutkimuksessa on julkaistu EQ-5D-mittarilla kerätyt suomalaiset väestöarvot (Aalto ym. 2013, 13).

### 2.3 Elämänlaatuun vaikuttavat tekijät

Elämänlaatu on käsitteenä moniulotteinen (katso luku 2.1.), joten elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä on useita (Aalto ym. 2013). Tähän opinnäytetyöhön on valittu tarkasteltavaksi tekijöiksi lihavuus ja ylipaino, painonpudottaminen ja -hallinta sekä elintapaohjaus. Nämä tekijät tukevat opinnäytetyön aiheen ja aineiston tarkastelua.

#### 2.3.1 Lihavuus ja ylipaino

Lihavuudella kuvataan kehon normaalia suurempaa rasvakudoksen määrää. Lihavuus seuraa pitkäaikaista energiaepätasapainoa, jolloin ravinnosta on saatu kulutusta enemmän energiaa. Lihavuudelle on monia syitä. Elintason nousun myötä elintavat ovat muuttuneet. Elinympäristö on muuttunut passiivisemmaksi. Istuva elämäntapa, vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruoka lisäävät lihomisriskiä. Yhteiskunnan teknologisoituminen on myös altistava tekijä lihomiselle. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Lihavuudella on monia vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Painon nousun on muun muassa todettu heikentävän terveyteen liittyvää fyysistä elämänlaatua. Ylipainolla ja lihavuudella on osoitettu olevan yhteys myös esimerkiksi psyykkiseen huonovointisuuteen kuten huonommaksi koettuun elämänlaatuun. (Lihavuus: Käypä hoitosuositus 2020.)



Ylipaino ja lihavuus käsitetään nykyään samaa tarkoittavana asiana. Kansainvälisten määritelmien mukaan ylipaino ja lihavuus voidaan erottaa painoindeksi-arvojen perusteella. Henkilö on ylipainoinen, kun painoindeksi ylittää BMI arvon 25. Lihavuuden katsotaan alkavan BMI arvosta 30. (Lihavuus: Käypä hoito- suositus 2020.)

### 2.3.2 Painonpudotus ja -hallinta

Painonpudotus on tasapainoilua energiansaannin ja -kulutuksen välillä. Jotta paino lähtee laskuun, tulee energiankulutuksen olla suurempi suhteessa energiansaantiin. Jokainen ihminen on yksilö, joten kaikkien elimistö toimii eri tavoin. (Mustajoki 2019.) Laihtumisen kannalta elimistön toimintaa tukee syömisen säännöllisyys sekä lihaksia kuorimittavan liikunnan lisääminen perusaineenvaihdunnan lisäksi (Mustajoki 2007). Nykyään painonpudottamisen sijaan pyritään painonhallintaan. Painonhallinnan katsotaan olevan tie painonnousun pysäyttämiseen sekä normaalipainon ylläpitoon. Lisäksi sillä on yhteys kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. (Angle 2015, 118.)

Painonhallinnan kannalta liikunta on tärkeä osa kokonaisuutta ja muutosta pysyvään elämänmuutokseen. Liikunta osana painonhallintaa tuo enemmän terveysvaikutuksia, kuin pelkkä ruokavaliolaihutus. Pääsääntöisesti ruokavalion avulla laihduttaminen laskee kuitenkin painoa enemmän. (Borg & Heinonen 2014.) Liikunnan vaikutuksia painonhallintaan liittyen ovat: aineenvaihdunnan parantuminen, lihaskudoksen häviämisen estäminen, mielihyvän lisääntyminen sekä pystyvyyden tunteen vahvistuminen (Borg & Heinonen 2014; Mustajoki 2019).

FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten mukaan kaksi kolmasosaa 30 vuotta täyttäneistä naisista on Suomessa ylipainoisia ja neljännes lihavia. Naisten keskimääräinen painoindeksi on 27,5. Iän myötä naisten keskimääräinen BMI suureni ja lihavuus yleistyti aina 60-vuoden ikään saakka, jonka jälkeen ne pysyivät samalla tasolla. Naisten keskimääräinen vyötärön ympärys oli 90,1 cm. Tulosten mukaan lähes joka toinen aikuinen oli vyötärölihava. Vyötärön ympärys kasvoi iän karttuessa erityisesti naisilla. Vertailu vuosien 2011 ja 2017 välillä osoitti, että työikäisen väestön lihavuus oli yleistynyt. Naisten kohdalla lihaviin osuus 30–64-vuotiaista kasvoi 22 prosentista 26 prosenttiin. Lisäksi vyötärölihavuuden yleisyys kasvoi työikäisillä naisilla 36 prosentista 40 prosenttiin. (Lundqvist ym. 2018, 45–49.)

Painonpudotus on usein yhteydessä terveyteen liittyvän elämänlaadun paranemiseen. Parannukset ovat yleensä suurempia terveyteen liittyvän elämänlaadun fyysiseen osaluokkaan liittyen. Yhdysvalloissa toteutettu tutkimus osoittaa, että lihavuuteen liittyvä elämänlaatu parani huomattavasti 14 viikkoa kestäneen painonpudotusintervention (N=137) jälkeen henkilöillä, jotka olivat onnistuneet pudottamaan 9,3 prosenttia alkuperäispainostaan. Yli 10 prosentin painonpudotus oli yhteydessä merkittävään parannukseen terveyteen liittyvässä elämänlaadussa. (Alamuddin ym. 2018.)

### 2.3.3 Elintapaohjaus

Väestön hyvinvointi ja terveys perustuu hyviin elintapoihin. Elintavat kattavat muun muassa liikunnan, ravitsemuksen sekä unen. Elintapaohjauksen merkitys on korostunut viimeisten vuosien aikana, sillä sen avulla pystytään seuraamaan ja edistämään väestön terveyden tilaa ja hyvinvointia. Elintapaohjauksella pyritään vaikuttamaan elämäntapaan ja ohjaamaan hyviin ja kestäviin valintoihin. Katsotaan myös, että elintapaohjauksella voidaan ennaltaehkäistä sairauksia. Tehokkaana elintapaohjauksen ja seurannan avulla pyritään tulokseen, joka on asiakaslähtöistä ja yksilöllisesti suunniteltua. Elintapaohjauksessa korostuu asiakkaan oma motivoituminen ja halu lähteä tekemään muutoksia. (Jussila 2018, 4–5.)

Elintapaohjausta käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon interventiona, kun halutaan muutosta terveyteen ja hyvinvointiin yksittäisten ihmisten tai suurempien ryhmien osalta. Ohjauksen sisältöön kuuluu elintapojen (esimerkiksi ravitsemus, liikunta ja uni) kartoittaminen, muutostarpeiden havainnointi sekä etenemisen suunnittelu. Elintapaohjauksessa käytetään useimmiten motivoivaa haastattelua. Tätä menetelmää tukee asiakkaan oma arviointi omasta terveydentilastaan ja seuranta. Palautteen antaminen ja asiakkaan tukeminen ovat merkityksellisiä elintapaohjauksessa. Elintapaohjauksen vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta määrittelee intervention alku- ja loppumittausten tulokset. Elintapaohjauksessa muutoksen vakiintuminen vie aikaa, joten vaikuttavuus alkaa näkymään hitaasti. Vaikuttavuuden mittarina käytetään myös elämänlaatua ja sen pohjalta tehtyä arviointia. (Kivimäki & Toropainen 2017, 5–6.) Elintapaohjauksella voidaan vaikuttaa elintapoihin, painonpudottamiseen sekä kokonaisvaltaisen

hyvinvoinnin rakentumiseen. Painonhallintaryhmät ovat nousseet suosioon elintapaohjauksessa niiden hyvien käytänteiden ja menetelmien vuoksi. (Hirsso, Järvi, Mäkelä & Hyyrönmäki 2017, 22–23.)

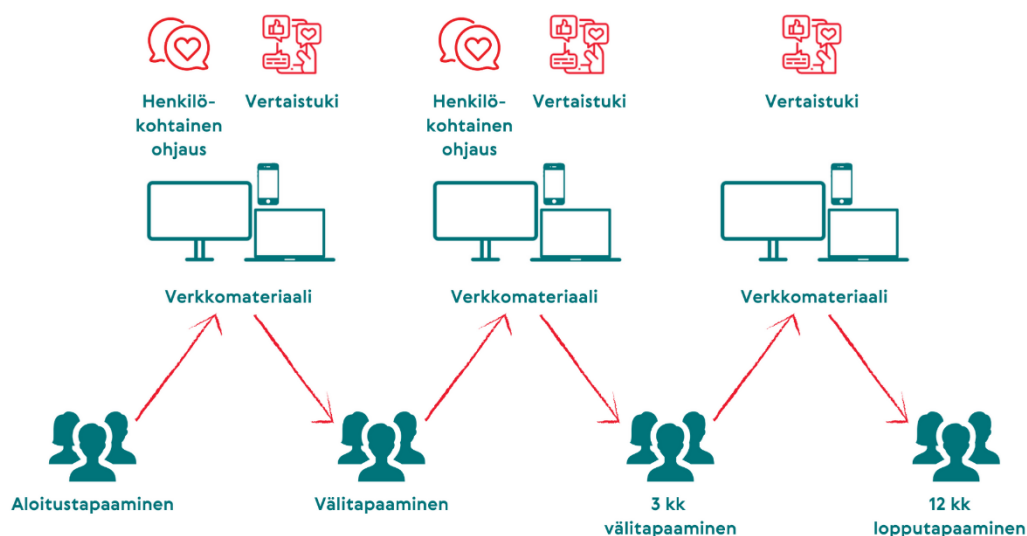
Absetz ja Hankonen (2011) ovat tuoneet katsauksessaan esille keinot, jotka ovat tehokkaita ja vaikuttavia pysyviin elintapamuutoksiin. Tarkastelussa ovat lääkkeettömät interventiot. Katsauksessa todetaan motivoivan haastattelun olevan tehokas menetelmä, joka sopii monen eri muutostarpeen työkaluksi. Motivoiva haastattelu toimii asiakkaan omien ajatusten ja sisäisen motivaation löytämisen tukena. Tämän menetelmän avulla päästään erilaisten tunnetilojen kuten pystyvyyden hallintaan. Pystyvyyden tunteen osoitetaan olevan merkittävä tekijä elintapamuutosten onnistumiseen. Pystyvyyden tunne saa aikaan muutoksen käyttäytymisessä ja näin ollen muutoksen vanhoihin totuttuihin tapoihin. Yhdistämällä yksittäisiä interventiomenetelmiä saadaan aikaan monipuolisempi kokonaisuus ja hyödyt. Psykkinen valmius muutokseen tarvitsee tuekseen seuranta, palautteen antoa sekä yksilöllistä tavoitteiden laatimista. (Absetz & Hankonen 2011, 2265–2272.)

Petäjäaho (2018) tarkasteli pro gradu -tutkielmassaan Elämäntapamuutos verkkopohjaisen, hyväksymis- ja omistautumisperustaisen intervention aikana verkkopohjaisia elintapainterventioita. Petäjäaho totesi tarkastelemiensa alkuperäistutkimusten perusteella psykologisen joustavuuden vaikuttavan merkityksellisesti muutoksen onnistumiseen ja jatkuvuuteen. Tarkastellut interventiot olivat kohdennettu erityisesti painonhallintaan sekä painonpudotukseen. Kaikki interventiot olivat hyväksymis- ja omistautumisperusteisia. Hyväksymis- ja omistautumisterapia on menetelmä, jolla pyritään lisäämään ja vahvistamaan itsesääätelytaitoja. Tutkittavista interventioista mitattiin ajatusten ja tunteiden yhteyttä käyttäytymisen muutokseen. Erityisesti fyysiseen aktiivisuuteen sekä syömiskäyttäytymiseen yhdistettyjä ajatuksia ja tunteita tarkasteltiin. Tutkimuksen mukaan interventioiden aikana tapahtui muutosta terveydentilassa sekä elämänlaadussa. Myös osallistuneiden tietoisuustaidot vahvistuivat. Tämä osoittaa myös ajatusten ja suhtautumisen muutoksesta ruokaa, painoa, omaa kehoa sekä fyysistä aktiivisuutta kohtaan. Lisäksi osallistujien painonpudotus onnistui interventioiden avulla. (Petäjäaho 2018, 1-3; 29-31.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan painonpudotusinterventiota, jossa on käytetty kolmea erilaista elintapaohjausmenetelmää. Nämä menetelmät olivat Verkkopuntari-ryhmäohjaus verkossa, Verkkopuntari-yksilöohjaus verkossa ja perinteinen painonhallintaryhmäohjaus (Majaluoma, Seppälä & Korhonen 2021, 17).

Verkkopuntari on Satakunnan sydänpiirin kehittämä digitaalinen terveyden edistämishjelma ja työkalu terveydenhuollon ammattilaisille elintapojen ja painonhallinnan yksilö- ja ryhmäohjaukseen. Ohjelma on ollut käytössä vuodesta 2011 lähtien. Verkkopuntari tukee terveellisiä elintapoja ja pysyviä elintapamuutoksia voimavaralähtöisesti, vastaten tarpeeseen tukea kansalaisten terveyttä, painonhallintaa ja pysyviä elintapamuutoksia esimerkiksi ravitsemuksen, liikunnan, voimavarojen ja levon kautta. Verkkopuntari-ohjelman käytössä korostuu asiakkaan oma muutoshalukkuus. Pysyvien muutosten tukemiseksi Verkkopuntarissa hyödynnetään vaikuttavan elintapaohjauksen menetelmiä. Pystyvyyden tunne sekä onnistumisen hetket ovat merkityksellisiä muutoksen kannalta. Pystyvyyden tunnetta lisätään muun muassa kannustamalla asiakasta ja tuomalla esiin jo pienetkin onnistumiset sekä tukemalla asiakasta asettamaan tavoite, joka on mahdollista saavuttaa. (Puska 2015, 1; Lehtimäki, Toivola & Saari-Hannibal 2019; Verkkopuntarin [www-sivut](#).)

Verkkopuntarin yksi elintapaohjausmenetelmistä on verkossa tapahtuva ryhmäohjaus (Kuvio 1). Kaikki elintapaohjaukset kestävät vuoden verran riippumatta ohjauksen muodosta. Verkkoryhmäohjaus toimii pääosin verkon välityksellä, mutta sisältää myös neljä tapaamista ryhmän ja ryhmänohjaajan kanssa. Tapaamiset järjestetään intervention alkaessa, siitä viiden viikon kuluttua sekä kolmen kuukauden kuluttua aloituksesta. Myös intervention lopuksi on ryhmätapaaminen. Ryhmän ensitapaamisessa ryhmä ja ryhmänohjaaja tutustuvat toisiinsa ja ryhmäläisille opetetaan verkkopohjaisen painonhallintaohjelman käyttö. Verkkomateriaali on käytössä ryhmäläisillä 12 kuukautta. Ohjaukseen sisältyy aktiivista ohjausta kolmen kuukauden ajan, jolloin ryhmäläiset voivat olla verkossa viestien välityksellä yhteydessä ohjaajaan. Ryhmäläiset saavat kuukausittain sähköpostiviestin Verkkopuntariin lisätyistä kuukausivinkeistä. (Majaluoma ym. 2021, 18.)



Kuvio 1. Satakunnan Sydänpiiriin Verkkopuntari -ryhmäohjauksen rakenne (Verkkopuntarin www-sivut.)

Verkossa toimiva yksilöohjaus toimii samalla periaatteella kuin verkossa tapahtuva ryhmäohjaus. Erona ryhmäohjaukseen oli, että yksilöohjauksessa ei voinut hyödyntää ryhmän välistä vertaistukea. Tapaamisia ohjaajan kanssa on kolme sekä lisäksi viiden viikon kuluessa aloituksesta ohjaaja on puhelimitse yhteydessä ohjattavaan. Verkkoon lisätään viikoittain uutta materiaalia, joka on ohjattavan käytössä. Myös yksilöohjauksessa verkossa viestittely ohjaajan kanssa onnistuu ensimmäisen kolmen kuukauden aikana. (Majaluoma ym. 2021, 19.)

Perinteisessä ryhmäohjauksessa aktiivivaihe kestää myös kolme kuukautta kuten verkkopohjaisissa ohjauksissa. Ohjaaja ja ryhmäläiset kuitenkin tapaavat viikoittain 10 viikon ajan aina puolitoista tuntia kerralla. Ensitapaamisessa on tarkoitus tutustua toisiin ja perehtyä kurssimateriaaliin sekä Verkkopuntarin teemoihin. Viiden viikon kuluttua aloituksesta, ohjaaja oli ryhmäläisiin yhteydessä joko puhelimitse tai pika-viestisovelluksen avulla. Aktiivivaiheen päättyessä ryhmä pitää päätöstapaamisen. Tämän jälkeen ryhmäläisille jää käyttöön kaikki kurssimateriaali. Myös perinteiseen ohjaukseen kuuluu kuukausivinkkien lähettäminen joka kuukausi. (Majaluoma ym. 2020, 19.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyö toteutetaan tutkimuksellisenä opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten Satakunnan sydänpiirin painonpudotusinterventioon osallistuneet naiset kokevat elämänlaatunsa. Tavoitteena on tuottaa tietoa naisten kokemuksista elämänlaadustaan ennen ja jälkeen painonpudotuksen Satakunnan Sydänpiirin elintapaohjausmenetelmien ja niiden kehittämisen tueksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi Sydänpiirin elintapaohjaukseen osallistuneet naiset kokevat elämänlaatunsa ennen ja jälkeen painonpudotusintervention?
2. Miten eri määrän painoa pudottaneet naiset kokevat elämänlaatunsa ennen ja jälkeen intervention?

### 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

#### 4.1 Tutkimusmenetelmä ja mittarit

Tutkimusmenetelmä kertoo, millaista tietoa tutkimuksella tavoitellaan. Menetelmiä ovat kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kun käytetään kvantitatiivista menetelmää, halutaan saavuttaa numeraalista tietoa. Se soveltuu tutkimuksiin, joissa numeraalisesti halutaan kuvailla jotakin asiaa, asian muutosta tai asioiden vaikutusta toisiinsa. Menetelmä on mahdollinen, jos tutkimusaineisto on muutettavissa mitattavaan ja testattavaan muotoon. (Vilkkä 2015, 63–67.) Tässä opinnäytetyössä käytetään kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusmenetelmää.

Opinnäytetyötä varten on saatu valmis aineisto Satakunnan Sydänpiiriltä. Aineisto on kerätty Satakunnan Sydänpiirin ja Turun yliopiston yhteistyössä toteuttamassa

SydänPORTAAT-tutkimuksessa. Aineiston tiedon keruussa on käytetty EuroHIS-8- ja EQ-5D-elämänlaatumittareita (katso luku 2.2).

#### 4.2 Aineiston kuvaus

SydänPORTAAT-tutkimukseen kutsuttiin sähköpostitse vuoden 2015 PORTAAT-tutkimuskäynnille osallistuneet naispuoliset tutkittavat, joiden painoindeksi oli vähintään 25,0 kg/m<sup>2</sup> (n=378). Tutkittavat olivat olleet jo pidempään ylipainoisia tai lihavia, ja jokaisella oli taustalla ainakin kaksi painonpudotusinterventiota. Sähköpostiin liitettiin tietoa tutkimuksesta ja suostumuslomake. Poissulkukriteereitä olivat raskaus, imetys tai suunniteltu raskaus seuraavan 12 kuukauden aikana, tyypin 1 diabetes, aktiivinen syöpäsairaus, akuutti valtimotautitapahtuma edeltävän 3 kuukauden aikana, hoitamaton kilpirauhassairaus, systemaattinen kortikosteroidilääkitys, syömishäiriöt ja kommunikaatiokyvyttömyys. (Majaluoma ym. 2021, 17–21.)

Halukkaat tutkimukseen osallistujat ilmoittautuivat tutkimushoitajalle. Lisäksi tutkimuksesta järjestettiin kolme tiedotustilaisuutta, joihin sai osallistua vapaaehtoisesti. Tutkimukseen ilmoittautui 109 naista, joista perinteisen painonhallintaryhmäohjauksen valitsi 38, Verkkopuntari-ryhmäohjauksen 34 ja Verkkopuntari-yksilöohjauksen 37. Tutkittavat olivat 32–65-vuotiaita Porin kaupungin työntekijöitä. Osallistujien keski-ikä oli 53 vuotta. (Majaluoma ym. 2021, 17; Lehtimäki henkilökohtainen tiedonanto 6.4.2020.)

Opinnäytetyössä käytetään SydänPORTAAT-tutkimuksessa kerättyä aineistoa, joka sisältää tutkittavien mittaustuloksia (esimerkiksi pituus, paino, kehonkoostumus ja vyötärön ympärys) sekä kyselykaavakkeilla kerättyjä taustatietoja, tutkittavien elintapatottumuksia ja kokemusta elämänlaadusta. Elämänlaatua oli mitattu EQ-5D- ja EuroHIS-8-elämänlaatumittareilla. Mittaukset ja kyselyt toteutettiin tutkimuksen käynnistyessä sekä vuoden kuluttua aloituksesta. Lisäksi muun muassa paino ja vyötärön ympärys mitattiin myös kolmen kuukauden kohdalla. Näitä tuloksia ei kuitenkaan tässä opinnäytetyössä tarkasteltu. Opinnäytetyötä varten alkuperäisestä aineistosta saatiin Excel-tiedosto, johon oli koottu opinnäytetyön kannalta keskeiset muuttujat (ID, paino 0kk, paino 12kk ja elämänlaatuun liittyvät muuttujat).

### 4.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksessa keskeistä on aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Aineistoa koskevia päätelmiä voidaan tehdä vasta aineiston käsittelyn jälkeen. Aineisto tarkistetaan ensin selvien virheellisyyksien ja puuttuvien tietojen osalta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 216.) Opinnäytetyöntekijät kävivät läpi saamansa aineiston tarkastamalla huolellisesti Excel-tiedoston kaikki vastaukset ja mittaustulokset. Aineistosta karsittiin vastaajat, jotka olivat jättäneet vastaamatta johonkin elämänlaatumittareiden kysymykseen, tai joiden kohdalta puutui jokin mittaustulos. Saadusta aineistosta hylättiin edellä mainituin kriteerein 10 vastaajaa. Opinnäytetyössä tarkasteltava aineisto koostui siis 99 naisen vastauksista.

Seuraavat vaiheet ovat tietojen täydentäminen ja aineiston järjestäminen (Hirsijärvi ym. 2007, 217). Saatua, valmiiksi järjestetty Excel-tiedosto käsiteltiin Tixel-ohjelman avulla. Aineistoa täydennettiin laskemalla painonpudotuksen muutos kilogrammoina ja prosentteina. Lisäksi aineistoon laskettiin jokaiselle osallistujalle EuroHIS-8-mittarin kysymysten vastauksista summapistemäärä, sekä alussa että lopussa (katso luku 2.2.1). Osallistujat luokiteltiin kolmeen luokkaan painonmuutoksen suhteen: Henkilöt, joiden paino on pudonnut vähintään viisi prosenttia ( $n=10$ ), henkilöt, joiden paino on pudonnut alle viisi prosenttia tai pysynyt samana ( $n=51$ ) ja henkilöt, joiden paino on lisääntynyt ( $n=38$ ). Aineistoa täydennettiin vielä laskemalla kunkin luokan osallistujien summapistemäärien keskiarvot alku- ja loppumittausten kohdalla.

Elämänlaatumittareiden (EuroHIS-8 ja EQ-5D) jokaisen kysymyksen vastauksista laadittiin erilliset jakaumat. Jakaumat muodostettiin erikseen alku- ja loppumittausten kohdalla. Tulokset esitetään prosentteina ja frekvensseinä. Tuloksista muodostettiin havainnollistavia ja tuloksia selkeyttäviä taulukoita. EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastaukset esitetään frekvensseinä liitteissä 1 ja 2 ja EQ-5D-elämänlaatumittarin vastaukset frekvensseinä liitteestä 3 ja 4.



## 5 TULOKSET

Raportoidut tulokset perustuvat koettuun elämänlaatuun. Tuloksia ei ole testattu tilastollisesti, joten tuloksia ei voi yleistää eikä alku- ja loppumittauksen tuloksia voi verrata keskenään.

### 5.1 Elämänlaatu ennen interventiota

#### 5.1.1 EuroHIS-8- elämänlaatumittari

EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla mitattiin osallistujien elämänlaatua ennen painonpudotusinterventiota. Mittari sisältää kahdeksan kysymystä, joissa on viisi vastausvaihtoehtoa (erittäin huono, huono, ei hyvä eikä huono, hyvä ja erittäin hyvä). Vastaajia pyydettiin miettimään elämäänsä kahden viimeisen viikon ajalta vastatessaan kysymyksiin.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan elämänlaatuaan. Vastaajista suurin osa (75 %) arvioi elämänlaatunsa vähintään hyväksi ennen intervention alkua. Naisilta kysyttiin kuinka tyytyväisiä he ovat terveyteensä ja riittävätkö rahat tarpeisiin nähden. Hieman yli kymmenesosa vastaajista (13 %) koki, ettei ole tyytyväinen terveyteensä tai rahojen riittävyyteen. Arvioidessaan tarmon riittävyyttä arkipäivän elämää varten, valtaosa naisista (83 %) koki sen riittävän vähintään hyvin. (Taulukko 1.)

Vastaajilta kysyttiin kuinka tyytyväisiä he ovat kykyynsä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, itseensä, ihmissuhteisiinsa sekä asuinalueen olosuhteisiin. Reilusti yli puolet tutkittavista (63 %) oli tyytyväisiä kykyynsä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Vastaajista lähes kaikki (91 %) olivat vähintään tyytyväisiä itseensä, heistä hieman alle puolet (42 %) erittäin tyytyväisiä. Naisista suurin osa (71 %) oli vähintään tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja melkein sama määrä (68 %) asuinalueensa olosuhteisiin. (Taulukko 1.)

Jokaisen kysymyksen kohdalla reilusti yli puolet vastaajista (67–91 %) valitsivat joko vastausvaihtoehdon ”hyvä” tai ”erittäin hyvä”. Vastausvaihtoehto ”erittäin huono” tuli

valituksi ainoastaan kolmen kysymyksen kohdalla. Naisista vain murto-osa (1 %) koki olevansa erittäin tyytymättömiä terveyteensä ja asuinalueen olosuhteisiin sekä rahojen riittävyyteen. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastaukset alkumittauksessa (N=99).

|   | Erittäin<br>huono<br>% | Huono<br>% | Ei hyvä<br>eikä huono<br>% | Hyvä<br>% | Erittäin<br>hyvä<br>% |
|---|------------------------|------------|----------------------------|-----------|-----------------------|
| 1. Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?  | 0                      | 2          | 23                         | 63        | 12                    |
| 2. Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?                                      | 1                      | 12         | 20                         | 61        | 6                     |
| 3. Onko teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?                  | 0                      | 9          | 8                          | 66        | 17                    |
| 4. Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?                             | 1                      | 12         | 18                         | 65        | 4                     |
| 5. Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminnoistanne? | 0                      | 5          | 12                         | 63        | 20                    |
| 6. Kuinka tyytyväinen olette itseenne?  | 0                      | 2          | 6                          | 49        | 42                    |
| 7. Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne                                  | 0                      | 8          | 20                         | 49        | 22                    |
| 8. Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?                       | 1                      | 6          | 24                         | 36        | 32                    |

### 5.1.2 EQ-5D-elämänlaatumittari

EQ-5D-elämänlaatumittarilla mitattiin osallistujien elämänlaatua, kartoittamalla heidän terveydentilaansa viiden kysymyksen kautta. Jokaisessa kysymyksessä oli kolme vastausvaihtoehtoa. Vastaajia pyydettiin miettimään kyseisenä päivänä olevaa terveydentilaansa vastatessaan kysymyksiin.

Intervention osallistujia pyydettiin arvioimaan liikkumiskykyään. Ainoastaan murto-osa naisista (1 %) valitsi vaihtoehdon ”olen vuoteen omana”, kun lähes kaikki (99 %) kokivat, ettei heillä ole vaikeuksia kävelemisen suhteen. Vastaajilta kysyttiin heidän kyvystään huolehtia itsestään, tavanomaisten toimintojen sujuvuudesta sekä ahdistuneisuudesta ja masentuneisuudesta. Kaikki vastaajat (100 %) kokivat, ettei heillä ole vaikeuksia huolehtia itsestään tai suorittaa tavanomaisia toimintoja kuten ansiotyötä, opiskelua tai kotitöitä. Lisäksi kaikki tutkittavat (100 %) vastasivat, etteivät ole ahdistuneita tai masentuneita. Naisia pyydettiin myös arvioimaan kokemiaan kipuja ja vaivoja. Lähes kaikki naiset (99 %) kokivat, ettei heillä ole kipuja tai vaivoja. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. EQ-5D-elämänlaatumittarin vastaukset alkumittauksessa (N=99).

|   |     |
|---|-----|
| 1. Liikkuminen  | %   |
| Minulla ei ole vaikeuksia kävelemisessä.  | 99  |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia kävelemisessä.                                | 0   |
| Olen vuoteen omana.   | 1   |
|   |     |
| 2. Itsestään huolehtiminen  | %   |
| Minulla ei ole vaikeuksia huolehtia itsestäni.                                    | 100 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse.                   | 0   |
| En kykene peseytymään tai pukeutumaan itse.                                       | 0   |
|   |     |
| 3. Tavanomaiset toiminnot esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot | %   |
| Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.                    | 100 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.          | 0   |
| En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani.                                 | 0   |
|   |     |
| 4. Kivut/vaivat   | %   |
| Minulla ei ole kipuja tai vaivoja.  | 99  |
| Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja.  | 1   |
| Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja.  | 0   |

|   |     |
|---|-----|
| 5. Ahdistuneisuus/masennus              | %   |
| En ole ahdistunut tai masentunut.       | 100 |
| Olen melko ahdistunut tai masentunut.   | 0   |
| Olen erittäin ahdistunut tai masentunut | 0   |

## 5.2 Elämänlaatu intervention jälkeen

### 5.2.1 EuroHIS-8-elämänlaatumittari

Loppumittausten kohdalla osallistujia pyydettiin jälleen vastaamaan EuroHIS-8-elämänlaatumittarin kysymyksiin. Vastaajilta kysyttiin arvioita elämänlaadustaan. Suurin osa (78 %) koki elämänlaatunsa vähintään hyväksi. Vastaajia pyydettiin arvioimaan, onko heillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämää varten ja riittävästi rahaa tarpeisiin nähden. Naisista valtaosa (82 %) koki tarmon riittävän vähintään hyvin. Rahan riittävyyden suhteen neljäsosa (26 %) vastasi rahojen riittävän kesinkertaisesti omiin tarpeisiin nähden. (Taulukko 3.)

Vastaajia pyydettiin arvioimaan tyytyväisyytään elämän eri osa-alueisiin. Vastaajista yli kymmenesosa (14 %) oli tyytymätön terveyteensä. Valtaosa vastaajista (81 %) oli vähintään tyytyväisiä kykyynsä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Lähes kaikki (93 %) olivat vähintään tyytyväisiä itseensä. Reilu kolmannes vastaajista (38 %) oli tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa, ja hieman alle puolet (44 %) oli erittäin tyytyväisiä asuinalueen olosuhteisiin. (Taulukko 3.)

Jokaisen kysymyksen kohdalla suurin osa vastaajista (68–93 %) valitsi vastausvaihtoehdon ”hyvä” tai ”erittäin hyvä”. Vastausvaihtoehto ”erittäin huono” tuli valituksi ainoastaan kolmen kysymyksen kohdalla. Naisista yksi prosentti koki olevansa erittäin tyytymättömiä terveyteensä, kykyynsä selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja asuinalueen olosuhteisiin. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastaukset loppumittauksessa (N=99).

|  | Erittäin<br>huono<br>% | Huono<br>% | Ei hyvä<br>eikä huono<br>% | Hyvä<br>% | Erittäin<br>hyvä<br>% |
|--|------------------------|------------|----------------------------|-----------|-----------------------|
| 1.Millaiseksi arvioitte elämän-<br>laatunne?   | 0                      | 2          | 20                         | 62        | 16                    |
| 2.Kuinka tyytyväinen olette<br>terveyteenne?   | 1                      | 14         | 12                         | 63        | 10                    |
| 3.Onko teillä riittävästi tarmoa<br>arkipäivän elämäänne varten?                     | 0                      | 7          | 11                         | 57        | 25                    |
| 4.Onko teillä tarpeeksi rahaa<br>tarpeisiinne nähden?                                | 0                      | 6          | 26                         | 65        | 3                     |
| 5.Kuinka tyytyväinen olette<br>kykyynne selviytyä päivittäisistä<br>toiminnoistanne? | 1                      | 4          | 14                         | 63        | 18                    |
| 6.Kuinka tyytyväinen olette it-<br>seenne?   | 0                      | 3          | 4                          | 53        | 40                    |
| 7.Kuinka tyytyväinen olette ih-<br>missuhteisiinne                                   | 0                      | 6          | 24                         | 38        | 31                    |
| 8.Kuinka tyytyväinen olette<br>asuinalueenne olosuhteisiin?                          | 1                      | 5          | 20                         | 29        | 44                    |

### 5.2.2 EQ-5D-elämänlaatumittari

Intervention jälkeen elämänlaatua mitattiin myös EQ-5D-elämälaatumittarilla. Vastaajilta kysyttiin kyvystä liikkua, huolehtia itsestään ja suoriutua tavanomaisista toiminnoista. Kaikki vastaajat (100 %) kokivat, ettei heillä ole vaikeuksia kävelemisessä tai itsestään huolehtimisessa. Murto-osa vastaajista (1 %) koki, että heillä on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintoja. Lisäksi vastaajilta kysyttiin heidän kokemistaan kivuista ja vaivoista sekä ahdistuneisuudesta ja masennuksesta. Kaikki vastaajista (100 %) vastasivat, että he eivät ole ahdistuneita tai masentuneita, mutta murto-osalla (1 %) oli kohtalaisia kipuja tai vaivoja. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. EQ-5D-elämänlaatumittarin vastaukset loppumittauksessa (N=99).

|  |     |
|--|-----|
| Liikkuminen  | %   |
| Minulla ei ole vaikeuksia kävelemisessä.                                       | 100 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia kävelemisessä.                             | 0   |
| Olen vuoteen omana.  | 0   |
|  |     |
| Itsestään huolehtiminen  | %   |
| Minulla ei ole vaikeuksia huolehtia itsestäni.                                 | 100 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse.                | 0   |
| En kykene peseytymään tai pukeutumaan itse.                                    | 0   |
|  |     |
| Tavanomaiset toiminnot esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot | %   |
| Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.                 | 99  |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.       | 1   |
| En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani.                              | 0   |
|  |     |
| Kivut/vaivat   | %   |
| Minulla ei ole kipuja tai vaivoja.   | 99  |
| Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja.                                     | 1   |
| Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja.   | 0   |
|  |     |
| Ahdistuneisuus/masennus  | %   |
| En ole ahdistunut tai masentunut.  | 100 |
| Olen melko ahdistunut tai masentunut.  | 0   |
| Olen erittäin ahdistunut tai masentunut  | 0   |

### 5.3 Elämänlaatu ja painon muutos

EuroHIS-8-elämänlaatumittarin tuloksia tarkasteltiin myös painonmuutoksen rinnalla kolmessa eri ryhmässä (vähintään 5 % painoa pudottaneet, alle 5 % painoa pudottaneet tai paino pysynyt samana sekä ryhmä, jossa paino oli noussut intervention aikana). Vähintään 5 % painoa pudottaneilla summapistemäärien keskiarvo oli alussa 3,78 ja lopussa 4,04. Summapistemäärien keskiarvo ryhmässä, jossa paino oli lisääntynyt, oli alussa 4,0 ja lopussa 3,94. Jokaisen ryhmän EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastauksien summapistemääristä lasketut keskiarvot näkyvät taulukossa 5.

Taulukko 5. EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastauksista muodostettujen summapistemäärien keskiarvot ryhmittäin alku- ja loppumittauksessa.

| Ryhmä  | Summapistemäärien keskiarvo alussa | Summapistemäärien keskiarvo lopussa |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|
| Vähintään 5 % painoa pudottaneet                     | 3,78                               | 4,04                                |
| Alle 5 % painoa pudottaneet tai paino pysynyt samana | 3,81                               | 3,93                                |
| Paino noussut  | 4,0                                | 3,94                                |

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli selvittää, millaiseksi Sydänpöydän elintapaohjaukseen osallistuneet naiset kokivat elämänlaatunsa ennen ja jälkeen intervention. EuroHIS-8-elämänlaatumittarin kohdalla vastaajia pyydettiin miettimään kahta viimeksi kulunutta viikkoa, vastatessaan kysymyksiin. Alkumittauksissa reilusti yli puolet arvioivat EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla mitattuna elämänlaatunsa hyväksi ja noin kymmenes osa erittäin hyväksi. Lähtötilanteessa kaikkien vastaajien EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastauksista laskettujen summapistemäärien keskiarvo oli 3,88.

Summapistemäärän keskiarvon ollessa lähes neljä, on kokemus elämänlaadusta keskimääräisesti hyvä. Sydänpiirin elintapaohjaukseen osallistuneiden naisten itsearvioima elämänlaatu oli siis jo lähtötilanteessa keskimääräisesti hyvällä tasolla. Tulos oli samankaltainen kuin FinTerveys 2017 -tutkimuksen (2018) tulokset, joiden mukaan 30–39-, 40–49, 50–59- ja 60–69-vuotiaiden EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastauksista laskettu keskiarvo oli joka luokassa 4,0 (Koskinen ym. 2018, 25).

EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla mitattu tyytyväisyys elämän eri osa-alueisiin oli myös jo lähtötilanteessa korkealla tasolla. Alkumittauksissa suurin osa vastaajista koki olevansa vähintään tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa sekä asuinalueensa olosuhteisiin. Interventioon osallistuneista naisista lähes kaikki olivat vähintään tyytyväisiä itseensä ja suurin osa terveyteensä. Ympäristö yhdessä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kanssa vaikuttaa elämänlaatuun niin kuin opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä on tuotu esille.

Vaikka naiset olivat tyytyväisiä muun muassa asuinalueidensa olosuhteisiin ja sosiaalisiin suhteisiinsa, EuroHIS-8-elämänlaatumittari ei kerro naisten aktiivisuudesta näiden suhteen. Mittarilla ei saa selville, kuinka paljon osallistujilla on sosiaalisia kontakteja tai kuinka paljon he esimerkiksi hyödyntävät asuinympäristöään. Opinnäytetyön teoriaosuudessa todettiin sosiaalisen hyvinvoinnin rakentuvan sosiaalisista kontakteista, vuorovaikutuksesta ja sosiaalisesta osallistumisesta (Tiikkainen ym. 2018, 1). EuroHIS-8-mittarin kysymykseen voi vastata olevansa tyytyväinen sosiaalisiin suhteisiinsa, vaikka niitä ei olisi. Vastaaja voi olla sitä mieltä, ettei kaipaa sosiaalisia kontakteja ja on mieluummin yksin. Niemisen tutkimuksessa (2013) on kuitenkin todettu sosiaalisten verkostojen ja korkean aktiivisuuden olevan yhteydessä fyysisesti ja psyykkisesti terveempään oloon (Nieminen ym. 2013). Nämä ovat elämänlaadun rakennustekijöitä yhdessä ympäristön kanssa. Kansallisesti edustavan FinTerveys 2017 -tutkimuksen (2018) mukaan 30 vuotta täyttäneet naiset ovat sosiaalisesti melko aktiivisia. Tutkimuksen osallistuneista 30 vuotta täyttäneistä naisista noin kolmasosa (30 %) osallistui vähintään kerran kuukaudessa kerho- ja yhdistystoimintaan ja vain reilu kymmenesosa (11,5 %) piti yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin harvemmin kuin kerran viikossa. (Martelin ym. 2018, 125–126.) Työikäisten naisten tyytyväisyys asuinalueen olosuhteisiin oli myös FinSote 2018 -tutkimuksessa (2019) korkealla tasolla.



Tutkimuksen tulosten mukaan suurin osa (83,9 %) oli vähintään tyytyväisiä asuinalueen olosuhteisiin. (Parikka ym. 2019.)

EQ-5D-elämänlaatumittarin kysymyksiin vastatessa vastaajaa kehoitettiin miettimään kyseisenä päivänä olevaa terveydentilaa vastatessaan kysymyksiin. Lähes kaikki vastaukset sijoittuivat jo alkumittauksissa parasta terveydentilaa edustaviin vastausvaihtoehtoihin. Näin ollen myös EQ-5D-elämänlaatumittarilla mitattujen tulosten mukaan naisten yleinen terveydentila oli alussa hyvä.

Alkumittauksissa elämänlaatumittareilla mitattujen tulosten perusteella voidaan siis todeta tutkimukseen osallistuneiden naisten kokemuksen omasta elämänlaadustaan olevan hyvä jo ennen interventiota. Tähän viittaa korkeahko EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastauksista laskettujen summapistemäärien keskiarvo, sekä korkea tyytyväisyys elämänlaatuun liittyviin osa-alueisiin. Tämä oli ehkä hieman yllättävää opinnäytetyöntekijöille, ottaen huomioon osallistujien profiilin. SydänPORTAAT-tutkimukseen osallistuneet naiset olivat ylipainoisia 32–65-vuotiaita. Helposti ajattelisi ylipainon olevan elämänlaatua merkittävästi heikentävä tekijä, mutta tämän opinnäytetyön tulosten mukaan niin ei näyttäisi olevan. Suurin osa tutkimukseen osallistujista oli keski-ikäisiä. Elämänvaiheena keski-ikä voi mieltää kiireisenä. Silloin ollaan yleensä vielä työelämässä, saatetaan huolehtia vielä omista lapsista ja mahdollisesti jo omista iäkkäistä vanhemmista. Tällöin voisi kuvitella, että omaan hyvinvointiin ja terveyteen panostaminen jää helposti vähemmälle. Tulokset kuitenkin osoittavat, että suurin osa tutkittavista on tyytyväisiä sekä itseensä että terveyteensä. Tulokset tukevat Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksessa (2010) saatuja tuloksia, joiden mukaan keski-ikäiset olivat pääsääntöisesti hyvin tai erittäin tyytyväisiä elämäänsä. (Pulkkinen & Polet 2010, 78.)

Alkumittauksien tulokset saavat myös pohtimaan, miksi juuri kyseiset osallistajat ovat hakeneet mukaan interventioon. Kyseessä oli kuitenkin painonpudotusinterventio, jonka tarkoitus oli tukea terveellisiä elintapoja. Voisi ajatella, että mukaan hakeutuisi henkilöitä, joilla lähtötilanne olisi huonompi. Elämänlaatu ei olisi välttämättä niin hyvä, ja oma terveys ja tyytyväisyys itseensä olisi heikommalla tasolla ja interventiosta lähdettäisiin hakemaan muutosta parempaan. Nyt kuitenkin osallistujien elämänlaatu ja tyytyväisyys muun muassa itseensä ja terveyteensä kuvautuu jo alussa korkeana. Mahdollisesti osallistajat ovat voineet ajatella saavansa vielä paremman

elämänlaadun intervention myötä. Osallistujat ovat olleet ylipainoisia, ja vaikka elämänlaatu onkin ollut hyvä, painonpudotuksen ja terveellisten elintapojen ohjauksen kautta he ovat saattaneet ajatella saavuttavansa vielä paremman elämänlaadun. Vaikka suuri osa osallistujista onkin ollut tyytyväisiä itseensä ja terveyteensä, he ovat saattaneet tiedostaa ylipainoon liittyvät terveysriskit, ja haluta pudottaa painoa.

Intervention jälkeen EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla mitattuna reilusti yli puolet arvioi elämänlaatunsa hyväksi, ja vajaa viidesosa erittäin hyväksi. Loppumittauksissa kaikkien vastaajien EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastauksista laskettujen summapistemäärien keskiarvo oli 3,94. Osallistujat kokivat siis elämänlaatunsa myös loppumittauksen kohdalla keskimääräisesti hyväksi. EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla mitattu tyytyväisyys elämän eri osa-alueisiin, oli myös loppumittauksissa korkealla tasolla. Myös EQ-5D-elämänlaatumittarilla saatiin loppumittauksissa tuloksia, joiden mukaan osallistujien yleinen terveydentila oli todella hyvällä tasolla.

Loppumittauksissa elämänlaatumittareilla mitattujen tulosten perusteella voidaan siis todeta, että tutkimukseen osallistuneiden naisten kokemus omasta elämänlaadustaan oli hyvä myös intervention jälkeen. Intervention tarkoitus oli lisätä tietoutta terveellisistä elintavoista kuten liikunnasta, ravinnosta, voimavaroista ja unesta. Terveelliset elintavat ovat mahdollisesti yhteydessä hyvään elämänlaatuun. Tulosten perusteella voisi siis todeta intervention olleen onnistunut, koska osallistujien elämänlaatu kuvautui keskimääräisesti hyväksi intervention jälkeen.

Elämänlaadun tasoa voi selittää myös tyytyväisyys itseensä ja omaan saavutukseensa. Saattaa olla, että osa naisista on ajatellut intervention aluksi, etteivät jaksaisi panostaa elämäntapamuutokseen tai etteivät motivoitu jatkamaan interventioita loppuun saakka. Motivaatio on kuitenkin saattanut pysyä koko intervention ajan, mikä selittäisi elämänlaadun olevan hyvällä tasolla intervention loputtua. Vuoden intervention jälkeen tyytyväisyys omaan suoritukseen ja mahdolliseen onnistumiseen saa aikaan hyvänolontunteen, mikä taas voi nostaa elämänlaadun tasoa.

Naisten tyytyväisyys sosiaalisiin suhteisiin oli intervention lopussa hyvällä tasolla. Intervention aktiivivaiheen aikana naiset ovat saattaneet verkostoitua ja muodostaa esimerkiksi vertaistukiryhmiä. Vertaistukea on saatettu hyödyntää intervention

loppuvaiheen aikana, esimerkiksi järjestämällä yhteisiä tapaamisia liikunnan merkeissä. Yhdessä tekeminen on saattanut lisätä motivaatiota intervention suorittamiseen. On myös mahdollista, että osallistuneet naiset ovat samalta työpaikalta ja sitä kautta jo toisilleen tuttuja. Suhteellisen pienessä kaupungissa tämä on hyvinkin mahdollista. Myös perhesuhteet ovat voineet lisätä motivaation kasvua. On mahdollista, että osallistujat ovat saaneet perheenjäsenet tai ystävät innostumaan myös terveellisten elintapojen noudattamisesta. Sosiaalisen tuen katsotaan edistävän terveyskäyttäytymistä sekä tukea muutokseen. Ryhmässä toimiminen lisää myös ryhmän jäsenten autonomiaa ja vahvistaa kehittymistä sekä erilaisia tunteita. Elintapamuutoksen kannalta on tärkeää, että vuorovaikutus ryhmässä on voimaannuttavaa sekä toimintatavat tavoitteellisia. (Hankonen 2011, 28; Asbetz 2014.)

Elämänlaatumittareilla mitatuissa tuloksissa alku- ja loppumittausten välillä havaittiin pieniä muutoksia. Varsinkin EuroHIS-8- elämänlaatumittarilla saaduissa tuloksissa oli jonkin verran muutoksia. Vastauksista laskettujen summapistemäärien keskiarvo oli lähtötilanteessa 3,88 ja lopussa 3,94. Vastaajien kokemus elämänlaadustaan on sitä parempi, mitä korkeampi lukema on (Korpilahti 2013). Vastauksien perusteella osallistujat kokivat siis elämänlaatunsa hieman paremmaksi intervention jälkeen. Myös tyytyväisyys asuinalueen olosuhteisiin ja ihmissuhteisiin lisääntyi EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla mitattuna intervention jälkeen.

Ohjauksen tarkoitus oli tukea painonpudotusta. Voisi kuvitella, että terveellisten elintapojen lisääminen omaan arkeen on tuonut osallistujille lisää energiaa ja tarmoa arkipäivän toimintoihin. Tämä voi näkyä sosiaalisen elämän vilkastumisena sekä elinympäristön aktiivisempaan hyödyntämisenä palveluiden ja liikunnan osalta. Tutkimuksen tulos on samansuuntainen kuin Niemisen ym. (2013) tutkimuksessa, jonka mukaan terveelliset elintavat ovat yhteydessä aktiivisempaan sosiaaliseen elämään (Nieminen ym. 2013).

Tulokset olivat kuitenkin melko samaa luokkaa ennen ja jälkeen. Tähän on mahdollisesti voinut vaikuttaa se, että lähtötilanteen tulokset olivat jo niin hyvää luokkaa, että siitä on ollut vaikea parantaa. Hyvästä erinomaiseen parantaminen on hienosäätöä ja vaatisi kaiken lokahtamista paikoilleen. Huonosta tai tyydyttävästä hyvään parantaminen on usein paljon helpompaa, koska ei vaadita erinomaisuutta. Intervention

vaikutus olisi saattanut siis tulla paremmin esille, jos naisten lähtötilanne olisi ollut huonompi. Niin moni asia kuitenkin vaikuttaa elämänlaatuun, joten on lähes mahdoton osoittaa juuri intervention vaikutuksia.

EQ-5D-elämänlaatumittarin tulosten mukaan tutkimukseen osallistuneiden naisten yleinen terveydentila oli jo alussa niin hyvä, että tulokset eivät olisi voineet juurikaan parantua. Lähes kaikki vastaukset sijoittuivat jo alussa parasta terveydentilaa edustaviin vastausvaihtoehtoihin. Mittarin pohjalta saadut tulokset eivät tuoneet juurikaan lisätietoa osallistujien elämänlaadusta tai eroista vastauksissa ennen ja jälkeen intervention. EQ-5D- elämänlaatumittarin vastausvaihtoehdot eivät tarjoa mahdollisuutta pienten muutosten havaitsemiseen. Vastausvaihtoehtojen vaihteluvälit ovat suuret, jolloin pienet muutokset terveydentilassa eivät erotu.

Kiinnitimme myös huomiota EQ-5D-elämänlaatumittarin kysymykseen, joka käsitteli liikkumista. Kysymyksessä vastausvaihtoehto, joka kuvasi parasta terveydentilaa oli ”Minulla ei ole vaikeuksia kävelemisessä”. Kävely on toki tehokas perusliikuntamuoto, jolla on monia terveysvaikutuksia, ja jota voi toteuttaa monella eri tavalla ja intensiteetillä. Se on helppo liikuntamuoto, joten se sopii useimmille. (UKK-instituutin [www-sivut](http://www.ukk.fi) 2020.) Kävely kuuluu kuitenkin motorisiin perustaitoihin, jonka oppiminen ajoittuu usein ihmisen toiseen ikävuoteen (Jaakkola 2016, 21–27). Vastaajalla täytyy siis luultavasti olla merkittävä liikuntakyky rajoittava tekijä, jos hän ei kykene kävelemään. Mittarin kysymys kertoo siis, kykeneekö vastaaja perustoimintoon, mihin suurin osa ihmisistä pystyy. Kysymyksellä ei saada enempää tietoa vastaajan fyysisestä toimintakyvystä tai kunnosta.

Tutkimusten mukaan EQ-5D- elämänlaatumittarin vaikuttavuuteen ja luotettavuuteen vaikuttaa, onko käytetty kolmi- vai viisiasteikollista mittaria. Tulokset osoittavat viisiasteikollisen mittarin vastaavan vastaajien mielipiteitä huomattavasti paremmin (75 %) kuin kolmiasteikollisen (6 %). Lisäksi viisiasteikollinen mittari oli tutkimuksen mukaan informatiivisempi. (Janssen, Birnie, Haagsma, Gouke, Bonsel 2008, 275–280.) Tutkimuksessa, jossa on tutkittu terveyteen liittyvää elämänlaatua teho- ja valvontaosastojen potilailta, on vertailtu keskenään EQ-5D- ja 15D-elämänlaatumittareita. Tämä tutkimus osoittaa saman suuntaisia tuloksia EQ-5D-mittarin heikosta vaikuttavuudesta. Elämänlaatumittari EQ-5D:n vastaukset jakautuivat tutkimuksessa

suurimmaksi osaksi samaan tulokseen. Vastaukset sijoittuvat siis herkästi mittarissa käytettävän asteikon toiseen päähän. Tulos kertoo, ettei mittari ole tarpeeksi herkkä havaitsemaan muutostilanteita. (Vainiola 2014, 9.) Tutkimustulokset EQ-5D-elämänlaatumittarin vaikuttavuudesta heijastuvat myös tämän opinnäytetyön tuloksiin EQ-5D-mittarin osalta. Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu juuri kolmiasteikollisella EQ-5D-mittarilla kerättyjä tuloksia.

EuroHIS-8-elämänlaatumittarin kysymyksiin vastatessa vastaajia pyydettiin miettimään kahta viimeksi kulunutta viikkoa ja EQ-5D-mittarin kohdalla kyseisenä päivänä olevaa terveydentilaa. Vastauksiin on siis voinut vaikuttaa myös yksittäiset tapahtumat, jotka ovat tapahtuneet asetettujen aikamääreiden sisällä. Esimerkiksi EuroHIS-8-mittarin kohdalla, vastaaja on voinut olla kipeänä viimeisen kahden viikon aikana, mikä on vaikuttanut vastaukseen kysyttäessä tyytyväisyyttä terveyteen. Toisaalta vastaaja on juuri voinut riidellä läheisensä kanssa, mikä laskee tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin. Ajankohtaiset tapahtumat ovat voineet siis vaikuttaa vastauksiin, eikä mittareiden vastauksista voida vetää johtopäätöksiä pidemmällä aikavälillä vallinneesta elämänlaadun kokemuksesta.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää, miten eri määrän painoa pudottaneet naiset kokevat elämänlaatunsa ennen ja jälkeen elintapaohjauksen. Luokittelun avulla pystyimme tarkastelemaan, olisiko enemmän painoa pudottaneiden naisten kokemus elämänlaadusta parantunut enemmän kuin vähemmän painoa pudottaneiden tai painoa lisänneiden osallistujien. Emme testanneet tuloksia tilastollisesti, joten alkuperäisen ja loppumittauksen, tai eri luokkien välisiä tuloksia ei voi kuitenkaan suoraan vertailla keskenään. Emmekä voi osoittaa muutoksen koetussa elämälaadussa johtuvan juuri painonpudotuksesta. Lisäksi luokat eivät olleet tasakokoisia.

Kun paino laskee yli viisi prosenttia muutaman kuukauden aikana, on kyseessä merkittävä painonlasku (Mustajoki 2020). Tutkitusti 5–10 prosentin painonlaskulla on myös huomattavia hyötyjä aineenvaihdunnan kannalta, esimerkiksi jo viiden prosentin painonlasku korjaa sokeritasapainoa tyypin 2 diabeetikolla ja lisää myös hedelmällisyyttä (Pietiläinen 2014). Koska viiden prosentin painonpudotuksella on tutkitusti terveysvaikutuksia, päädyimme yhdessä tilaajan kanssa asettamaan sen yhdeksi luokkarajaksi, vaikka vähintään viisi prosenttia painoa pudottaneita ei ollut montaa ja tämän

takia luokista ei tullut tasakokoisia. Halusimme kuitenkin tarkastella, olisiko heidän kohdallaan tapahtunut elämänlaadun suhteen suurempaa muutosta, kuin vähemmän painoa pudottaneiden kohdalla.

Kaikkien ryhmien elämänlaatu oli lähtötilanteessa keskimääräisesti melko hyvä. Ryhmien kesken tarkasteltuna ”Vähintään viisi prosenttia painoa pudottaneilla” oli alussa matalin summapistemäärien keskiarvo, kun ”Paino noussut” ryhmällä oli korkein. Pohdimme jo aiemminkin, mikä sai osallistujat lähtemään mukaan interventioon elämänlaadun ollessa jo lähtötilanteessa korkealla. Koska kyseessä on ollut painonpudotusinterventio, voisi olettaa suurimman syyn olleen painonpudotus.

Naisilla hoikkuuden ihannointi on ollut vallalla jo kauan (Loman 2016, 84). Nykyisin pinnalle on noussut myös kehopositiivisuus, joka tarkoittaa kehon hyväksymistä juuri sellaisena kuin se on (Schreiber 2016). Kehopositiivisuus voisi selittää naisten korkeaa tyytyväisyyttä itseensä ylipainosta huolimatta. Tällainen ajatusmalli saattaa myös muokata ihmisen käsitystä omasta kehostaan ja lisätä hyväksyntää. Vaikka olisikin tyytyväinen itseensä, voi silti haluta pudottaa painoa monista syistä. Teoriassa toimme esille lihavuuden vaikuttavan monin eri tavoin terveyteen ja hyvinvointiin, ja se on esimerkiksi voinut toimia motivaationa.

Loppumittauksissa kaikkien ryhmien elämänlaatu kuvautuu keskimäärin hyvänä. Vähintään viisi prosenttia painoa pudottaneiden elämänlaatu oli summapistemäärien keskiarvoja tarkasteltaessa tässä joukossa korkein. Ryhmällä, jossa paino oli lisääntynyt toiseksi korkein. Voisi ajatella, että painon pudottaminen todennäköisesti parantaa hyvinvointia, mutta tuloksia ei ole kuitenkaan testattu tilastollisesti. Mielenkiintoista on kuitenkin se, että loppumittauksissa ryhmäläisten, joiden paino oli noussut, elämänlaatu kuvautuu keskimääräisesti korkeampana, kuin henkilöiden, joiden paino oli laskenut alle viisi prosenttia tai pysynyt samana. Erot ryhmien summapistemäärien keskiarvoissa olivat kuitenkin pieniä. Tätäkään ei ole testattu tilastollisesti, eikä sattuman vaikutusta voida näin ollen myöskään poissulkea.

Henkilöiden, joiden paino oli lisääntynyt, kokemus hyvästä elämänlaadusta voi selittyä sillä, että vaikka paino ei olisikaan pudonnut, heidän tietoutensa terveellisimmistä elämäntavoista on voinut lisääntyä. Painon putoaminen ei välttämättä ole se oleellinen

asia. Pelkästään jo hyvänolon tunne ja energisempi olo ovat mahdollisesti voineet lisätä yleistä tyytyväisyyttä. Ja niin kuin on jo aiemmin monesti todettu, elämänlaatuun vaikuttaa moni tekijä.

Pohdimme, mikä sai aikaan erilaiset muutokset. Miksi osa naisista pystyi pudottamaan painoa yli viisi prosenttia, kun samaan aikaan osan paino lisääntyi. Henkilöiden, joiden paino oli pudonnut vain vähän tai pysynyt samana, matalampaan summapisteiden keskiarvoon verrattuna enemmän painoa pudottaneisiin, voi liittyä esimerkiksi epäonnistumisen tunne. Intervention tarkoitus oli tukea painonpudotusta. Osallistujat ovat voineet asettaa itselleen kovia tavoitteita, ja jos ne eivät olekaan täyttyneet, olo on voinut olla pettynyt. Osallistujat olivat olleet jo pitkään ylipainoisia tai lihavia, ja heillä oli useampi painonpudotusyritys taustalla. Aiemmat epäonnistumiset ovat voineet mahdollisesti vähentää uskoa onnistumiseen. Epäonnistuminen voi aiheuttaa henkilöissä erilaisia reaktioita. Toinen saattaa motivoitua tilanteesta vielä enemmän ja ottaa epäonnistumisen haasteena pystyä parempaan. Toinen taas voi kokea epäonnistumisen jälkeen suurta pelkoa uudelleen epäonnistumisesta, ja täten vain perääntyä tilanteesta. (Keltikangas-Järvinen 1994, 22–23.) Painonpudottaminen on haastavaa, minkä myös Majaluoma, Seppälä ja Korhonen (2021) totesivat SydänPORTAAT- tutkimuksessaan (Majaluoma ym. 2021, 21). Painonpudottaminen on usein kuitenkin sitä helpompaa, mitä aiemmin siihen pystytään puuttumaan (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut 2020.)

Kummallakin ryhmällä, jotka olivat pudottaneet painoa tai se oli pysynyt samana, summapistemäärien keskiarvo parani. Ryhmässä, jossa osallistujien paino oli lisääntynyt, keskiarvo laski. Erot alku- ja loppumittausten välillä ovat kuitenkin pieniä, jota selittää osakseen tutkimuksen pieni otoskoko (n=99). Merkittävin muutos koetussa elämänlaadussa näkyy vähintään viisi prosenttia painoa pudottaneiden naisten kohdalla. Vähintään viisi prosenttia painoa pudottaneita naisia oli kuitenkin vain kymmenen. Tämä on vain 10 % koko osallistujia määrästä. Tulos on kuitenkin samansuuntainen kuin Alamuddin:in ym. (2018) tutkimuksessaan saama tulos, jonka mukaan yli 10 prosentin painonpudotus on yhteydessä merkittävään parannukseen terveyteen liittyvässä elämänlaadussa (Alamuddin ym. 2018). Myös Puciato, Borysiuk ja Rozpara ovat tutkimuksessaan (2017) saaneet tuloksia, joiden mukaan fyysinen aktiivisuus on yhteydessä korkeaksi koettuun elämänlaatuun (Puciato, Borysiuk & Rozpara 2017,

1627.) Vaikka tutkimuksessa käytetyillä elämänlaatumittareilla ei suoraan mitata fyysistä aktiivisuutta, voisi olettaa sen painonpudottajilla nousseen. Terveellisistä elintavoista on saanut intervention aikana ohjausta, johon on sisältynyt myös liikunnan merkitys.

Koska tuloksia ei ole testattu tilastollisesti, emme voi vetää johtopäätöksiä juuri painon pudotuksen vaikutuksista elämänlaatuun. Tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan elämänlaatu kuitenkin keskimääräisesti koheni Sydänpiirin painonpudotus interventioon osallistuneilla, jotka onnistuivat pudottamaan painoa tai pitämään sen samana. Tähän voisi ajatella vaikuttavan onnistumisen kokemus ja terveellisemmät elintavat. Päinvastoin naiset, joiden paino lisääntyi, arvioivat keskimääräisesti elämänlaatunsa huonommaksi intervention jälkeen.

Interventioon kuului kolmen kuukauden aktiivisen ohjauksen vaihe, jonka jälkeen oli yhdeksän kuukauden itsenäinen ylläpitovaihe. Itsenäinen vaihe on ollut suhteellisen pitkä. Monilla naisilla on ylläpitovaiheessa saattanut motivaatio laskea, tulla niin sanottuja repsahduksia ja on palattu vanhoihin elintapoihin. Pohdimme olisiko tulokset olleet parempia, jos aktiivinen ohjausvaihe olisi ollut pidempi ja itsenäinen vaihe lyhyempi. Toisaalta yhdeksän kuukauden ylläpitovaiheessa olisi myös voinut olla tietyn aikavälein ohjausta tai tapaamisia, mikä olisi pitänyt motivaatiota yllä.

Opinnäytetyön tekeminen kehitti opinnäytetyöntekijöiden osaamista monella tavalla. Erityisesti tiedonhakuun ja käsittelyyn liittyvät taidot kehittyivät. Myös prosessinhallintataidot kehittyivät tämän projektin aikana. Työn etenemisen hahmottaminen auttoi myös hallinnoimaan ja tarkastelemaan omia resursseja ja valmiuksia. Työtä tehdessä heräsi opinnäytetyöntekijöille paljon ajatuksia opinnäytetyön aihepiiristä. Oli mielenkiintoista pohtia näinkin ajankohtaista aihetta ja liittämään pohdintaa tutkimustuloksiin. Oman pohdinnan sekä näyttöön perustuvan tiedon yhdistäminen ja johtopäätösten tekeminen kehitti ongelmanratkaisutaitoja.

Lihavuus, ylipaino ja painonpudottaminen ovat aiheita, joita opintojen aikana on käsitelty melko vähän. Lihavuuden yleistymisen on kuitenkin ajankohtainen ja noususuuntainen ongelma (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2019). Sairaanhoidossa kohtaa näitä aihepiirejä työssään yhä enemmän. Nyt opinnäytetyötä tehdessä tietoisuus näistä



aiheista elämänlaadun, sen mittaamisen ja siihen vaikuttavien tekijöiden ohella lisääntyi. Työn tekeminen antoi opinnäytetyöntekijöille valmiuksia huomioida nämä aihepiirit paremmin sairaanhoitajan ammatissa näyttöön perustuvan tiedon pohjalta.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sen mukaan, onko tutkimus kvantitatiivinen vai kvalitatiivinen. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee huomioida mittaamisen ja tulosten luotettavuuden arviointi. Luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Reliabiliteetti kuvaa kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, ja sitä voidaan arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmista. Validiteettia tarkastellessa tulee huomioida sekä sisäinen että ulkoinen validiteetti. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tulokset johtuvat vain asetelmasta. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa taas tulosten yleistettävyyttä. (Kankkunen ym. 2009, 156–166.)

Sisäistä validiteettia tarkastellaan tutkimuksen pätevyyden avulla. Validiteetti määrittelee tutkimuksessa käytetyn mittarin mittauskykyä, eli mitataanko tutkimuksessa oikealla mittarilla juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tutkimuksen pätevyyttä lisää teoreettisen viitekehysten huolellinen laatiminen, sekä käsitteiden tarkka määrittely. (Vilka 2015.) Tämän opinnäytetyön teoreettinen tausta on luotu vastaamaan valmista aineistoa. Käsitteiden huolellinen määrittely lisää tutkimuksen luotettavuutta ja raportin kokonaisvaltaista hahmottamista. Myös tutkimuskysymysten laatimista on pohdittu huolellisesti, jotta ne olisivat yhtenevät tutkimuksen lähtökohtien ja tulosten kanssa. Teoreettinen viitekehys on rakennettu luotettavien lähteiden pohjalta. Aineistonhakua tehdessä on kiinnitetty huomiota tekijöihin, jotka lisäävät luotettavuutta. Näitä olivat muun muassa lähteiden julkaisuvuodet, lähteiden kieli sekä tutkimuksen tarkastelun kohde. Vieraskielisten lähteiden kohdalla, kääntämisen avuksi on käytetty MOT Dictionaries sanakirjaa.

Opinnäytetyössä analysoitu aineisto on kerätty EuroHIS-8- ja EQ-5D-elämänlaatumittareiden avulla. EuroHIS-8-elämänlaatu mittarin rakennevaliditeetti ja sisäinen johdonmukaisuus on todettu useissa tutkimuksissa hyväksi. EQ-5D-mittarin

konvergenttivaliditeetista on myös tutkimusnäyttöä. Indeksimittareissa kuten EQ-5D, reliabiliteettia arvioidaan toistettavuuden perusteella, ja siitä on hyvin vähän tutkimusnäyttöä. (Aalto ym. 2016.)

Aineiston käsittelyn toteutimme huolellisesti, jotta minimoimme virheelliset tulokset. Emme työskennelleet liian pitkiä aikoja kerrallaan, jotta ei syntyisi huolimattomuusvirheitä. Aineistoa analysoitiin objektiivisesti, emmekä antaneet omien tai tilaajien mielipiteiden vaikuttaa tuloksiin. Harjoittelimme tilasto-ohjelman käyttöä, ja tarvittaessa pyysimme opettajalta lisää ohjausta, jotta varmistimme käyttävämme sitä oikein. Otokoko on suhteellisen pieni, eikä tuloksia ole testattu tilastollisesti, minkä vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää.

### 6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tässä opinnäytetyössä eettisyydestä nousee esiin aiheen arkuus, ihmisarvon kunnioitus sekä riskien ja haittojen minimointi. Opinnäytetyössä aiheeseen liittyy lihavuus ja ylipaino. Nämä aihealueet ovat ihmisille arkoja ja henkilökohtaisia, joten opinnäytetyössämme aiheita tulee käsitellä hienovaraisesti. (Mustajoki 2006; Terveyskylän www-sivut 2019.) Aiheen käsittelyssä näkyy siis ammatillinen ote tutkimuksen tekemiseen sekä raportointiin ja aiheetta tarkastellaan neutraaliin sävyyn.

Tutkimusetiikan näkökulmasta on useita hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia, jotka tulee huomioida tutkimusta tehdessä. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös muiden tutkijoiden aineistojen oikeanmukainen hyödyntäminen sekä vastuun ja oikeuksien kartoittaminen tutkimusryhmän osapuolien kesken. Aineiston säilyttäminen ja sen käyttäminen eettisten periaatteiden mukaan on osa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Toimeksiantajan toiveiden ja opiskelijaa sitovien tieteen sääntöjen ristiriitaa vähennettiin tekemällä opinnäytetyösopimus ennen opinnäytetyön aloittamista. Sopimuksessa sovittiin keskeiset työhön liittyvät pelisäännöt. Sopimuksessa sovittiin esimerkiksi

aikataulusta, aineistosta ja sen käyttöoikeuksista ja opinnäytetyön julkisuudesta. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020, 6.)

Opinnäytetyössä toteutettiin näitä hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Sydänpiirin kanssa sovittiin hyvissä ajoin ja tarkasti kaikkien osapuolien vastuut sekä aineiston säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset. Huolehdimme tutkittujen anonymiteetista, ja käytimme ja säilytimme aineistoa niin, etteivät ulkopuoliset päässeet siihen käsiksi. Analyysin jälkeen aineisto palautettiin opinnäytetyön tilaajalle ja poistettiin opinnäytetyöntekijöiden tiedostoista. Raportointi on rehellistä ja avointa. SydänPORTAAT -tutkimukselle on haettu tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Eettiseltä toimikunnalta (106/1801/2017), ja se kattaa myös tämän opinnäytetyön.

#### 6.4 Jatkotutkimushaasteet

Tässä tutkimuksessa tutkittiin painonpudotusinterventioon osallistuneiden naisten koettua elämänlaatua ennen ja jälkeen intervention. Lisäksi koettua elämänlaatua tarkasteltiin suhteessa painon muutokseen, eli miten eri määrän painoa pudottaneet naiset kokivat elämänlaatunsa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat ylipainoiset, työikäiset naiset. Osallistujien keski-ikä oli 53 vuotta.

Elämänlaatuun vaikuttaa monet tekijät. Tässä opinnäytetyössä ei voitu vetää johtopäätöksiä, mitkä tekijät naisten elämässä olivat vaikuttaneet koettuun elämänlaatuun. Olisi mielenkiintoista päästä selvittämään asiaa tarkemmin kyseisen kohderyhmän joukossa esimerkiksi teemahaastattelulla.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös tutkimus, jonka kohderyhmänä olisi nuoremmat aikuiset. Olisi mielenkiintoista tarkastella, millaisena nuoremmat ylipainoiset kokevat elämänlaadun ja miten se intervention edetessä muuttuu. Tällöin takana ei välttämättä olisi kovin monia painonpudotusyrityksiä, jotka heikentävät tulosten saavuttamista. Onnistumiset puolestaan voisivat lisätä koettua elämänlaatua ja tyytyväisyyttä itseen. Lisäksi olisi kiinnostavaa saada myös miehiä mukaan tutkimukseen ja tarkastella

elämänlaatua ylipainoisten miesten kokemana. Jos tutkimusaineisto olisi riittävän suuri, voisi tutkimuksessa myös tarkastella mahdollisia eroja sukupuolten välillä.

## LÄHTEET

Aalto, A-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M-L. 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. Viitattu 7.6.2020. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131192/20\\_Aikuisten%20geneeriset%20elamanlaatumittarit%20terveys-%20ja%20hyvinvointitutkimuksessa%20seka%20terveys-%20ja%20kuntoutuspalvelujen%20vaikutusten%20arvioinnissa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131192/20_Aikuisten%20geneeriset%20elamanlaatumittarit%20terveys-%20ja%20hyvinvointitutkimuksessa%20seka%20terveys-%20ja%20kuntoutuspalvelujen%20vaikutusten%20arvioinnissa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Asbetz, P. Ryhmäohjaus. Teoksessa Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. (toim.) Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita, 2014. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789513775964>

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot: Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127, 2265–2272. Viitattu 13.7.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo99873>

Alamuddin, N., Alfaris, N., Bakizada, Z. M., Berkowitz, R. I., Carvajal, R., Chao, A. M., Gruber, K. A., Leonard, S. M., Pearl, R. L., Pinkasavage, E., Tronieri, J. S., Wadden, T. A. & Walsh, O. A. 2018. Short- and Long-Term Changes in Health- Related Quality of Life with Weight Loss: Results from a Randomized Controlled Trial. Viitattu 14.11.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5970047/>

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2020. Viitattu 18.5.2020. [http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?\\_t=1578480382](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382)

Angle, S. 2015. Psykkiset voimavarat ja painonhallinta. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Borg, P. & Heinonen, O. 2014. Lihavuus: Liikunnan merkitys lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa. Viitattu 15.7.2020. <https://www-terveysportti-fi.lil-lukka.samk.fi/dtk/pit/koti>

European Patients' Academy. 2015. Physical health. Viitattu 10.5. <https://www.eu-pati.eu/glossary/physical-health/>

Hankonen, N. 2011. Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention: Influences of gender, socioeconomic status and personality. Tutkimus 51/2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuslaitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80159/963a2126-6b9b-497b-afc5-ff06de8c7322.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Hirvola, A. 2016. Turvallinen kaupunki. Viitattu 14.7.2020. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75153/SY\\_4\\_2016.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75153/SY_4_2016.pdf)

Huttunen, J. 2018. Mistä terveys syntyy. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.7.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00928](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00928)

Huttunen, J. 2018. Mitä terveys on. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.9.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903)

Ilmarinen, K., Kauppinen, T. M. & Karvonen, S. 2019. Asuinolot ja niiden alueellinen vaihtelu. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.9.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL\\_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jaakkola, T. 2016. Juokse, Hyppää, Heitä, Ota kiinni!. Jyväskylä: PS-kustannus

Janssen, MF., Birnie, E., Haagsma, JA., Gouke, J., Bonsel, GJ. 2008. Comparing the standard EQ-5D three-level system with a five-level version. Value Health 2, 275-281. [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(10\)60521-9/pdf?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301510605219%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(10)60521-9/pdf?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301510605219%3Fshowall%3Dtrue)

Jussila, A. 2018. Mikä ihmeen VESOTE?: Terveysliikuntauutiset 2018. UKK-instituutti. Viitattu 27.6.2020. <https://ukkinstituutti.fi/wp-content/uploads/2020/06/3609-Terveysliikuntauutiset-web.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Karvonen, S. 2019. Koetun hyvinvoinnin tila tunnuslukujen valossa. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.9.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL\\_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Karvonen, S., Kauppinen, T. M. & Ilmarinen, K. 2019. Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.9.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL\\_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137498/THL_Suomalaisten%20hyvinvointi%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kaukua, J. 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 122, 1215–1224. Viitattu 7.5.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95739>

Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uusitala, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012. Työterveyslaitos. Viitattu 14.9.2020. <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>

Keltikangas-Järvinen, L. 1994. Hyvä itsetunto. Helsinki: WSOY

Kivimäki, S. & Toropainen, E. 2017. Liikuntaneuvonta osana elintapaneuvontaa: Terveysliikuntauutiset 2017. UKK-instituutti. Viitattu 27.6.2020. <https://ukkinstituutti.fi/wp-content/uploads/2020/06/2996-terveysliikuntauutiset2017.pdf>

Kokko, K. 2010. Psyykkinen hyvinvointi. Teoksessa Pulkkinen, L. & Kokko, K (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352. Viitattu 5.11.2020. [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika\\_elamanvaiheena.pdf](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf)

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K., Jääskeläinen, T., Koskela, T. & Koskinen, S. 2019. Kansallinen FinTerveys- tutkimus. Viitattu 30.9.2020. <http://www.terveytemme.fi/finterveys/>

Korpilahti, U. 2013. Terveysportti. Toimia-tietokanta. EQ-5D. Viitattu: 2.4.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Korpilahti, U. 2013. Terveysportti. Toimia-tietokanta. Euro-HIS-8- elämänlaatumittari. Viitattu: 2.4.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Koskinen, S., Aalto, A., Luoma, M-L. & Saarni, S. 2018. Elämänlaatu. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa- FinTerveys 2017- tutkimus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 5.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Käypä hoito www-sivut. 2020. Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Viitattu 6.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50124>

Lehtimäki, S. 2020. Toiminnanjohtaja, Satakunnan Sydänpiiri. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 6.4.2020.

Lehtimäki, S., Toivola, J. & Saari-Hannibal, T. 2019. Verkkopuntarilla pysyviin muutoksiin. Viitattu 9.7.2020. [https://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntanyt/aihe/terveysliikuntauutiset/881/verkkopuntarilla\\_tukea\\_pysyviin\\_elintapamuutoksiin](https://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntanyt/aihe/terveysliikuntauutiset/881/verkkopuntarilla_tukea_pysyviin_elintapamuutoksiin)

Loman, T. 2016. Sosioekonominen asema ja muutokset- ruokatottumukset, liikunta ja paino. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53, 82–85.

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: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 7.3.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Majaluoma, S., Seppälä, T., Korhonen, P. 2021. Ylipainon ja lihavuuden elintapahoito – verkossa vai kasvotusten? SydänPORTAAT-tutkimus. Lääkärilehti 1/2021, 17–19.

<https://edockerfiles.com/80ae702e-67b5-11eb-8e2a-00155d64030a/#/article/16/page/1-1#19>

Martelin, T., Nieminen, T., Sainio, P., Koskinen, S. & Tiikkainen, P. 2018. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa- FinTerveys 2017- tutkimus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 5.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Metsäpelto, R-L., Polet, J., Kokko, K., Rantanen, J., Kinnunen, M-L., Pitkänen, T., Lyyra, A-L. & Pulkkinen, L. 2010. Tutkimuksen toteutus. Teoksessa Pulkkinen, L. & Kokko, K (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352. Viitattu 5.11.2020. [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika\\_elamanvaiheena.pdf](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf)

Mustajoki, P. 2020. Laihtuminen ilman syytä. Viitattu 9.11.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00037](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00037)

Mustajoki, P. 2006. Lihava potilas lääkärin vastaanotolla. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 122 (10), 1256–1260. Viitattu 24.1.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95742>

Mustajoki, P. 2019. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 17.7.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00042](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042)

Mustajoki, P. 2019. Liikunta ja painonhallinta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 17.7.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01005&p\\_hakusana=painonhallinta](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01005&p_hakusana=painonhallinta)

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino: Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: kustannus Oy Duodecim.

Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyyppä M. T., Alanen, E. & Koskinen, S. 2013. Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. Viitattu 30.9.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722011/>

Parikka, S. Pentala-Nikulainen, O. Koskela, T. Kilpeläinen, H. Ikonen, J. Aalto, A-M. Muuri, A. Koskinen, S. & Lounamaa, A. 2019. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Viitattu 30.9.2020. <http://www.terveytemme.fi/finsote/alueet2018/hyvinvointi.html>

Perkiö- Mäkelä, M. & Hirvonen, M. 2013. TYÖ JA TERVEYS- haastattelututkimus 2012. Viitattu 15.1.2021. <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/Tyo-ja-terveys-haastattelututkimus-2012-taulukkoraportti.pdf>

Petäjäaho, P. 2018. Elämäntapamuutos verkkopohjaisen, hyväksymis- ja omistautumisperustaisen intervention aikana. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 13.07.2020.



<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/59916/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201810244506.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Puciato, D., Borysiuk, Z. & Rozpara, M. 2017. Quality of life and physical activity in an older working-age population. Viitattu 2.7.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634394/#b34-cia-12-1627>

Pulkkinen, L. & Polet, J. 2010. Tyydytystä ja huolta aiheuttavat asiat elämässä. Teoksessa Pulkkinen, L. & Kokko, K (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352. Viitattu 5.11.2020. [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika\\_elamanvaiheena.pdf](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf)

Puska, A. 2015. Verkkopuntari-ohjelma ohjaajien kokemana. Viitattu 13.5.2020. <https://www.verkkopuntari.fi/wp-content/uploads/2020/08/Verkkopuntari-ohjelma-ohjaajien-kokemana-tutkimusraportti.pdf>

Saarni, S., Luoma, M., Koskinen, S. & Vaarama, M. 2011. Elämänlaatu. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012. Viitattu 16.1.2021. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saikkku, P., Kestilä, L. & Karvonen, S. 2014. Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehityksessä. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu: 1.4.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL\\_TEE022\\_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sainio, P., Stenholm, S., Valkeinen, H., Vaara, M., Heliövaara, M. & Koskinen, S. 2018. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa-FinTerveys 2017- tutkimus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 5.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Schreiber, K. 2016. What does body positivity actually mean? Psychology today. Viitattu 20.2.2021. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-truth-about-exercise-addiction/201608/what-does-body-positivity-actually-mean>

Rask, S., Luoma, M-L., Solovieva, N. & Koskinen, S. 2012. Sosiaalinen hyvinvointi. Teoksessa Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalilais- ja kurdi-taustaisista Suomessa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 61/2012. Viitattu 15.1.2021. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL\\_RAP2012\\_061\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Solin, P., Partonen, T., Suvisaari, J., Tamminen, N. & Viertiö, S. 2018. Psykykinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys. Teoksessa Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (toim.) Terveys, toimintakyky ja

hyvinvointi Suomessa- FinTerveys 2017- tutkimus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 5.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap\\_4\\_2018\\_FinTerveys\\_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos www-sivut. 2019. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH). Viitattu 30.9.2020. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finsote-tutkimus/aiemmat-tutkimukset/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath->

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2019. Lihavuus. Viitattu 5.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2020. Painonhallinta. Viitattu 27.2.2021. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/lihavuus/painonhallinta>

Terveyskylän www-sivut. 2019. Ylipaino ja lihavuus. Viitattu 24.1.2021. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/raskaus-ja-synnytys/raskauden-tuomat-muutokset-ja-yleiset-huolenaiheet/ylipaino-ja-lihavuus>

Tiikkainen, P. & Pynnönen, K. 2018. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Toimia-tietokanta. Viitattu: 9.5.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132198/18\\_Sosiaalisen%20toimintakyvyn%20arviointi%20ja%20mittaaminen%20vaestotutkimuksessa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132198/18_Sosiaalisen%20toimintakyvyn%20arviointi%20ja%20mittaaminen%20vaestotutkimuksessa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Tourula, M. & Rautio, A. 2014. Terveyttä luonnosta. Viitattu 14.7.2020. [https://www.oulu.fi/sites/default/files/content/Terveyttä\\_luonnosta.pdf](https://www.oulu.fi/sites/default/files/content/Terveyttä_luonnosta.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki 2013. Viitattu 5.3.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

UKK-instituutin www-sivut. 2020. Kävely on tehokasta liikuntaa ja monipuolinen terveyspommi. Viitattu 3.2.2020. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikuntalajit-ja-liikkumismuodot/kavely/>

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. Johdanto. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 13.8.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S. 2010. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 13.8.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vainiola, P. 2014. Measuring health-related quality of life (HRQoL) and quality-adjusted life years (QALY) in the critical care setting. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Viitattu 2.12.2020. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45021/vainiola\\_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/45021/vainiola_dissertation.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Verkkopuntarin www-sivut. N.d. Valmennukset. Viitattu 11.10.2020. <https://www.verkkopuntari.fi/valmennukset/>

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ympäristökin vaikuttaa terveyteen. 2000. Stakesin ideakortti 1/2000. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Viitattu 9.7.2020. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77321/ideakortti1\\_00.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77321/ideakortti1_00.pdf?sequence=1)

World Health Organization. 2014. Basic documents. Viitattu 7.5.2020. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>

World Health Organization. N.d. Health statistics and information systems. Viitattu 1.4.2020. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

World Health Organization. 2005. Promoting mental health. Viitattu 10.5.2020. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)

# LIITE 1

Taulukko 6. EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastaukset frekvensseinä alkumittauksessa (N=99).

|  | Erittäin huono | Huono  | Ei hyvä eikä huono | Hyvä   | Erittäin hyvä |
|--|----------------|--------|--------------------|--------|---------------|
| 1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?  | (n=0)          | (n=2)  | (n=23)             | (n=62) | (n=12)        |
| 2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?                                      | (n=1)          | (n=12) | (n=20)             | (n=60) | (n=6)         |
| 3.Onko teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?                  | (n=0)          | (n=9)  | (n=8)              | (n=65) | (n=17)        |
| 4.Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?                             | (n=1)          | (n=12) | (n=18)             | (n=64) | (n=4)         |
| 5.Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminnoistanne? | (n=0)          | (n=5)  | (n=12)             | (n=62) | (n=20)        |
| 6.Kuinka tyytyväinen olette itseenne?  | (n=0)          | (n=2)  | (n=6)              | (n=49) | (n=42)        |
| 7.Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne                                  | (n=0)          | (n=8)  | (n=20)             | (n=49) | (n=22)        |
| 8.Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?                       | (n=1)          | (n=6)  | (n=24)             | (n=36) | (n=32)        |

Taulukko 7. EuroHIS-8-elämänlaatumittarin vastaukset frekvensseinä loppumittauksessa (N=99).

|  | Erittäin<br>huono | Huono  | Ei hyvä<br>eikä huono | Hyvä       | Erittäin<br>hyvä |
|--|-------------------|--------|-----------------------|------------|------------------|
| 1.Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?  | (n=0)             | (n=2)  | (n=20)                | (n=61<br>) | (n=16)           |
| 2.Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?                                      | (n=1)             | (n=14) | (n=12)                | (n=62<br>) | (n=10)           |
| 3.Onko teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämään varten?                    | (n=0)             | (n=7)  | (n=11)                | (n=56<br>) | (n=25)           |
| 4.Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?                             | (n=0)             | (n=6)  | (n=26)                | (n=64<br>) | (n=3)            |
| 5.Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toiminnoistanne? | (n=1)             | (n=4)  | (n=14)                | (n=62<br>) | (n=18)           |
| 6.Kuinka tyytyväinen olette itseenne?  | (n=0)             | (n=3)  | (n=4)                 | (n=52<br>) | (n=40)           |
| 7.Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne                                  | (n=0)             | (n=6)  | (n=24)                | (n=38<br>) | (n=31)           |
| 8.Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?                       | (n=1)             | (n=5)  | (n=20)                | (n=29<br>) | (n=44)           |

Taulukko 8. EQ-5D- elämänlaatumittarin vastaukset frekvensseinä alkumittauksissa (N=99).

|  |      |
|--|------|
| Liikkuminen  | f    |
| Minulla ei ole vaikeuksia kävelemisessä.                                       | n=98 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia kävelemisessä.                             | n=0  |
| Olen vuoteen omana.  | n=1  |
|  |      |
| Itsestään huolehtiminen  | f    |
| Minulla ei ole vaikeuksia huolehtia itsestäni.                                 | n=99 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse.                | n=0  |
| En kykene peseytymään tai pukeutumaan itse.                                    | n=0  |
|  |      |
| Tavanomaiset toiminnot esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot | f    |
| Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.                 | n=99 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.       | n=0  |
| En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani.                              | n=0  |
|  |      |
| Kivut/vaivat   | f    |
| Minulla ei ole kipuja tai vaivoja.   | n=98 |
| Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja.                                     | n=1  |
| Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja.   | n=0  |
|  |      |
| Ahdistuneisuus/masennus  | f    |
| En ole ahdistunut tai masentunut.  | n=99 |
| Olen melko ahdistunut tai masentunut.  | n=0  |
| Olen erittäin ahdistunut tai masentunut  | n=0  |

Taulukko 9. EQ-5D- elämänlaatumittarin vastaukset frekvensseinä loppumittauksissa (N=99).

|  |      |
|--|------|
| Liikkuminen  | f    |
| Minulla ei ole vaikeuksia kävelemisessä.                                       | n=99 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia kävelemisessä.                             | n=0  |
| Olen vuoteen omana.  | n=0  |
|  |      |
| Itsestään huolehtiminen  | f    |
| Minulla ei ole vaikeuksia huolehtia itsestäni.                                 | n=99 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia peseytyä tai pukeutua itse.                | n=0  |
| En kykene peseytymään tai pukeutumaan itse.                                    | n=0  |
|  |      |
| Tavanomaiset toiminnot esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot | f    |
| Minulla ei ole vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.                 | n=98 |
| Minulla on jonkin verran vaikeuksia suorittaa tavanomaisia toimintojani.       | n=1  |
| En kykene suorittamaan tavanomaisia toimintojani.                              | n=0  |
|  |      |
| Kivut/vaivat   | f    |
| Minulla ei ole kipuja tai vaivoja.   | n=98 |
| Minulla on kohtalaisia kipuja tai vaivoja.                                     | n=1  |
| Minulla on ankaria kipuja tai vaivoja.   | n=0  |
|  |      |
| Ahdistuneisuus/masennus  | f    |
| En ole ahdistunut tai masentunut.  | n=99 |
| Olen melko ahdistunut tai masentunut.  | n=0  |
| Olen erittäin ahdistunut tai masentunut  | n=0  |