

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Kirsi Buddas

ELINTAPARYHMÄN KEHITTÄMINEN LOVIISAN TERVEYSKESKUKSESSA

Opinnäytetyö 2013

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Buddas, Kirsi	Elintaparyhmän kehittäminen Loviisan terveyskeskuksessa
Opinnäytetyö	68 sivua + 6 liitesivua
Työn ohjaaja	Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Toimeksiantaja	Loviisan kaupungin terveyskeskus
Maaliskuu 2013	
Avainsanat	toimintatutkimus, muutosvaihemalli, tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy, havainnointi, sisällönanalyysi, haastattelu

Lisääntyvä tyypin 2 diabetekseen uhka vaatii ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä perusterveydenhuollon organisaatiolta, jotta resurssien riittävyys jatkossa voidaan taata. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda toimiva ryhmämalli elintapaohjaukseen Loviisan terveyskeskuksessa. Aluksi käynnistettiin yhteistyötä vapaa-aikatoimen kanssa, mutta toimintaa ei saatu kunnolla käyntiin. Ohjaajat osallistuivat HUS:n terveyden edistämisen yksikön kustantamana Pieni Päätös Päivässä – ohjaajakoulutukseen. Ensimmäinen ryhmä käynnistyi maaliskuussa 2012. Toista ryhmää varten tapaamisia vähennettiin ja ohjelman sisältöä muokattiin. Kolmanteen ryhmään valittiin aiemmista poiketen eläkeläisiä.

Ryhmän ohjaaja piti havainnointipäiväkirjaa ryhmän tapaamisista. Sen lisäksi muita ryhmien ohjaajia haastateltiin avoimella haastattelulla. Näiden lisäksi ryhmäläisiä pyydettiin kirjoittamaan palautetta siitä, miten ryhmän sisältö oli vastannut tarpeita, millaisia muutoksia oli tehnyt ruokavaliossa ja liikunnassa ryhmän aikana, oliko tietoa saanut tarpeeksi sekä millainen motivaatio oli muutosten jatkamiseen. Päiväkirja ja kirjoitukset analysoitiin sisällönanalyysillä, avoimet haastattelut olivat lähinnä keskusteluja ohjaajien kesken.

Tulosten mukaan elintapaohjaus sopii ryhmälle hyvin ja ryhmän antama tuki ja kannustus lisäävät motivaatiota ja auttavat muutosvaiheissa. Loviisan terveyskeskukseen saatiin luotua toimiva elintapaohjauksen ryhmämalli.

## SUMMARY

Kyminlaakso University of Applied Sciences

Degree Programme in Health Promotion, Master of Health Care/Social Services

Buddas Kirsi	Developing a group model for lifestyle guidance at Loviisa Health-Care-Center
Master thesis	68 pages + 6 appendix pages
Tutor	Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal lecturer
Mandator	Loviisa Health-Care-Center
March 2013	
Key words	Action Research, Model of Changes, preventing type 2 diabetes, observation, content analysis, interview

Increasing threat of type 2 diabetes requires public health care organization's prevention to guarantee resources in the future.

The aim of the study was to create a functional group model for lifestyle guidance for the health-care-center in Loviisa. Co-operation with the local Recreation Division was started in the beginning, but the action started poorly. Leaders took part in Pieni Päätös Päivässä –education (a little decision a day) that was organized by the unit of Health promotion at HUS. The first group started on March 2012. The number of the meetings was decreased and the agenda of the group was changed for the second group. Only retired people were chosen into the third group.

The leader of the group kept a observation diary on group meetings. In addition to that, leaders of other groups were interviewed by an open interview. Group participants were asked to write feedback of how the content of the group answered to their needs and what kind of changes they had done on their diet and exercises during the group. They were also asked if they had got enough information and what was their motivation to continue living according to the changes. The diary and participants answers were analyzed by content analysis - open interviews were mostly discussions among the leaders.

Results show that lifestyle guidance is suitable for the group. Support and encourage of the group increases motivation and helps during the change process. It was possible to create a functional group model for the lifestyle guidance at Loviisa Health-Care-Center.

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ	8
3	MUUTOSVAIHEMALLI	11
4	KEHITTÄMISTYÖN KÄYNNISTÄMINEN	16
	2013/4	18
5	TERVEYDEN SUURIMMAT UHAT YLEENSÄ JA RYHMÄÄN OSALLISTUVALLA	19
	5.1 Ylipaino	19
	5.2 Metabolinen oireyhtymä, MBO	20
	5.3 Diabetes	21
6	ELINTAPOHJAUKSEN TAVOITTEET	23
7	RYHMÄNEUVONTA	24
8	TEORIAPOHJAA ELINTAPOHJAUKSEN OSA-ALUEISIIN	26
	8.1 Liikunta	26
	8.2 Liikkumisresepti	29
	8.3 Ravinto	30
9	RYHMÄTILANTEIDEN KÄYNNISTÄMINEN - HAVAINNOINTI	33
	9.1 Havainnointi	33
	9.2 Ryhmän käynnistäminen	35
	9.3 Painonhallinnan haasteellisuus, ylipainon merkitys terveydelle	36
	9.4 Terveellisen syömisen perusteet	37
	9.5 Syömisen hallinta	39
	9.6 Oman painonhallintasuunnitelman teko	41
	9.7 Repsahdusten hallinta	43
	9.8 Seuranta	45

10 HAASTATTELUT	45
10.1 Ryhmän käynnistäminen	46
10.2 Toinen välipalaveri	47
10.3 Kolmas välipalaveri	47
10.4 Seurantakäynnin suunnittelu	48
11 SISÄLLÖNANALYYSI	48
11.1 Motivaatio	51
11.2 Tiedollinen sisältö ja ryhmän tuki	52
11.3 Muutoksen arviointi	55
12 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	55
13 KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS	57
13.1 Historiallinen jatkuvuus	58
13.2 Reflektiivisyys	59
13.3 Dialektisuus	60
13.4 Toimivuus	61
13.5 Havahduttavuus	61
14 POHDINTA	62
LÄHTEET	
Liitteet	69

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Loviisan terveyskeskuksen elintaparyhmän toimintamalli

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Diabetesta sairastaa noin puoli miljoonaa suomalaista, ja sairaus yleistyy nopeasti. Varsinkin tyypin 2 diabetes lisääntyy kaikissa ikäryhmissä perinnöllisen alttiuden ja elintapojen yhteisvaikutuksesta, mutta myös tyypin 1 diabetesta esiintyy vuosi vuodelta enemmän. Arvioidaan, että tyypin 2 diabetesta sairastaa tietämättään 200 000 suomalaista (Reunanen 2006,6, diabetesliitto.)

Hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelman tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Vaikuttamalla keskeisiin kansansairauksien syihin voidaan hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia huomattavia kustannuksia. Työikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja vahvistaminen osaltaan nostaa työllisyysastetta. Politiikkaohjelman yhteiskunnalliset vaikuttavuustavoitteiden osa-alueet ovat terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen, kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen (lasten ja nuorten sekä työikäisen väestön ylipainoisuuden vähentäminen, päihteiden käytön ja tupakoinnin vähentäminen), terveitä elämäntapavalintoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen. (Valtioneuvoston terveyden edistämisen politiikkaohjelma.)

Elintavat, kuten ravinto ja liikunta, ovat terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyyn kannalta avainasemassa. Terveellisellä ravinnolla ja riittäväällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan tehokkaasti ehkäistä monia sairauksia ja samalla lisätä toimintakykyä ja parantaa koettua terveyttä. Erittäin ajankohtaista on ravinnon ja fyysisen aktiivisuuden keskeinen merkitys voimakkaasti yleistyvien lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista 2008,6.)

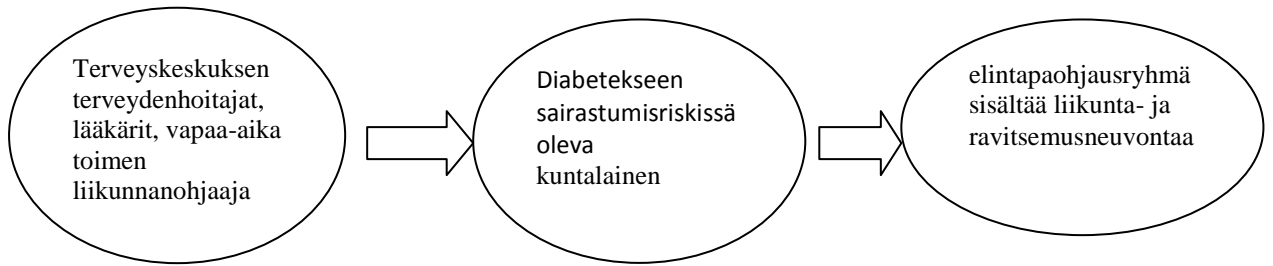
DEHKO on diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma, jolle perustuu diabeteksen hoidon järjestäminen Suomessa v. 2000–2010 (Diabetesliitto 2000). DEHKO:n koordinoijana toimii diabetesliitto ja ohjelmaa toteutetaan yhteistyössä

terveydenhuollon päättäjien ja toimijoiden kanssa. Suomen sydänliitto on tärkeänä yhteistyökumppanina. Ohjelman päätavoite on tyypin 2 diabeteksen järjestelmällinen ehkäisy. Tavoitteena on myös sopia toimenpiteistä, joilla voidaan vähentää tyypin 2 diabeetikoiden vaaraa sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. DEHKO tähtää hoitoorganisaatioiden ja diabeteksen hoidon laadun kehittämiseen niin, että tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikoiden hoitotasapainot korjaantuvat, diabeteksen lisäsairaudet vähenevät ja diabeetikoiden hoitotyytyväisyys lisääntyy. Diabeetikoiden terveyden kannalta oleellista on oikeantyyppinen ruokavalio, säännöllinen liikunta ja tupakoimattomuus. Tarkoitus on tehostaa tyypin 2 diabeteksen lääkkeettömiä hoitomuotoja. (Diabetesliitto.)

Loviisan alueella tapahtui kuntaliitos vuoden 2010 alussa, jolloin alueen neljä kuntaa, Liljendal, Loviisa, Pernaja ja Ruotsinpyhtää yhdistyivät uudeksi Loviisan kaupungiksi. Lapinjärven kunta jäi kuntaliitoksen ulkopuolelle, kuitenkin yhteistoiminta-alueeksi. Loviisanseudun terveydenhuollon kuntayhtymä lakkautettiin ja kuntayhtymän työntekijät siirtyivät Loviisan kaupungin työntekijöiksi.

Loviisan terveyskeskuksessa tehdään sektorikohtaisesti työtä. Uuden organisaation mukaisesti myös terveyskeskuksessa tehdään työtä prosessien mukaisen jaon perusteella. Opinnäytetyön tekijä toimii esimiehenä työikäisten kroonisten sairauksien prosessissa. Prosessin henkilökuntaan kuuluu vastaanottoavustajia, sairaanhoitajia sekä terveydenhoitajia. Terveyskeskuksessa työllistävät eniten diabeetikot. Elintapaohjausta diabeteksen ehkäisyyn ryhmätoimintana olemme suunnitelleet aloitettavaksi ja osin jo toteuttaneekin, mutta selkeä malli vielä puuttuu. Tällä hetkellä annamme ohjausta ja neuvontaa diabetekseen jo sairastuneille pääasiassa yksilöohjauksena hoitajan vastaanotolla. Diabetekseen sairastumisriskissä oleville meillä on tarjota kertaluonteinen ohjaus- ja neuvontatapaaminen terveydenhoitajan vastaanotolla sekä sovittu seuranta asiakkaan tarpeen mukaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda malli elinrapaneuvontaan ryhmässä. Ryhmä on tarkoitettu etupäässä diabetekseen sairastumisriskissä olevalle ylipainoiselle kuntalaiselle, joka on motivoitunut elintapamuutoksiin ryhmän tuella. Tavoitteena on saada aikaan tämän ryhmän avulla pysyviä elintapamuutoksia, joilla on diabeteksen puhkeamista estävä tai lykkäävä vaikutus.



Kuva 1. Opinnäytetyön toimijat

## 2 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ

Toimintatutkimus on lähestymistapa, jolla tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi, tutkitaan ihmisen toimintaa ja kehitetään käytäntöjä entistä paremmiksi järkeä käyttämällä. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Pienimuotoisillaan se on oman työn kehittämistä. Toimintatutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu etenkin sosiaaliseen, vuorovaikutukseen pohjautuvaan toimintaan. Toimintatutkimuksellisessa lähestymistavassa otetaan huomioon ihmisten välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistäminen, muiden tehtävät, koko organisaatio sekä toimintaympäristö. Toiminnan laajuuden mukaan toimintatutkimus voidaan jakaa seuraaviin analyysitasoihin: yksilö, ryhmä, ryhmien väliset suhteet, organisaatio ja alueellinen verkosto. (Heikkinen, Rovio ja Syrjälä 2007, 16–18; Heikkinen 2010, 214–215.)

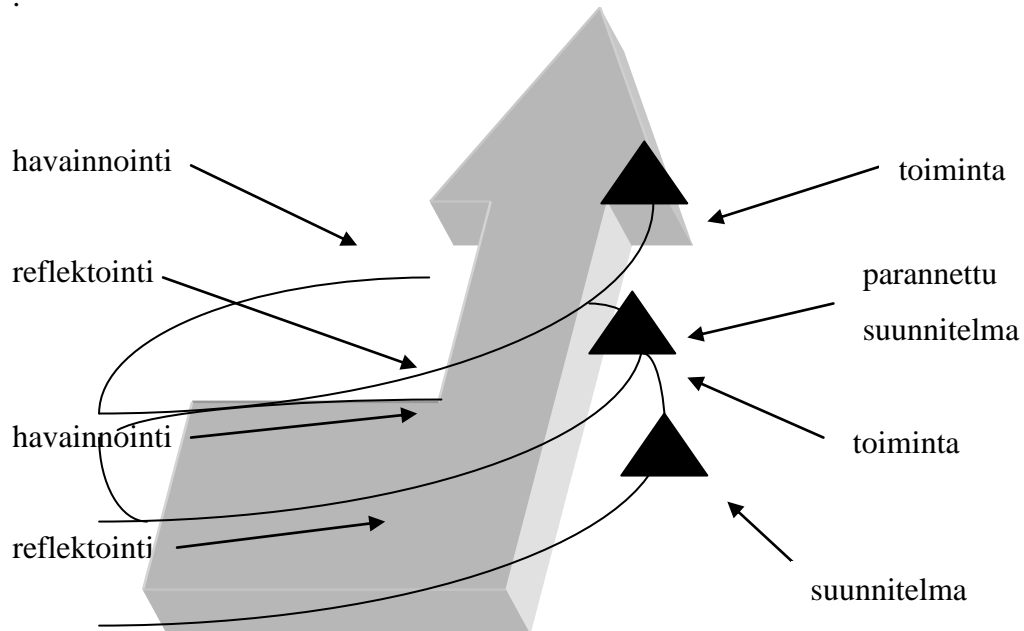
Toimintatutkimuksen tieteellinen perusta yhdistetään kriittiseen yhteiskuntatieteeseen 1920-luvun Saksassa. Tavoitteena oli kehittää vaihtoehtoja positivistiselle tutkimusperinteelle sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä lisäämällä tutkimuksen avulla tietoisuutta yhteiskunnallisista rakenteista ja toiminnoista. Haluttiin myös paljastaa asenteellisia ja uskomuksellisia harhoja. Haluttiin ihmisten rohkaistuvan toimintaympäristönsä kriittiseen tarkkailuun, tiedostamaan muutoksen tarpeet ja toimimaan muutoksen aikaansaamiseksi. Menetelmänä toimintatutkimusta alkoi kehittää Kurt Lewin. Hän oivalsi, että muutos edellyttää yhteistoimintaa, ryhmäpäättöksiä ja teorian ja käytännön välistä dialogia. Keskeisesti kriittisen teorian



kehittymiseen on vaikuttanut 1970-luvulta lähtien Jürgen Habermas, joka on esittänyt kolme erilaista lähestymistapaa tiedollisen intressin tutkimiseksi ja todellisuuden ymmärtämiseksi. Lähestymistavat ovat tekninen, käytännöllinen ja tiedostava. Tekninen tiedonintressi suuntautuu päämäärään ja kohdistuu tiedon testaamiseen ja kontrolliin, joka liittyy positivismin ja empiiris-analyyttiseen tutkimukseen. Käytännöllinen tiedonintressi on kiinnostunut sosiaalisen elämän ymmärtämisestä ja tulkitsemisesta ihmisten kokemusten kautta, johon parhaiten liittyy fenomenologiseen ja historiallis-hermeneuttiseen tieteenfilosofiseen suuntaukseen sekä tulkitsevaan ja ymmärtävään tutkimukseen. Tiedostava tiedonintressi pyrkii yhdistämään molempien edellä mainittujen lähestymistapoja ja menetelmiä. (Heikkinen ym. 2007, 43–46; Lauri 1998, 114–115.)

Toimintatutkimus tavoittelee käytännön hyötyä, käyttökelpoista tietoa, jolloin toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden tutkimuskohteeseensa tarkoituksellisen muutokseen tähtäävän väliintulon, intervention. Toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija, joka pyrkii valamaan uskoa ihmisten omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin voimaannuttamalla tai valtauttamalla (empower) heitä. Keskeinen piirre toimintatutkimuksessa on pyrkimys reflektiiviseen ajatteluun ja sen kautta ja avulla toiminnan parantamiseen. Toimintatutkimus hahmotellaan itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan. (Heikkinen ym. 2007, 19–21; Heikkinen, Huttunen ja Moilanen 1999, 36–39; Heikkinen 2010, 219–222.) Toimintatutkimuksen perusolettamuksena on, että oppiminen on luonteeltaan kokemuksellinen ja reflektioiva prosessi. Toimintaa voidaan kehittää vähitellen ja usean vaiheen kautta niin, että toiminta etenee suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin kautta. Suunnittelussa luodaan ja jäsennetään uusia toimintamalleja, jotka sitten viedään käytännön toimintaan. Käytännön vaiheessa havainnoidaan sosiaalisissa tilanteissa toimintamallien sopimista käytännön työhön ja vuorovaikutustilanteisiin. Reflektoinnissa yhteisesti pohditaan, oliko toimintamalli toimiva, millaisia muutoksia olisi hyvä tehdä ja arvioidaan onnistumista. Tämän arvioinnin perusteella tehdään tarvittaessa muutoksia toimintamalliin ja jatketaan kehittämistyötä. (Heikkinen ym. 2007, 33–35; Heikkinen ym. 1999, 66–67.)

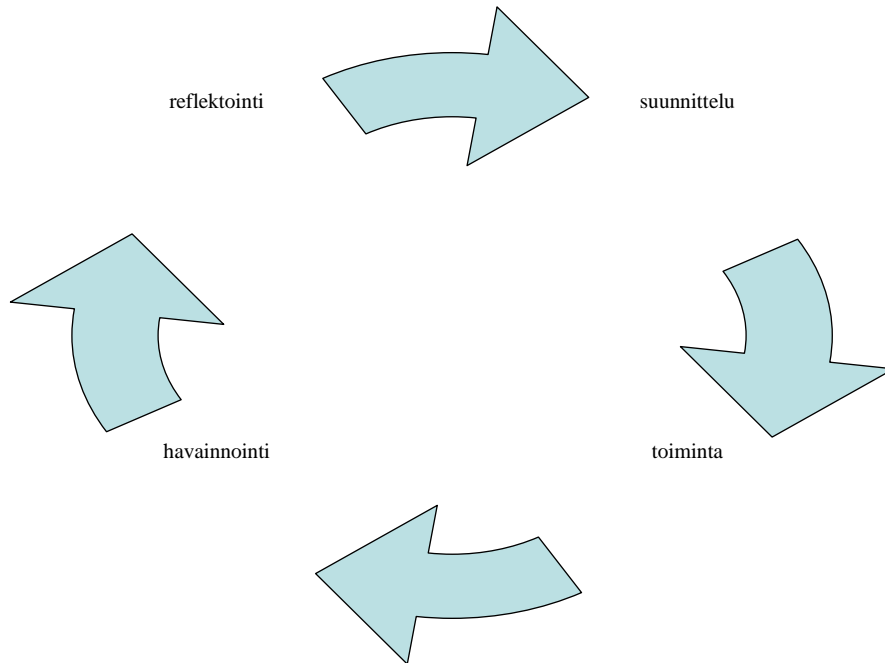
Kehästä syntyy etenevä spiraali, kun syklejä asetellaan peräkkäin. Spiraali kuvaa toiminnan ja ajattelun liittyvän toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektoinnin ja uudelleensuunnittelun sykleinä. (Heikkinen ym. 2007, 19–21; Heikkinen ym. 1999; 36–39, Heikkinen 2010, 219–222.)



Kuva 2. Toimintatutkimuksen spiraali (mukaillen Heikkinen ym. 1999, 37)

Toimintatutkimuksessa suunnitelmavaiheessa lähdetään ideoimaan ja luomaan uutta toimintamallia. Kun suunnitelma on saatu hahmoteltua, ryhdytään toimimaan sen mukaisesti. Perusolettamuksena toimintatutkimuksessa on, että oppiminen on luonteeltaan kokemuksellinen ja arvioitavissa oleva prosessi, jossa kehittäminen tapahtuu vähitellen ja usean vaiheen kautta. Vaiheet eivät kuitenkaan etene useinkaan järjestyksessä vaan eri vaiheiden sykleissä limittyen toisiinsa, välillä jopa päällekkäin toistensa kanssa. Tutkijan tehtävänä on ohjata toimintatapojen, toiminnan ja muutoksen suuntaa. Toiminnan ohjaus, jotta saadaan muutosta aikaan ihmisen toiminnassa, edellyttää, että ihminen tulee tietoiseksi omasta toiminnastaan ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa niihin. (Heikkinen ym. 1999, 66–68, 90–92; Vilka 2007, 70–72.) Täsmällistä tutkimussuunnitelmaa ei voida toimintatutkimuksessa kirjoittaa etukäteen. Tiedonhallintamenetelmiä ei voi myöskään kuvata tarkasti, mutta näiden suunnitelmien tekeminen on tärkeä vaihe, vaikka ne eivät toteutuisi sellaisenaan. Tutkimusongelmat muodostuvat vähitellen tutkimuksen edetessä.

Jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja reflektoinnissa syntyy uusia ongelmia, joihin tulee reagoida. Tärkein tutkimusongelma voi muodostua yllättäen kehittämistoiminnan aikana. (Heikkinen ym. 2007, 86–87.)



Kuva 3. Toimintatutkimuksen vaiheet (mukaillen Heikkinen ym. 2007, 37)

### 3 MUUTOSVAIHEMALLI

Elintapojen muuttaminen vaatii ihmiseltä tietoa ja motivaatiota sekä voimakasta tahtoa. Usein elintapoihin liittyvä käyttäytymisen muutos on pitkä prosessi. Prochaskan ja Norcrossin kehittämää muutosvaihemallia (Transtheoretic Model of Changes) on sovellettu useissa elämäntapamuutoksissa, kuten tupakoinnissa, alkoholin käytössä, ravitsemuksessa ja liikunnassa. Muutosvaihemallin vaiheet ovat esiharkinta, harkinta, päätöksenteko ja valmistelu, toiminta ja ylläpito. Muutosvaiheet kuvaavat yksilön ajattelua ja toimintaa suhteessa muutoksiin. Esiharkintavaiheessa henkilö ei tiedosta muutoksen tarvetta eikä hänellä ole aikomusta muuttaa toimintatapojaan. Harkintavaiheessa henkilö tiedostaa ongelmansa ja harkitsee

muutosta omaan tilanteeseensa. Henkilö saattaa myös arvioida muutoksen tuomia hyötyjä ja haittoja, mutta kokee ehkä hyödyt vielä haittoja vähäisimmiksi. Valmisteluvaiheessa henkilö suunnittelee muutoksia ja tekee ainakin päätöksen ryhtyä toimiin ongelmansa suhteen. Toimintavaiheessa toteutetaan konkreettisia päätöksiä. Ylläpitovaiheessa uusi toimintatapa on käytössä ja osa päivittäisiä rutiineja, jolloin henkilö on sitoutunut pysyviin muutoksiin elintavoissaan. Muutosprosessit liittyvät henkilön kokemuksiin ja käyttäytymiseen. Muutosprosessit ovat tiedostettuja tai tiedostamattomia, joita käytetään siirryttäessä vaiheesta toiseen. Ensimmäiset viisi liittyvät esiharkinta- ja harkintavaiheisiin, loput päätöksentekoon, toiminta- ja ylläpitovaiheisiin. Muutosprosessi etenee sykleittäin välillä eteen ja välillä takaisinpäin suuntautuen. Elintapamuutoksiin kuuluu oleellisesti repsahdukset. Ne eivät ole muutoksen jarruja vaan niiden avulla opitaan tunnistamaan muutosta vaikeuttavia tilanteita ja siten ne auttavat uuden toimintatavan omaksumisessa. (Virtanen 2008, 7; Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen ja Kasila 2004, 82; Alahuhta, Korhokangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs ja Laitinen 2009, 148; Alahuhta 2010, 34; Hyytinen & Roiha 2009, 13–14.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli on yhdistelmä useita teorioita ja terapiamuotoja. Mallin tarkoituksena on antaa näkemys siitä, kuinka asiakkaan elintapojen muutosprosessia voidaan tukea kokonaisvaltaisesti ottamalla huomioon muutosprosessin kaikki osatekijät. Yksilön valmius muutokseen on edellytys pysyvien muutosten aikaansaamiseksi. Elintapojen muutosprosessi on pitkäkestoinen ja vaiheittain etenevä. (Vähäsarja ym. 2004, 83; Turku 2007, 62.) Alahuhtan ym. (2009) mukaan muutosvaihemallissa alkuvaihetta kuvataan motivoitumisvaiheeksi, jolloin henkilö tulee tietoiseksi omasta käyttäytymisestään. Koetaan emotionaalisesti voimakkaana käyttäytymisen muutokseen liittyviä asioita. Tullaan myös tietoiseksi sekä oman ei-toivotun käyttäytymisen vaikutuksesta ympäristöönsä että oman sosiaalisen ympäristön merkityksestä omaan käyttäytymiseensä. Muutosprosessin loppupuolella henkilö välttää tietoisesti ei-toivottuja käyttäytymistilanteita. (Alahuhta ym. 2009, 148.) Hyytisen ja Roihan (2009) mukaan muutosvaihemalli soveltuu hyvin perusterveydenhuollon käyttöön työikäisen väestön elintapojen muutosprosessin tunnistamiseksi ja tukemiseksi (Hyytinen ym. 2009, 13).

Taulukko 1. Muutosvaiheet ja -prosessit sekä neuvontamenetelmät eri vaiheissa.  
(Mukailtu Vähäsarja ym. 2004, 83)

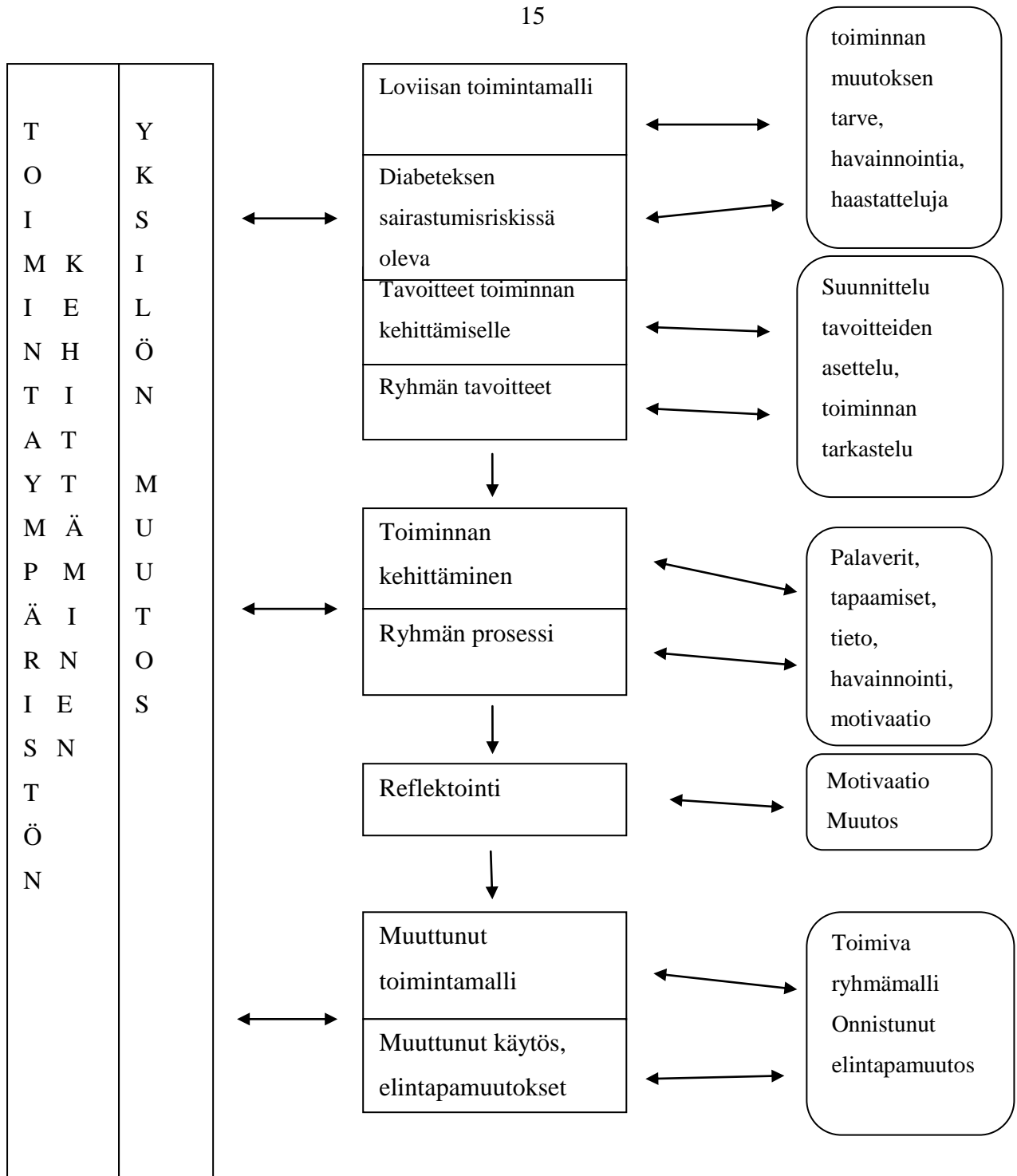
<i><b>Muutosvaihe</b></i>	<i><b>Vaiheen kuvaus</b></i>	<i><b>Muutosprosessit (1-5 kokemusperäiset) (6-10 toiminnalliset)</b></i>	<i><b>Neuvontamenetelmät</b></i>
<i><b>Esiharkinta</b></i>	Ei ole tietoinen muutostarpeesta, ei halua muuttaa käyttäytymistään tai ei usko pystyvänsä käyttäytymisen muutokseen	1 Tietoisuuden lisääntyminen  2 Itsensä uudelleenarviointi	Nykyisen tilanteen arviointi ja neutraali informaatio elintapamuutoksen merkityksestä
<i><b>Harkinta</b></i>	Tiedostaa muutostarpeen ja pohtii vakavasti muutosta. Ei kuitenkaan ole valmis vielä muuttamaan käyttäytymistään.	3 Ympäristön uudelleenarviointi  4 Dramaattinen apu (esim. toisen tai oma sairaskohtaus)	Muutoksen haitoista ja hyödyistä keskusteleminen (itselle ja läheisille) Esteiden kartoitus ja ongelmanratkaisukeinojen pohtiminen
<i><b>Valmistelu/ päätöksenteko</b></i>	Motivoitunut ja tekee jo pieniä muutoksia	5 Sosiaalinen vapautuminen  6 Ratkaisun tekeminen	Mahdollisuuksien ja sosiaalisen tuen kartoitus. Konkreettisten tavoitteiden asettaminen ja suunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa.
<i><b>Toiminta</b></i>	Panee toimeen muutospäätöksen ja sitoutuu siihen	7 Vaihtoehtoinen käyttäytyminen  8 Ärsykekontrolli	Positiivinen palaute ja kannustaminen. Repsahdusta edesauttavien tekijöiden kartoittaminen ja ennaltaehkäisy. Kehottaminen itsensä palkitsemiseen.
<i><b>Ylläpito</b></i>	On toteuttanut muutoksen pysyen siinä vähintään puoli vuotta	9 Vahvistaminen/palkitseminen  10 Auttavat ihmissuhteet	Kannustaminen ja motivointi

Tässä opinnäytetyössä käytetään toimintatutkimuksen metodeja kuvaamaan toimintaympäristön sekä muutosvaihemallia kuvaamaan yksilön muutosta. Opinnäytetyön tekijällä on erilaisia rooleja ja tähän työhön hän osallistuu tutkijana, ihmisenä sekä muutostavoitteiden aktivoijana. Tutkijan roolissa kerätään aineistoa tutkimusta varten havainnoimalla, ohjaamalla, suunnittelemalla sekä erilaisiin toiminnan kehittämiseen tähtäviin palaveriihin, kokouksiin osallistumalla. Tärkeää

on myös olla tutkimuksen aikana muutostavoitteinen ja muuta työyhteisöä aktivoiva. Aktivoijana pyritään saamaan tutkimuskohteen jäsenet osallisiksi muutos- ja tutkimusprosessiin. Muutosprosesseissa tutkija on mukana ihmisenä myötäeläen ja tarvittaessa ongelmatilanteissa auttaen. Muutosvaihemalli kuvaa yksilön muutosta elintapaprosessissa. Muutos tapahtuu yksilön omien voimavarojen puitteissa motivaation avulla. Motivaatio edellyttää tavoitetta tai päämäärää. Motivaatio voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Sisäinen ja ulkoinen motivaatio eivät ole vastakohtia, vaan esiintyvät usein yhtä aikaa. Ulkoiseen motivaatioon liittyy palkitseminen ulkoapäin ja se on usein lyhytkestoisempi kuin sisäinen motivaatio. Sisäiseen motivaatioon liittyy itsemääräämisoikeuden lisäksi pätevyyden ja kontrollin tunne, josta seuraa kiinnostus, mielihyvä ja tyytyväisyys. Toiminta voi alkaa ulkoisella motivaatiolla, joka mielenkiinnon ja onnistumisten kautta voi muuttua sisäiseksi motivaatioksi. (Vilka 2007, 70–71; Turku 2007, 31–43; Alahuhta 2010, 35.)

Elintapamuutoksissa jokainen asettaa omat tavoitteensa itse, mutta muutoksen tapahtuminen edellyttää luottamusta, keskinäistä yhteistyötä ja hyvää vuorovaikutusta. Elämäntapamuutokseen sitoutuminen edellyttää asenne- ja tunnetason työskentelyä, omien arvojen ja valintojen tutkimista. Tämän pohdinnan tuloksena syntyy muutostarve, joka mahdollistaa uuden tiedon soveltamisen omaan arkielämään. (Vilka 2007, 70–71; Turku 2007, 31–43; Alahuhta 2010, 35.)

Muutosvaihemallissa ohjaajan tehtävänä on tiedostaa taso, jolla kukin ryhmäläinen on. Parhaiten onnistutaan, kun ryhmäläinen on valmistelu- tai toimintavaiheessa. Ohjaajan tulee antaa tarpeellinen tieto muutoksen pohjaksi, kuunnella ja tukea sekä luoda positiivinen ilmapiiri. Ryhmässä olevien tulee itse tiedostaa oma muutostarpeensa elintapojen suhteen, ohjaajan tehtäväksi tulee kannustus, omien vahvuuksien vahvistaminen ja omaseurantaan ohjaaminen. (Alahuhta 2010, 68–72; Absetz ja Hankonen 2011, 2265–2270; Hyytinen ym. 2009, 13.)



Kuva 4. Opinnäytetyön viitekehys

#### 4 KEHITTÄMISTYÖN KÄYNNISTÄMINEN

Aloittaessani terveydenedistämisen opinnot oli mielessäni varsin kirkkaana visio toimivasta, elintapamuutoksiin tähtäävästä ryhmästä. Aloitimmekin yhdessä vapaa-aikatoimen kanssa liikuntapainotteisen elintaparyhmän keväällä 2010. Ensimmäinen ryhmä kokoontui iltapäivisin klo 15–17 välillä, vaikka suurin osa ryhmän osallistujista oli joko työttömiä tai eläkkeellä olijoita. Terveystoimittaja antoi ravintoneuvontaa yhden kerran ja kokemukset siitä olivat hyviä sekä ohjaajan että osallistujien mielestä. Ryhmä tosin toivoi enemmän ravintotietoutta, joten toisen ryhmän kanssa tätä toteutettiin.

Toinen ryhmä aloitti syksyllä 2010. Aikataulullisesti ryhmän kokoontumisajankohtaa muutettiin niin, että ryhmä aloitti jo klo 14. Muutaman työssäkäyvä ryhmäläinen pystyi osallistumisensa järjestämään myös tähän ajankohtaan. Ravintoaiheisia luentoja järjestettiin kaksi siten, että ensimmäinen piti sisällään syömisen perusajatuksia, kuten lautasmallin ja syömisen säännöllisyyteen ja toinen pureutui enemmän syömisen sisällön lisäksi mm. unen ja stressin vaikutukseen sekä motivaatioon.

Kolmas ryhmä aloitti keväällä 2011. Ryhmässä oli aluksi kahdeksan henkilöä. Muutaman jäätyä pois päätimme lopettaa tämän ryhmän kesken. Vapaa-aikatoimessa olleiden resurssiongelmien vuoksi emme aloittaneet uutta ryhmää syksyllä 2011. Oman kokemuksemme mukaan ryhmiin ei ollut helppo saada osallistujia, vaikka tämänkaltaista ryhmää oli usein toivottu ja kyselty. Ryhmissä mukaan olleet kokivat ryhmän hyväksi tavaksi opetella uusia elintapoja vaikka osa ryhmissä mukana olleista koki, etteivät omat fyysiset mahdollisuudet vastanneet ryhmässä tehtäviä asioita. Ryhmissä tapahtuneen ravintoneuvonnan ryhmien osallistujat kuitenkin totesivat hyödylliseksi ja motivoivaksi ja onnistuivat muutoksia jonkin verran tekemään ja niissä pysymään. Vapaa-aikatoimessa tapahtuneiden muutosten vuoksi sovimme keväällä 2012, että jätämme toistaiseksi ryhmän tauolle.

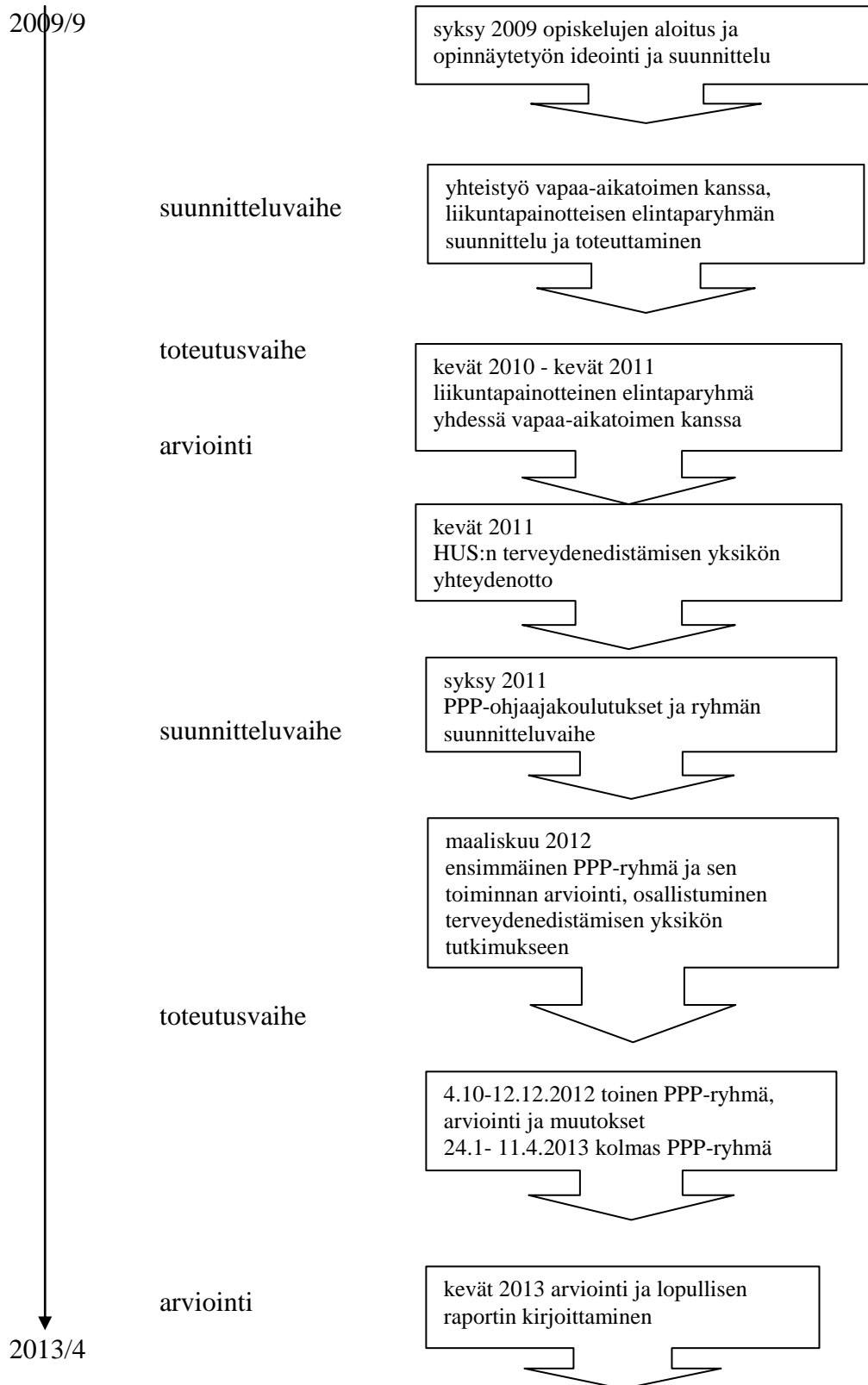
Keväällä 2011 HUS:n terveydenedistämisen yksiköstä otettiin yhteyttä painohallintaryhmien käynnistämiseksi. Heillä oli käynnistymässä tutkimus painohallintaryhmien tuloksellisuudesta ja tarjosivat meille mahdollisuutta tulla mukaan projektiin. Projektin kautta tarjottiin kahdelle terveystieteiden yksikölle



kuuluvalla PPP-painonhallintaohjaajakoulutusta ilmaiseksi, kunhan osallistumme terveydenedistämisen yksikön tutkimukseen. PPP, Pieni Päätös Päivässä, on sydän- ja diabetesliiton sekä KELAn kehittämä, työikäisille suunnattu ryhmäohjausohjelma elintapamuutoksiin. Kun koulutus maksaa liki 600 euroa/henkilö, tartuimme tilaisuuteen ja syksyllä 2011 terveydenhoitaja Kirsi Buddas ja fysioterapeutti Tina Carlsson kävivät ohjaajakoulutuksen. Ensimmäinen PPP-ryhmä käynnistyi maaliskuussa 2012 ja yllättäen sai suuren suosion; hakijoita oli liki 30, kun ryhmän maksimikooksi oli sovittu 16 henkeä. Hakijoista tehtiin kaksi ryhmää, koska osalla oli sen verran suuri painoindeksi (40–47), että katsottiin heidän tarvitsevan oman ryhmän. Tätä suuremman painoindeksi omaavaa ryhmää veti terveydenhoitaja, joka on aiemmin luotsannut painonhallintaryhmiä. Eläkeikäiset jätettiin kokonaan ryhmien ulkopuolelle, ja heille suositeltiin yksilöohjausta terveydenhoitajan vastaanotolla.

Syksyllä 2012 käynnistyi seuraava ryhmä. Ryhmän asiasisältöön tehtiin vähän muutoksia, suurin muutos koski käyntikertoja. Kun ensimmäinen ryhmä kokoontui kymmenen kertaa viikon välein, toinen ryhmä kokoontui ensin seitsemän kerta viikon välein sekä kuukauden, kahden ja kolmen kuluttua viimeisestä intensiivijakson tapaamisesta. Tähän päädyimme arvioidessamme ensimmäistä ryhmää ja sen sitoutumista; tuntui, että viimeisillä kerroilla ei uutta asiaa enää tullut ja sitoutuminen ryhmätapaamisiin heikkeni. Myös ryhmäläisten oma arviointi kallistui tähän suuntaan ja toivomuksena oli intensiivisempi tapaamisrytmi.

Kolmas ryhmä käynnistyi kevään 2013 alussa, ja siihen valitsimme poikkeuksellisesti eläkeikäisiä siten, että ikähaitari on 63–68 vuotta. Tämä sen vuoksi, että syksyn haussa tämän ikäryhmän hakijoita oli 14 eli yhden ryhmän verran ja koska yksilöohjaukseen ei tunnu resurssit kunnolla riittävän. Ryhmässä aloitti 13, joista kolme oli miehiä. Kolme lopetti kesken erinäisistä syistä ja kahdella tuntui olevan kovasti motivaation kanssa ongelmia. Näistä kahdesta kuitenkin toinen osallistui kaikkiin ryhmätapaamisiin ja tuntui saavan motivaation kohdalleen intensiivijakson loppuvaiheessa.



Kuva 5. Opinnäytetyön aikataulu

## 5 TERVEYDEN SUURIMMAT UHAT YLEENSÄ JA RYHMÄÄN OSALLISTUVALLA

Ylipaino, metabolinen oireyhtymä ja näiden seurauksena puhkeava tyypin 2 diabetes ovat terveyden suurimmat uhat koko väestössä. Terveyden edistämiseksi tärkeää olisi huomioida ennaltaehkäisy, johon on usein satsattu liian vähän resurssia. Pieni Päätös Päivässä – painohallintaryhmän tarkoituksena on parantaa ryhmään osallistuvien tietoisuutta ylipainon riskeistä, motivoida painonpudotukseen ja pysyviin elintapamuutoksiin. Ryhmään haetaan henkilöitä, joiden painoindeksi oli 30–35, joilla on motivaatiota aloittaa ryhmän tuella oma tiensä kohti parempaa terveyttä. Diabetesta jo sairastava hyötyy ryhmään osallistumisesta, kun tavoitteena on painonlasku ja pysyvät muutokset elintavoissa.

### 5.1 Ylipaino

Lihavuuden voi arvioida kahdella tavalla: painoindeksillä tai mittaamalla vyötärön ympärys. Kun painoindeksi on yli 25 tai vyötärönmitta ylittää miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm, voidaan puhua lihavuudesta. Painoindeksi (body mass index) lasketaan jakamalla paino metreinä ilmaistun pituuden neliöllä. Aikuisen normaalipainon yläraja on painoindeksillä ilmaistuna 25. Sen ylittyminen lisää monien sairauksien vaaraa. Liikapaino eli lihavuus alkaa painoindeksistä 25. Lievä lihavuus merkitsee painoindeksin aluetta 25–29,9 ja merkittävä lihavuus aluetta 30–34,9. Painoindeksi 35–39,9 tarkoittaa vaikeaa lihavuutta ja sairaalloinen lihavuus alkaa arvosta 40. (Aikuisen lihavuus 2007, 3-5.)

Lihavuus voi aiheuttaa monia sairauksia ja mitä enemmän on ylipainoa ja vyötärölihavuutta, sitä suurempi on sairastumisvaara. Mitä nuorempaan ylipaino on alkanut, sitä haitallisempaa se on. Lihavuuden aiheuttamia sairauksia ovat esimerkiksi tyypin 2 diabetes tai heikentynyt glukoosinsieto, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, häiriintyneet veren rasva-arvot (alentunut hyvän HDL-kolesterolin ja suurentunut triglyseridien pitoisuus), uniapnea, sepelvaltimotauti, aivoinfarkti ja -verenvuoto, kihti, polven nivelrikko, sappikivet ja rasvamaksa, astma ja eräät syöpät (rintasyöpä, kohdunrungon syöpä, paksusuolen syöpä ja munuaissyöpä). Lihavuus lisää myös kuolemanvaaraa vyötärönmitan ylittäessä miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm tai painoindeksi ylittäessä arvon 30. (Aikuisen lihavuus 2007, 2-4.)

Niukalla yöunella on tutkimusten mukaan yhteys ylipainoon ja tyyppin 2 diabetekseen. Pitkittänyt univaje aiheuttaa muutoksia hormonitoimintaan, lisää nälän tunnetta ja kasvattaa ruokahalua, mikä voi johtaa epäterveelliseen syömiseen. Univaje aiheuttaa väsymystä ja vähentää fyysistä aktiivisuutta. Lihavuus voi olla syy huonoon unenlaatuun, koska se aiheuttaa hengityshäiriöitä, unen katkonaisuutta ja keveyttä. (Rintamäki & Partonen 2009, 693–694; Alahuhta 2010, 20–22.)

Suomalaisista työikäisistä yli puolet on ylipainoisia tai lihavia. Lihavuus heikentää työkykyä ja lisää alttiutta tapaturmille. Ylipainoisen ensimmäinen tavoite on pysäyttää lihominen ja kun painonhallinta onnistuu, voi laihduttaa. Jo 5-10 %:n laihduttaminen korjaa aineenvaihdunnan häiriöitä. Lihavuuden käypä hoito – suosituksen (2011) mukaan elintapahoito olisi hyvä toteuttaa ryhmässä aina, kun se on mahdollista jo kustannustehokkuuden vuoksi. Elintapahoitoon kuuluu olennaisena osana muutostarpeiden tunnistaminen, muutosta tukevien tekijöiden ja voimavarojen kartoitus. Ohjauksessa tulisi pyrkiä mahdollisimman konkreettiseen ja realistiseen suunnitelmaan. Lihavuuden käypä hoito – suosituksen (2011) mukaan käyttäytymismuutos on prosessi jossa sekä ajatukset että teot muuttuvat kertyvien kokemusten kautta. Ohjauksessa tulee olla mahdollisuus palautteen saamiseen ja kertyneiden kokemusten käsittelyyn, mikä edellyttää useita ohjauksetoimia. (Alahuhta & Laitinen 2011, 59; Lihavuus 2011, 7 - 10.)

## 5.2 Metabolinen oireyhtymä, MBO

Kun insuliiniresistenssiin ja vyötärölle kertyvään ylipainoon liittyy sokeriaineenvaihdunnan häiriön lisäksi kohonnut verenpaine ja/tai rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, puhutaan metabolisesta oireyhtymästä eli MBO:sta, (Ilanne-Parikka 2006, 190.) Metabolinen oireyhtymä edeltää usein tyyppin 2 diabetesta ja verenkiertoelinsairauksia (Laaksonen & Lakka 2007, 18). Metaboliseen oireyhtymään liittyy lisääntynyt valtimoiden tukostaipumus (sydän- ja verisuonitautien riski). Joillakin todetaan lisäksi verikokeesta mitattavien maksarvojen kohoamista maksan rasvoittumisen vuoksi, veren virtsahappopitoisuuden nousua ja virtsahapon niveliin saostumisen seurauksena kihtitulehdusta sekä vähäistä valkuaiseritystä virtsaan (mikroalbuminuria). (Ilanne-Parikka 2006, 190.)

Fyysisellä aktiivisuudella on merkittäviä vaikutuksia kehon koostumukseen ja aineenvaihduntaan. Se lisää energian kulutusta ja auttaa ylläpitämään ja lisäämään lihasmassaa. Tämä puolesta nostaa perusaineenvaihdunnan tasoa ja lisää rasvanpolttokykyä sekä liikunnan että levon aikana. Näin ollen säännöllisellä liikunnalla on tärkeä merkitys painon pitkäaikaisessa säätelyssä. Liikunta on tärkeää myös ylipainoisille henkilöille, vaikka paino ei alenisikaan. Lihavuuden aiheuttama sairastavuus ja kuolleisuus ovat selvästi pienempiä henkilöillä, joiden fyysinen kunto ylipainosta huolimatta on hyvä. Vaikka liikunnan vaikutukset yksittäisiin vaaratekijöihin ovat usein pienehköjä, liikunta korjaa niistä niin monia, että sen suojaava vaikutus on huomattava. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 43; Laaksonen ym. 2007, 18; Korkiakangas 2010, 21.) Liikunnan lisääminen ja ruokavalion muuttaminen terveellisemmäksi on useissa tutkimuksissa todettu tehokkaaksi tyypin 2 diabetesta ehkäiseväksi tekijäksi (Absetz ym. 2008, 2065; Uusitupa ym. 2004, 1495; Rauramaa ym. 51; Korkiakangas 2010, 61).

### 5.3 Diabetes

Diabetes on energiaa tuottavan ja elämälle välttämättömän sokeriaineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren sokeripitoisuutena. Se johtuu joko insuliinihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta. Siihen liittyy usein myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen. Diabetes ei ole tarttuva sairaus, eikä se aiheudu sokerin syömisestä. (Saranheimo & Kangas 2006,8.) Nykykäsityksen mukaan diabetes on joukko erilaisia ja eriasteisia sairauksia, joille yhteistä on kohonneena veren sokeripitoisuutena ilmenevä energia-aineenvaihdunnan häiriö. Ne jaetaan kahteen päämuotoon, tyypin 1 eli insuliininpuutos- eli nuoruustyyppin diabetekseen ja tyypin 2 eli aikuistyyppin diabetekseen. (Saranheimo ym. 2006,8.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidon perusta on elintapaneuvonta, johon sisältyy liikapainon hoito, ruokavaliohoito, arkiaktiivisuuden lisääminen ja liikunta sekä lääkehoidot. Nämä ovat toisiaan täydentäviä. Jos laihduttaminen ei onnistu, niin tällöin joudutaan yleensä käyttämään enemmän lääkkeitä, jotta aineen vaihdunnan häiriöt saadaan kuriin. Painonhallinnan (painon nousun estäminen ja saavutetun laihdutustuloksen pitäminen) kannalta jokapäiväisen arkiliikunnan lisääminen on merkityksellistä.

(Ilanne-Parikka 2006, 192–193.) Reippaammankin liikunnan verensokeria laskeva vaikutus on lyhytaikainen ja siksi tulisi liikkua päivittäin. Liikunta vähentää kehon rasvamäärää, parantaa insuliiniherkkyyttä, laskee veren sokeripitoisuutta, vaikuttaa parantavasti veren rasva-arvoihin, laskee verenpainetta ja vaikuttaa myönteisesti muihinkin metabolisen oireyhtymän osatekijöihin. (Ilanne-Parikka 2006, 192–193; Laaksonen ym. 2007, 18.)

Uusitupa ja kumppanit (2004) ovat tutkineet elämäntapamuutoksien pitkäaikaisvaikutuksia insuliinineritykseen ja insuliiniresistenssiin heikentyneessä sokerinsiedossa suomalaisen diabeteksen ehkäisy tutkimuksen kuopiolaisessa osaineistossa. Tutkimus osoittaa, että insuliiniresistenssi on korjattavissa elämäntapamuutoksilla, joiden glukoosinsieto on heikentynyt. Tärkeä havainto on, ettei insuliinineritys huonone vuosienkaan saatossa, jos nämä henkilöt kykenevät laihduttamaan, lisäämään liikuntaa ja muuttamaan ruokailutottumuksiaan terveellisempään suuntaan. (Uusitupa, Lindi, Louheranta, Salopuro, Lindström, Tuomilehto 2004, 1435–1437.)

Diabeteksen ehkäisyohjelma DEHKO sisältää kolme samanaikaisesti toteutettavaa strategiaa. Näistä ensimmäinen on väestöstrategia, joka pyrkii edistämään koko väestön terveyttä ravitsemuksen ja liikunnan keinoin. Tavoitteena on tyypin 2 diabeteksen vaaratekijöiden väheneminen kaikissa ikäryhmissä. Sen yhteiskunnallisten ja yksilöihin suunnattavien toimenpiteiden tärkein tavoite on lihavuuden ehkäisy. Korkean riskin strategiassa on tarkoitus löytää ne henkilöt, joilla on keskimääräistä suurempi riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Korkean riskin yksilöitä ovat mm. tyypin 2 diabeetikoiden sukulaiset, raskausdiabeetikot, ylipainoiset (erityisesti vatsakkaat) sekä henkilöt joilla on kohonnut verenpaine tai lievästi kohonnut verensokeri. Riskihenkilöiden seulomiseksi on kehitetty tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskitesti, joka on löydettävissä diabetesliiton nettisivuilta. Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia kohdistuu vastasairastuneisiin tyypin 2 diabeetikoihin. Tavoitteena on saada heidät mahdollisimman varhaisessa vaiheessa järjestelmällisen hoidon piiriin ja siten ehkäistä elämänlaatua heikentävien ja hoidoltaan kalliiden lisäsairauksien kehittyminen. Lihavuuden käypä hoito -

suosituksen mukaan jo vähäinen (3 - 5 kg) laihtuminen elintapoja muuttamalla lähes puolittaa tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin henkilöllä, jolla on heikentynyt sokerinsieto. Laihtuminen parantaa verensokeritasapainoa ja vähentää diabeteslääkityksen tarvetta liikapainoisilla tyypin 2 diabeetikoilla. (Lihavuus 2011, 15.)

Pieni Päätös Päivässä – ohjelman mukaisesti elintapaneuvonta sisältää tietoa ravinnosta, liikunnasta ja muutoksesta itsestään. Ryhmäneuvonta menetelmänä säästää aikaa ja resursseja. Ryhmä tukee elintapamuutoksessa sosiaalisesti vertaistuen kautta.

## 6 ELINTAPAOHJAUKSEN TAVOITTEET

Valtioneuvosto hyväksyi toukokuussa 2001 periaatepäätöksen terveys 2015-kansanterveysohjelmasta, joka linjaa Suomen terveyspolitiikkaa pitkällä aikavälillä. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä ja tavoitteissa viitataan monien kansansairauksien syntyyn merkittävästi vaikuttavien tekijöiden, kuten ylipainon, tupakoinnin ja päihteidenkäytön, vähentämiseen. Sen taustalla on maailman terveysjärjestön WHO:n Health for All – ohjelma, ja se jatkaa Suomen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä – ohjelmaa. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka pyrkii terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. terveydenhuollon ammattilaiset yhdessä muiden terveyden edellytyksiä luovien ja säilyttävien ammattilaisten kanssa rakentavat terveyttä edistävää toimintaa eri toimintakentillä. (Terveys 2015.)

Elintapaneuvonta on tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kulmakivi. Neuvontaan kuuluu mm. liikuntaan, painonhallintaan ja ravitsemukseen liittyvät toimenpiteet. Näiden toimenpiteiden tarkoituksena on ehkäisyn ja hoidon lisäksi diabeteksen lisäsairauksien ehkäiseminen. (Lepikonmäki 2007, 1; Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010, 7.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että elintapainterventioiden avulla voidaan saada aikaan pieniä, pysyviä muutoksia, jotka joko siirtävät diabeteksen puhkeamista tai parantavat jo sairastuneen diabeetikon hoitotasapainoa (Uusitupa ym. 2004, 1495; Absetz ym. 2008, 2065; Rintamäki ym. 2009, 693; Peltonen 2008, 317). Ikihyvä Päijät-Häme tutkimuksessa tuli ilmi, että

liikunnan riittävä lisääminen vaatii perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen tai – järjestöjen yhteistyötä (Absetz ym. 2008, 2065).

Tässä opinnäytetyössä Pieni Päätös Päivässä –ohjelman mukaisesti annettiin ryhmäläisille **tietoa ravitsemuksellisista perusasioista**. Ruokailurytmillä on merkitystä napostelun hillitsemiseen sekä verensokerin pysymiseen tasaisena. Tietoa annettiin ravitsemussuositusten mukaisesti. Tavoitteena oli saada jokainen ryhmässä mukana oleva **ymmärtämään omien valintojensa vaikutukset painonhallinnan onnistumiseen**. Ryhmäläiset pitivät ruokapäiväkirjaa, jonka tavoitteena oli tuoda esille oman ruokavalion sudenkuopat. **Painonhallinnan tukena oli liikunta**. Ryhmäläiset tutustettiin liikuntaan jokaisen tapaamiskerran yhteydessä. Tavoitteena oli, että **motivaatio liikkumiseen syttyisi ja löytyisi oma tapa nauttia liikkumisen hyvästä vaikutuksesta mielialaan** ja painoon. Jokainen ryhmäläinen asetti itselleen lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet oman tarpeensa mukaisesti. Ryhmää seurattiin yhdeksän kuukauden ajan.

## 7 RYHMÄNEUVONTA

Ryhmäohjauksen on monessa tutkimuksessa todettu olevan aikaa ja resursseja säästävä menetelmä. Anttilan (2008) mukaan ryhmäohjaus yhdistettynä yksilöohjaukseen koetaan tehokkaana työmenetelmänä diabeteksen hoidossa. Ryhmäohjauksen kehittäminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja mm. fysioterapeutin mukana olo olisi hyvä asia. (Anttila 2008, 42.) **Ryhmäohjaus vaatii kuitenkin resursseja ja suunnitteluun on syytä varata kunnolla aikaa**. **Jatkoseuranta on erittäin tärkeää**, jotta saavutetut muutokset todella jäisivät pysyviksi elintapamuutoksiksi. (Anttila 2008, 38, 42; Rauramaa 2009, 51–53; Absetz ym. 2008, 2065; Peltonen 2008, 317; Turku 2006, 32.)

Ryhmäohjaus koetaan usein hyvänä ryhmän antaman sosiaalisen ja vertaistuen vuoksi. Ryhmä mahdollistaa kokemusten vaihtamisen ja ongelmien käsittelemisen yhdessä. Anttilan (2008) tutkimuksen mukaan ryhmäohjaus parantaa elämänlaatua ja edistää käyttäytymismuutosten toteuttamista ja uusien sosiaalisten suhteiden luomista.



(Anttila 2008, 44, Rauramaa 2009, 54, Turku 30.) **Onnistunut ryhmäohjaus edellyttää kuitenkin motivaatiota elintapamuutokseen, omaa toimintaa ja voimavarjoja muutosten toteuttamiseen.** (Absetz ym. 2008, 248, Alahuhta 2010, 53, Virtanen 2008, 7, Turku 2006, 33). Absetz ja kumppanit ovat tutkineet Ikihyvä Päijät-Häme – hankkeessa myös ryhmäohjaajan merkitystä elintapamuutoksen onnistumisessa. Tutkimuksen tuloksen mukaan ryhmän hyvään tulokseen auttoi vuorovaikutusprosessi, jossa innostuneet ohjaaja ja ryhmä yhdessä auttavat ryhmän hyviin tuloksiin. Onnistumisen kehän käynnistämisessä ryhmäohjaukseen motivoituneella ammattilaisella on tärkeä roolinsa. (Absetz ym. 2008, 244–257.)

Kääriäinen, Lahdenperä ja Kyngäs (2005) ovat kuvailleet kirjallisuuden perusteella asiakaslähtöistä ohjausprosessia ja sen asiakkaalta vaatimia edellytyksiä. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi on asiakkaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjauksen suunnittelun tulee perustua asiakkaan taustatekijöihin ja tavoitteet tulisi määritellä yhteistyössä asiakkaan kanssa lyhyelle ja pitkälle aikavälille. Hoitajalla tulee olla riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja –tyyleistä. Toiminnan vaikutusten arviointi kuuluu olennaisesti asiakaslähtöiseen ohjausprosessiin. Onnistuakseen asiakaslähtöinen ohjausprosessi edellyttää asiakkaalta sekä aktiivisuutta, vastuullisuutta ja motivaatiota että tavoitteellisuutta ja ongelmanratkaisukykyä. (Kääriäinen, Lahdenperä ja Kyngäs 2005, 30–32.)

Anttilan (2008) tutkielmassa keskeistä onnistuneelle ohjaukselle on ohjaajan persoonallisuus, aitous ja rohkeus sekä ryhmäläisten henkilökohtainen kiinnostus ja motivaatio. Ryhmän periaatteista sopiminen, kuten vaitiolovelvollisuus, heti ryhmän alussa on tärkeää luottamuksellisen ilmapiirin syntymiselle. Arkojen asioiden käsittely ryhmässä vaihtelee kuitenkin ryhmän mukaan. Ryhmäohjauksen on perustuttava sekä ryhmäohjaajien että osallistujien vapaaehtoisuuteen ja motivaatioon. (Anttila 2008, 38–42.) Voutilaisen (2010) tutkielmassa kuvataan voimavaralähtöistä ohjausta muutoksen mahdollistajana. Ohjauksen alussa tulee kartoittaa ohjattavan motivaatio, jotta saadaan tietoa, millaisia asioita ja kuinka syvällisesti ohjauksessa käsitellään. Hoitajan tehtävänä voimavaralähtöisessä ohjauksessa on tiedon antamisen lisäksi

reflektoinnissa auttaminen. Reflektoinnin avulla ohjattava käsittelee omia ajatuksiaan, kokemuksiaan ja tarkastelee toimintatapojaan. (Voutilainen 2010, 19–21.)

## 8 TEORIAPOHJAA ELINTAPAOHJAUKSEN OSA-ALUEISIIN

### 8.1 Liikunta

Liikunta on tahtoon perustuvaa, hermoston ohjaamaa lihasten toimintaa, joka aiheuttaa energiankulutuksen kasvua, ennalta harkittuihin tavoitteisiin tähtääviä ja niitä palvelevia liikesuorituksia ja koko toimintaan liittyviä elämyksiä. Tavoitteiden saavuttamiseksi liikuntaa pyritään toteuttamaan toistuvana, jatkuvana toimintana. Liikunnan tavoitteena voi olla vaikuttaa fyysiseen kuntoon tai terveyteen, tuottaa elämyksiä tai palvella välttämättömiä tai valinnaisia tehtäviä. Liikunta on osa fyysistä aktiivisuutta, joka käsitteenä kattaa kaiken lihasten tahdonalaisen, energiankulutusta lisäävän toiminnan. (Vuori 1995, 10–11.)

Fyysinen aktiivisuus tarkoittaa lihasten tahdonalaista, energiankulutusta lisäävää, yleensä liikkeeseen johtavaa toimintaa. Liikunta tarkoittaa sellaista fyysistä aktiivisuutta, jota toteutetaan tiettyjen syiden tai vaikutusten takia ja yleensä harrastuksena. Fyysinen inaktiivisuus tarkoittaa lihasten vähäistä käyttöä tai täydellistä käyttämättömyyttä, mikä aiheuttaa elinjärjestelmien rakenteiden heikkenemistä ja toimintojen huononemista sekä lisää monien sairauksien vaaraa. (Liikunta 2008, 2252–2253.)

Yleisen liikuntasuosituksen keskeisen sisällön mukaan aikuisen (18–64-vuotias) tarvitsee terveyden edistämiseksi ja säilyttämiseksi kohtalaisen kuormittavaa kestävyysliikuntaa (aerobista liikuntaa) vähintään 30 minuuttia viitenä päivänä viikossa tai raskasta liikuntaa vähintään 20 minuuttia kolmena päivänä viikoittain. Päivän 30 minuutin kohtuukuormallinen liikunta voidaan toteuttaa myös useampina vähintään 10 minuutin jaksoina. Suositus täyttyy myös yhdistettäessä kohtalaista ja raskasta liikuntaa. Lisäksi tarvitaan lihasten voimaa ja kestävyyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa vähintään kahtena päivänä viikossa. Tämän vähittäissuosituksen

ylittävällä liikunnalla on mahdollista lisätä saavutettavia terveyshyötyjä. (Liikunta 2008, 2253.) UKK-instituutin suosituksen mukaan liikunnan ottaminen osaksi laihduttamista on tärkeää lihasmassan säilymisen ja rasvakudoksen pienenemisen vuoksi. Pelkästään liikuntaa lisäämällä laihdumista tapahtuu vähän. (liikuntasuositus, 8.)

Valtion ravitsemustoimikunta kuvaa terveystuotteen suosituksen UKK-instituutin kehittämänä liikuntapiirakkana, joka koostuu täsmäliikunnasta (sisältää kestävyysliikunnan ja lihaskunnan) sekä arkiliikunnasta. Arkiliikuntaa pitäisi olla perusliikuntana kolmesta neljään tuntia viikossa, mielellään päivittäin 30 minuuttia, vähintään 10 minuutin jaksoissa arki-, hyöty ja työmatkaliikuntana. Arkiliikunta kattaa puolet kaikesta liikunnasta, täsmäliikuntaa tulisi olla joka toinen päivä. Päivittäisen tavoiteltavan askelmäärän tulisi olla 9000–10 000 askelta. Normaaleissa päiväskareissa kertyy työpäivälle 2000–5000 askelta ja määrää saa helposti lisättyä 4000 askeleella, kun tekee puolen tunnin kävelylenkin. Kestävyysliikuntaa pitäisi olla kahdesta viiteen kertaa viikossa 20–60 minuuttia kerrallaan. Lihaskuntaa ja liikehallintaa tulisi olla kerrasta kolmeen viikossa 20–60 minuuttia kerrallaan. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 45–46.) Henkilö, joka on 65 vuotta täyttänyt sekä 50–64-vuotiaat, joilla on jokin krooninen sairaus, tarvitsevat aerobista liikuntaa vähintään viitenä päivänä viikossa ja lihasvoimaharjoittelua kahdesti viikossa. Lisäksi tarvitaan liikkuvuutta ja tasapainoa ylläpitävää ja kehittävää liikuntaa. Näille ryhmille suositellaan asiantuntijan konsultaatioon perustuvan liikuntasuunnitelman tekemistä. (Liikunta 2008, 2253; Korkiakangas 2010, 15.)

Riittävä fyysinen aktiivisuus auttaa ehkäisemään monia elintapoihin liittyviä sairauksia, mm. sydän- ja verisuonitauteja, tyyppin 2 diabetesta, kohonnutta verenpainetta, eräitä syöpiä sekä osteoporoosia. Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa monissa tapauksissa samalla tavoin kuin hyvä ruokavalio. Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa myös ravinnon tarpeeseen. Molempien terveysvaikutukset täydentävät toisiaan eikä niitä ole syytä pitää toistensa vaihtoehtoina. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 14–16.) Säännöllisellä ja kohtalaisesti kuormittavalla liikunnalla voidaan vaikuttaa moniin metabolisiin ja verenkiertoelinten vaaratekijöihin ja siten ehkäistä tyyppin 2 diabetesta ja verenkiertoelinsairauksia (Laaksonen & Lakka 2007, 1; Korkiakangas 2010, 21). Kuntoliikunta auttaa laihduttamaan ja kohentaa

oikeaan aikaan tehtynä unenlaatua. Terveysliikunta on avuksi painonhallinnassa ja edistää unta. Liikunta-aktiivisuus ja hyvä fyysinen kunto parantavat terveyteen liittyvää elämänlaatua. Liikuntaan kannustavat liikunnan myönteiset vaikutukset terveyteen (painonhallinta, kunnan kohotus, sairauden oireiden helpottaminen) ja mielialaan sekä sosiaaliset tekijät, kuten ystävien tapaaminen ja perheen tai läheisen liikuntaharrastus. Liikuntaa rajoittavat sairaus tai vamma, väsymys, liikunnan aiheuttamat vaivat, kipu ja huonovointisuus. Liikuntaa voi myös rajoittaa liikuntapaikkojen korkeat käyttömaksut, ajan puute, ystävän tai ryhmän puute, saamattomuus, laiskuus ja mukavuudenhalu. Myös liikunnan kiinnostamattomuus ja liikuntapaikkojen hankala saatavuus tai liikunnassa tarvittavien taitojen puute voivat olla esteenä liikuntaharrastukselle. (Rintamäki ym. 2009, 693–694; Turunen 2009, 61–62; Penttinen 2008, 40; Korkiakangas 2010, 18–21; Virtanen 2008, 40–44.)

Artikkelissaan *Liikunta ja tiede* – lehdessä Poskiparta, Kaasalainen ja Kasila (2009) pohtivat terveyden lukutaitoa osana väestön liikunta-aktiivisuuden tukemista. Terveyden lukutaito tarkoittaa Kickbushin ja Nutbeam (1998) määritelmän mukaan yksilön kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja, jotka määrittävät motivaation ja valmiudet löytää, ymmärtää ja käyttää tietoa terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Terveyden lukutaito vaikuttaa motivaation kehittymisen taustalla, sillä motivaatio syntyy tiedosta ja ymmärryksestä sekä asenteista ja uskomuksista. Väestön liikunta-aktiivisuutta ja siinä tapahtuvia muutoksia tuli arvioida monipuolisesti niin tieto-, taito- ja kuin kuntotesteillä, mutta myös liikunta-asenteiden, motivaation ja oman pystyvyyden mittareilla. Artikkelin mukaan tarvitaan sosiaalista ja taloudellista tukea tiedon ja toiminnan lisäksi sekä elinympäristö, joka mahdollistaa vaivattoman ja elämyksiä tuottavan liikuntaharrastuksen. Kuitenkin myös yksilöiden tulisi kantaa vastuunsa omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan niin ylläpidon kuin edistämisen suhteen. (Poskiparta, Kaasalainen, Kasila 2009, 46–50.) Korkiakankaan (2010) mukaan liikuntamotivaatiota voidaan tarkastella kokonaisvaltaisesti psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta. Omaseuranta liikkumisessa motivoi ainakin osaa ihmisiä liikkumaan säännöllisesti ja terveyden kannalta riittävästi. Hyvänä apuvälineenä omaseurannassa voi olla askelmittari. (Korkiakangas 2010, 44.)

Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehittämishankkeessa lähdettiin toteuttamaan Dehkon tavoitteita tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä kehittämällä ja testaamalla

ryhmäneuvontainterventio perusterveydenhuollon käyttöön. Tutkittavat (N=352), joilla oli diabeteksen riskitekijöitä, osallistuivat kuuteen hoitajan ohjaamaan ryhmätapaamiseen. Mittaukset tehtiin ennen interventiota ja vuoden kuluttua sen aloittamisesta. Ravitsemustavoitteissa onnistuttiin hyvin, mutta liikuntatavoitteessa ja laihduttamisessa heikommin. Liikunnan riittävä lisääminen vaatii perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen tai liikuntajärjestöjen yhteistyön kehittämistä. (Absetz, Valve, Oldenburg, Heinonen, Nissinen, Fogelholm, Ilvesmäki, Talja & Uutela 2008, 2065–2070.) Kuoppalan (2009) mukaan liikunnan terveyttä edistävä rooli on voimakkaammin tuotava esille. Jokaisen terveysneuvontaa tekevän tulisi perehtyä terveysliikunta ja käypä hoito -suosituksiin, jotta kykenee opastamaan ja motivoimaan passiivisia henkilöitä. Myös toimintamalleja herättämään kiinnostusta liikuntaan ja tukemaan liikuntakäyttäytymisen muutosta tarvitaan. (Kuoppala 2009, 41–42.)

## 8.2 Liikkumisresepti

Liikkumisresepti on tarkoitettu työkaluksi vastaanotolle ja ohjaukseen helpottamaan liikuntaneuvontaa. Liikkumisreseptiin täytettävät kohdat ovat potilaan tämän hetkinen liikkuminen (onko terveyden kannalta riittävää), liikkumisen terveysperusteet tai tavoitteet, uusi liikkumisohje (suositeltavat liikkumismuodot tai liikuntalajit, liikunnan useus, kesto ja rasittavuusaste), lisäohjeet ja liikkumisen toteutumisen arviointi ja seuranta. (Liikkumisresepti.) Loviisassa liikkumisresepti on käytössä vapaa-aikatoimessa ja kokeiluasteella terveyskeskuksen lääkärivastaanotolla. Lääkärillä on keskeinen rooli liikuntaneuvonnan aloittamisessa. Etenkin riskiryhmiin kuuluvia pitäisi kannustaa liikkumaan enemmän ja suositella arkiliikunnan lisäämistä. (Toropainen ym.2010, 4004.)

Virtasen (2008) pro gradu -tutkielmassa on käsitelty liikkumisreseptiä ja aikuisväestöön suuntautuvaa liikuntaneuvontaa osana terveysasemalla ja työterveyshuollossa tapahtuvaa terveysneuvontaa. Tutkimus kuvaa liikkumisreseptin saaneiden asiakkaiden kokemuksia toteutuneesta terveysneuvonnasta ja liikkumisreseptin saamisen yhteyksiä asiakkaiden terveystottumuksiin sekä liikuntakäyttäytymiseen heidän itsensä kokemana. Johtopäätöksenä todettiin, että aiemmalla liikunnan harrastamisella ja suhtautumisella liikuntaan oli yhteyttä siihen,

miten liikkumisreseptin saaneet henkilöt alkoivat heille suositeltua liikuntaa toteuttaa. Jotta neuvonta olisi asiakkaiden toivomaa yksilöllistä ja ihmisen kokonaisuuden huomioivaa, tulee kaikessa terveysneuvonnassa huomioida toivottua muutosta estävät seikat. (Virtanen 2008, 1, 56–57. ) Konttisen ja Marttisen (2005) tutkielmassa todettiin, että suunnitelmallisen liikuntaneuvonnan antamisen ja toteuttamisen avuksi liikkumisresepti soveltuisi hyvin neuvonnan apuvälineeksi perusterveydenhuoltoon. Vuorovaikutustaidoilla ja keskustelun apuvälineillä on merkitystä neuvonnassa muutoksen aikaansaamiseksi, minkä vuoksi niitä tulisi aktiivisesti kehittää. (Konttinen & Marttinen 2005, 56) Kuoppalan (2009) tutkielmassa todettiin, että mini-interventio on hyvä väline liikuntaneuvonnassa. Kuitenkin onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi neuvonnan tapa eli ammattihenkilön tiedot, taidot ja asenteet asiakasta ja kyseessä olevaa aihetta kohtaan. (Kuoppala 2009, 21.)

Jotta liikkumisresepti saadaan käyttöön, edellyttää se työyhteisössä yhteisesti sovittuja neuvonnan sisältöjä ja käytäntöjä. Myös organisaatorajojen ylittävää, terveydenhuollon ja liikunta-alan ammattilaisten, yhteistyötä olisi tarpeen tehdä resurssien riittävyyden, taloudellisen säästön sekä moniammatillisen yhteistyön kannalta. (Toropainen ym. 2010, 4005; Hyytinen ym. 2009, 53.)

### 8.3 Ravinto

Ruokavalio on avainasemassa keskeisempien kansansairauksien ehkäisyssä. Kovan rasvan ja suolan liiallinen saanti ovat sairauksien suurimpia vaaratekijöitä. Ravinnolla tiedetään olevan keskeinen merkitys sydän- ja verisuonitautien, kohonneen verenpaineen, rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden, aikuistyypin diabeteksen ja osteoporoosin puhkeamisessa. Terveellinen, suositusten mukainen ruokavalio sisältää runsaasti kasviksia, mutta niukasti tyydyttynyttä rasvaa ja suolaa. Suositusten mukaisessa ruokavaliossa on runsaasti ravintokuitua, vitamiineja ja hivenaineita. Suomalaisten merkittävin ravitsemusongelma on kuitenkin lihavuus. (Kiiskinen, Vehko, Martikainen, Natunen & Aromaa 2008, 32–34; Alahuhta 2010, 23.) Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa ravitsemusneuvonta kohdentuu ruuan laatuun, määrään ja rytmytykseen (Poskiparta, Kasila, Vähäsarja, Kettunen, & Kiuru 2007, 20; Alahuhta 2010, 23).

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositus energiaravintoaineista koskee rasvojen, hiilihydraattien ja proteiinien saantia aikuisten ja yli 2-vuotiaiden lasten ravinnossa ilmaistuna prosentteina kokonaisenergiansaannista (E %). Rasvan osuuden energiansaannista tulisi olla 25–30 E%. Tyydyttyneiden ja transrasvojen (=kova rasva) osuus tulisi olla n. 10 E % . Ruuan runsas kovan rasvan määrä lisää sydän- ja verisuonitautien, joidenkin syöpien, tyyppin 2 diabeteksen ja sappikivien vaaraa. Ravinnon suuri rasvamäärä altistaa lihomiselle. Rasvan saannin rajoittaminen parantaa ruuan ravitsemuksellista laatua, kannattaakin valita vähärasvaisia, runsaasti suojaravinteita sisältäviä elintarvikkeita, jotka ovat tärkeitä sydän- ja verisuonitautien ja syövän ehkäisyssä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005; 14–16, Poskiparta ym. 2007, 20; Alahuhta 2010, 23–24.)

Hiilihydraattien osuudeksi suositellaan 50–60E % energiansaannista. Ravintokuidun suositeltava saanti aikuiselle on 25–30 g päivässä. Ravintokuidulla tarkoitetaan ravinnon imeytymättömiä hiilihydraatteja tai niitä muistuttavia aineita. Puhdistettujen sokereiden saanti ei tulisi ylittää 10 E %. Runsaasti kuitupitoisia hiilihydraatteja sisältävä ruokavalio vaikuttaa edullisesti elimistön rasva- ja sokeriaineenvaihduntaan. Kuitupitoinen ruokavalio, jossa rasvojen ja hiilihydraattien osuudet ovat tasapainossa, vähentää lihavuuden ja siihen liittyvien sairauksien vaaraa. Kuidun riittävä saanti parantaa suoliston toimintaa ja saattaa ehkäistä paksunsuolensyöpää. Hiilihydraatti- ja kuitusuositus toteutuu käytännössä, kun lisätään täysjyväviljavalmisteen, erityisesti ruisleivän, ja juuresten, vihanneksien sekä hedelmien ja marjojen osuutta ruokavaliossa ja vähennetään sokerin ja paljon sokeria sisältävien elintarvikkeiden käyttöä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 17–18.)

Proteiinin suositeltava saanti on 10–20 E %. Proteiinin laatu määräytyy sen sisältämien aminohappojen mukaan. Eläinproteiinien laatu on hyvä, koska niissä on kaikkia ihmiselle välttämättömiä aminohappoja. Kasviproteiineista puuttuu aina yksi tai useampi välttämätön aminohappo. Monipuolisissa kasvisruokavalioissa proteiinien laatu ei kuitenkaan ole ongelma, koska erilaiset kasviproteiinit täydentävät toistensa aminohappokoostumuksia. Proteiinia saadaan eläinperäisistä elintarvikkeista, lähinnä lihasta ja maidosta. Proteiinin saanti väestötasolla on riittävä eikä muutoksiin ole tarvetta. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 20–21.)

Jokapäiväiset valinnat ratkaisevat ruokavalion terveellisuuden. Harvoin käytettävillä elintarvikkeilla on vähemmän merkitystä. Hyvä ruoka on maukasta, monipuolista ja sen vitamiini- ja kivennäisainetiheys on suuri. Suositusten mukainen ruokavalio sisältää täysjyväviljavalmisteita, kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä perunaa. Siihen kuuluu myös maitovalmisteita, mieluiten rasvattomina tai vähärasvaisina sekä kalaa, vähärasvaista lihaa ja kananmunia. Myös kasviöljyt ja niitä sisältävät levitteet kuuluvat suositeltavaan ruokavalioon. Lautasmallista on apua hyvän aterian koostamisessa. Puolet lautasesta täytetään kasviksilla, esim. raasteilla, salaateilla tai lämpimällä kasvislisäkkeellä. Perunan osuus annoksesta on noin neljännes. Perunan sijaan voi syödä pastaa tai riisiä ja mielellään täysjyväversioina. Lautasesta noin neljännes jää kala-, liha tai munaruualle. Se voidaan korvata palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä sisältävällä kasvisruualla. Ruokajuomaksi suositellaan rasvatonta maitoa, piimää tai vettä. Lisäksi ateriaan kuuluu leipää, jonka päällä on sipaisu pehmeää kasvirasvavalevitettä. Marjat tai hedelmät jälkiruokana täydentävät aterian. Maitovalmiste ja jälkiruoka voidaan jättää syötäväksi myös välipalana. Nykytiedon mukaan säännöllinen ateriarytmi on terveyden kannalta suositeltavaa, vaikka ihanteellista aterioiden lukumäärää ja ajankohtaa niiden nauttimiselle ei ole perusteltua määritellä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 35–39; Lihavuus 2011, 9; Hyytinen ym. 2009,6-8.)

Ravitsemuksessa ja terveydessä tapahtuneet muutokset ovat jakautuneet väestössä epätasaisesti. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat viime vuosina joissakin tapauksissa kasvaneet. Esimerkiksi hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa olevat elävät keskimääräistä pitempään ja terveempinä, ja heillä on myös huonommassa asemassa olevia terveellisemmät elintavat. Naisten ruokavalio on lähempänä suosituksia kuin miesten. Korkeammin koulutetuilla on ruokavaliossaan eniten kasviksia, ja he ovat hoikempia kuin vähän koulutusta saaneet. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005,10)

Hyytisen ja Roihan (2009) mukaan perusterveydenhuollossa tulisi luoda yhtenäiset toimintatavat elintapaneuvontaan ravitsemusneuvonnan ja mini-intervention juurruttamiseksi. Myös työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä työikäisen väestön terveyden edistämiseksi tulisi lisätä. Ravitsemus- ja



liikuntaneuvontaa sekä painonhallintakursseja tulisi tarjota enemmän. (Hyytinen ym. 2009, 53.)

## 9 RYHMÄTILANTEIDEN KÄYNNISTÄMINEN - HAVAINNOINTI

Tässä opinnäytetyössä käytetään laadullisia tutkimusmenetelmiä, koska käsitellään ihmisten välistä ja sosiaalisten merkitysten maailmaa. Merkityskokonaisuudet ilmenevät ihmisestä lähtevinä ja ihmiseen päättyvinä tapahtumina, kuten toimintana, ajatuksina ja päämäärien asettamisina. Tavoitteena ovat siten ihmisten omat kuvaukset koetusta. Tutkimusote on yksityisistä havainnoista yleisiin merkityksiin. Koko tutkimusprosessin ajan on tehtävä tarkasti muistiinpanoja ja päiväkirjamerkintöjä sekä arvioitava muun aineiston keräämisen tarpeellisuus. (Vilka 2005, 97–98; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 253–254)

### 9.1 Havainnointi

Tutkimusaineistoa voidaan kerätä havainnoinnilla etenkin silloin, kun tutkimuksen kohteena on vuorovaikutuskäyttäytyminen. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa, mitä todella tapahtuu, tietoa ihmisten toiminnasta, toimivatko niin kuin sanovat toimivansa. Havainnoinnilla voidaan saada suoraan, välitöntä tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnointi on todellisen elämän ja maailman tutkimista. Havainnointi on hyvä menetelmä vuorovaikutuksen tutkimuksessa, vaikeasti ennakoitavissa ja nopeasti muuttuvissa tilanteissa sekä silloin, kun halutaan saada tietoa, josta tutkittavat eivät halu suoraan kertoa. . (Hirsjärvi ym. 1998, 209–214; Tuomi & Sarajärvi 2002, 73; Vilka 2005, 119–125; Vilka 2007, 44–45; Hopia, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2008, 340–341.)

Laadullisessa tutkimuksessa havainnointia tutkimusaineiston keräämiseen voidaan metodina toteuttaa paitsi ihmisten toimintaa havainnoimalla myös keräämällä hänen tuottamiaan kulttuurituotteita kuten esineitä, kuva- tai tekstimateriaalia. Vilka (2005) jakaa havainnoinnin osallistuvaan ja tarkkailevaan havainnointiin. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu kaksoisroolissa tutkittavan yhteisön elämään

vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Käytännössä tutkija osallistuu ryhmään, mutta tekee tutkittavilleen kysymyksiä. Havainnointi voi kohdistua rajattuihin kohteisiin tai pyrkimyksenä voi olla saada kokonaiskuva tutkittavien elämästä. Tutkijan tulee muistaa pitää erillään havainnot ja omat tulkintansa näistä. Havainnointia on kritisoitu siitä, että havainnoija voi häiritä tilanteen kulkua tai saattaa jopa muuttaa sitä. Havainnoija saattaa myös sitoutua emotionaalisesti tutkittavaan ryhmään tai tilanteeseen minkä vuoksi tutkimuksen objektiivisuus voi kärsiä. Tutkijan voi olla vaikea tallentaa tietoa välittömästi, jolloin on luotettava muistiinsa ja kirjata havainnot myöhemmin. Havainnointi on aikaa vievää, minkä vuoksi on tarpeen tietää mitä ja miten havainnoidaan. Tutkimusongelman, tutkimuskysymysten ja tutkimuksen tavoitteiden avulla tehdään havainnoinnille asiarunko haastattelulomakkeen tapaan. Ihmisten toimintaa havainnoitaessa tulee etukäteen suunnitella ja päättää missä tilanteissa ja miten muistiinpanoja tehdään. Muistiinpanojen tekeminen ei saa haitata tilanteiden luonnollista kulkua. (Hirsjärvi ym. 1998, 209–214; Tuomi ym. 2002, 73; Vilka 2005, 119–125; Vilka 2007, 44–45; Hopia ym. 2008, 340–341.)

Havainnoinnin ja muiden tiedonkeruumenetelmien yhdistäminen on useimmiten hyvin hedelmällistä, sillä yksinään havainnointi on aina suuritöinen ja aikaa vievä aineiston hankintamenetelmä. Havainnointi on perusteltu tiedonhankkimistapa silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä tiedetään vähän tai ei laisinkaan. Havainnointi voi toisaalta kytkeä muita aineistonkeruumenetelmiä paremmin saatuun tietoon, kun asiat nähdään havainnoinnin avulla oikeissa yhteyksissään. Yhteistä osallistamiseen perustuvilla menetelmillä on osallistuvien tiedon arvostaminen ja usko siihen, että on useampi yhtä tärkeä näkökulma. Prosessissa tärkeintä on tutkittavien oppiminen, tutkijan tehtävänä on toimia katalysaattorina toiminnassa ja sen ylläpitämisessä. (Tuomi ym. 2002, 83–86.)

Tässä opinnäytetyössä tutkija toimi toisena ryhmän vetäjänä. Tämä asetti havainnoinnille omat haasteensa, sillä ryhmän vetovuorossa ei ehtinyt kirjata vaan kirjaamiset tehtiin heti ryhmän päättymisen jälkeen omassa työhuoneessa. Ryhmän ensimmäisellä kerralla kokeiltiin havainnointilomaketta, mutta kun siihen ei ehtinyt tehdä merkintöjä, luovuttiin siitä. Opinnäytetyön tekijän muistinvarainen havainnointien kirjaaminen päättyi päiväkirjamuotoiseksi.

## 9.2 Ryhmän käynnistäminen

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin elintaparyhmän toteuttamiseen ja sen toiminnan kehittämiseen. Elintaparyhmä toteutettiin käyttäen osin valmista Pieni Päätös Päivässä -aineistoa ja sen toimintaa kehitettiin saatujen kokemusten ja havaintojen mukaan. Opinnäytetyön tekijä oli mukana ryhmän toiminnassa paitsi esimiesroolinsa vuoksi myös yhtenä ryhmän ohjaajana.

Ryhmän ensimmäisellä kerralla oli paikalla 12 ryhmäläistä, yksi oli matkalla ja ilmoitti etukäteen poissaolostaan. Osallistujat olivat saaneet ryhmän ohjelman kokoontumisaikoineen etukäteen kotiin postitse. Ryhmäläisten kanssa käytiin läpi Pieni Päätös Päivässä -filosofia ja sovittiin säännöistä: puheenvuoroja voidaan joutua rajoittamaan ja yksi puheenvuoro saa kestää kerrallaan minuutin. Ryhmässä käydyt keskustelut ovat luottamuksellisia ja pysyvät ryhmän sisällä. Poissaoloista ilmoitetaan ohjaajille joko puhelimitse tai sähköpostilla.

Esittelykierroksella kerrottiin, miksi oli ryhmään tullut ja mitä odotuksia oli. Tässä vaiheessa jo huomattiin, että kaikki eivät olleet motivoituneita; selittelyä miksi on ryhmään ”joutunut tulemaan” ja kun ”ei yksin onnistu” sekä kiireet ”lastenlapset menevät oman ajan edelle ja sitten ei enää jaksaa”. Ryhmäläiset halusivat tietää eniten lähinnä liikuntamuodoista ja kertoa niihin liittyvistä rajoituksistaan.

Ohjaaja kertoi liikunnan merkityksestä painonhallinnassa. Jokainen kertoi omista liikuntatottumuksistaan sekä mahdollisista rajoittavista tekijöistä liikunnan suhteen, esim. kipu, polviproteesi yms. Samalla painotettiin sitä, että jokainen tekee ja liikkuu omien tuntojensa ja kykyjensä mukaan. Tämän kurssin aikana oli mahdollisuus tutustua erilaisiin liikuntamuotoihin ja jumppiin sekä tarvittaessa sai pyytää esim. henkilökohtaisen venyttelyohjelman.

Ohjausta jatkettiin puhumalla ruokavalion perusfilosofiasta. Käytiin läpi ateriarytmin tärkeys painonhallinnalle, lautasmalli sekä syömisen sisältöä itämeren ruokavalion mukaisesti. Edelleen muistutettiin, että tekemällä pieniä muutoksia pikkujalaa, myös paino laskee ja vyötärön ympäryksen pienenee, mikä pienentää diabeteksen ja muiden valtimotautien riskiä. Useissa tutkimuksissa on tullut esille, että pienetkin muutokset

ruokailutottumuksissa oikeaan suuntaan tukevat elintapamuutoksissa onnistumista. Liikunnan merkitys varsinaisena painonpudottajana ei ole suuri, mutta tuki ja mielialavaikutukset ovat tärkeitä elintapamuutoksissa. (Alahuhta ym. 2011, 59; Korkiakangas 2010, 62; Hyytinen ym. 2009, 7-9.)

Kysymyksiä varsinaisten luentojen aikana ja jälkeen tuli yhteensä kahdeksan. Kiinnostusta osoitettiin katsomalla puhujaa ja nojautumalla eteenpäin. Osa istui kädet puuskassa rinnan päällä suurimman osan ajasta, yksi miehistä käytti huumoria puheenvuoroissaan joka kerta, jolloin muut ryhmän jäsenet naurahtelivat tai nyökkäilivät.

Keppijumpan aikana punnittiin ja mitattiin vyötärön ympäryys. Punnitustilanteessa käytiin pieniä keskusteluja tavoitteistakin. Ryhmässä oli puhuttu, että liian suurien tavoitteiden ei tule asettaa, vaan 5 - 10 prosentin painonpudotuksella on terveyttä edistävä vaikutus.

### 9.3 Painonhallinnan haasteellisuus, ylipainon merkitys terveydelle

Paikalla oli 11/13 ryhmäläistä, kaksi ilmoitti olevansa kipeänä. Kuulumiskierroksella kävi ilmi, että moni oli jo muutoksia tehnyt. Ateriarytmiin oli kiinnittänyt huomiota 9 ryhmäläistä, yksi kertoi vaihtaneensa pienempään lautaseen, kun ongelmana on liian iso ruokamäärä. Toisten kysyessä nälästä, hän vastasi, ”ettei yllättävää kyllä, ole nälkä”.

Ohjaus aloitettiin puhumalla painonhallinnan haasteellisuudesta, miten koko elämäntilanne vaikuttaa siihen, miten jaksaa panostaa omaan hyvinvointiinsa. Ryhmässä oli mukana kaksi, jotka ovat laihduttaneet yli 20 kiloa kolmen vuoden sitten sairaalan ENE-ryhmässä. Molemmat kertoivat painon pysyneen noin kaksi vuotta hyvin hallinnassa, mutta sen jälkeen paino on noussut melkein samaan kuin ennen laihdutusta. Painonhallinnan merkityksestä terveydelle puhuttiin; vaikutuksesta verenpaineeseen, rasva-aineenvaihduntaan, verensokeriin, niveliin ja mielialaan. Nämä asiat olivat ryhmäläisillä hyvin tiedossa, nyökyttelyä ja katsekontaktia puhujaan ja muihin ryhmäläisiin, jonkin verran vieruskaverin kanssa keskusteltiin. Metabolisen oireyhtymän vaarat nivoutuivat tähän hyvin. Ohjaaja ojensi kaikille mittanauhan ja

opasti, mistä kohdasta vyötärömitta mitataan. Näin jokainen mittasi itse oman vyötärönympärysmittansa ja kertoi ohjaajalle tuloksen kirjattavaksi. Muutama rouvista kauhistui omista mitoistaan: ”eihän voi olla näin paljon”, ”en ole osannut mitata aiemmin oikeasta kohdasta”. Sydänliiton vyötärömittatavoitteista ryhmäläiset olivat yhteisesti sitä mieltä, että olivat liian tiukat. Ryhmäläisiä pyydettiin kirjaamaan vyötärölukema muistiin ja mittamaan kerran kuukaudessa kotona, sillä usein painonpudotus alkaa näkyä ennen vaakaa pienenevänä vyötärömittana silloin, kun muutoksia on tehty oikein. Tämän ENE-ryhmässä olleet kertoivat olevan totta. Useissa tutkimuksissa ja lihavuuden käypä hoito – suosituksessa painotetaan vyötärölihavuuden vaaraa metabolisen oireyhtymän syntymiseen sekä painonhallinnan merkitystä diabeteksen ehkäisyyn. (Lihavuus 2011, 15–16; Alahuhta 2010, 25–26, Korkiakangas 2010, 62; Hyytinen ym. 2009, 25.)

Tämän jälkeen jaettiin kaikille askelmittarit ja lähdettiin ulos kävelylle opettelemaan niiden käyttöä. Askelmittarista on suomalaisen tutkimuksen mukaan hyötyä liikuntaa lisäävänä välineenä. Askelmittari kannustaa liikkumaan säännöllisesti ja tulosta on helppo seurata. (Korkiakangas 2010, 60; Aittasalo, Rinne, Pasanen, Kukkonen-Harjula & Vasankari 2012, 1471.)

#### 9.4 Terveellisen syömisestä perusteet

Paikalla oli 6/13 ryhmäläistä. Kaksi ilmoitti jäävänsä poissa ryhmästä henkilökohtaisiin syihin vedoten. Flunssa oli muiden poisjääneiden syy ja sovitusti kaikki ilmoittivat ennen ryhmän alkua poisjäännistään. Paikalla olijoiden kanssa tehtiin aluksi joogasta tuttu seisova aurinkotervehdys.

Ohjaaja kertasi lautasmallin ja ateriarytmin merkityksen. Pienempään lautaseen vaihtanut kertoi, että ruokamäärä on pienentynyt ja vatsa täyttyy nopeammin. Ohjaaja kävi läpi aluksi ruuan viisi perusmakua (makea, suolainen, hapan, karvas ja umami) ja niiden tarkoituksen. Tästä siirryimme ruuan sisällölliseen osuuteen ja keskustelimme ensin mitä päivittäisen ruuan pitäisi sisältää. Keskustelimme hiilihydraateista, täysjyväviljatuotteista, proteiineista, mitä se on ja mitkä ovat hyvät proteiinilähteet. Rasvakeskustelussa palattiin karppaamiseen ja siihen, miten se voi elimistössä vaikuttaa. Eräs herroista oli karpannut ja kertoi, että kolesterolit nousivat oikein

kunnolla, minkä jälkeen hän siirtyi takaisin entiseen ruokavalioon. Kertoi kyllä syöneensä pekonia, munia ja voita paljon, mikä kirvoitti vilkkaan keskustelun. Keskustelussa sivuttiin entisen ajan maatalousyhteiskuntaa, jolloin käytettiin kunnan voita ja maitoa, kermaa ja ruista, ohraa ja kauraa omalta pellolta. Joku totesi, että ”ei silloin tavallinen työtätekevä ollut ylipainoinen”. Todettiin, että ennen kulutettiin pois se mitä syötiin. Keskusteltiin kasvirasvoista ja siitä minkä verran niitä päivässä pitää saada.

Ryhmän keskustelu palasi takaisin ruuan sisältöön ja puhuttiin kasvisten, marjojen ja hedelmien sisältämästä vähäisestä energiasta sekä kuidusta. Kuituasiasta puhuttiin, että naisen tulee saada 25 g ja miehen 35 g kuitua päivässä. Käytiin läpi, mistä kuitua saadaan ja se, että esimerkiksi kaalia tulee syödä 160 g, jotta saa 3 g kuitua, mustikoita vastaavasti 1,5 dl ja kaurapuuroa 2,5 dl. Mietittiin yhdessä, miten saa päivän kuitumäärän kasaan ja joku ryhmäläisistä sanoi, että vatsan toimimattomuudesta sen huomaa, jos kuitua saa liian vähän. Ohjaaja kertoi, että kuitu hidastaa vatsan tyhjenemistä ja lisää siten kylläisyyttä pidempään ja saattaa toimia suolistosyöpien ehkäisijänä. Ohjaaja kävi läpi liukenevan ja liukenemattoman kuidun merkitystä elimistölle. Eräs rouvista kertoi, että entiseen aikaan käytettiin vatsavaivoihin kauravelliä, mikä olikin hyvä aasinsilta kaurankuitujen hyvää tekevästä vaikutuksesta elimistölle. Tästä porukasta jokainen kertoi syövänsä kaurapuuroa aamulla.

Ohjaaja siirtyi kertomaan suolan vaikutuksesta terveyteen ja etenkin verenpaineeseen. Suolan saannin kaikki tiesivät olevan liiallista, ja mietittiin yhdessä, kuinka suolan käyttöä voisi vähentää. Eräs ryhmäläisistä oli vaihtanut jo vuosia sitten Pansuolaan ja kertoi, miten vaikeaa se aluksi oli ollut, kun suolaista makua ei entisellä suolamäärällä tullutkaan. Puhuttiin myös, mistä tulee piilosuolaa ja miten vaikeaa on muuttaa tottumustaan suolan suhteen. Ohjaaja muistutti, että kun tehdään muutoksia elintapoihin, pitää antaa itselleen aikaa tottua näihin uusiin makuelämyksiin. Joku sanoi, että ”olla taas niitä pieniä lapsia, jotka oppivat uusia asioita”, mikä herätti kovasti hilpeyttä!

Kotitehtäväksi annettiin suola-, rasva- ja kuitutestit. Puhuttiin testien tekemisestä itseä varten, jotta huomaa ne oman ruokavalion sudenkuopat. Testien lisäksi jokaisen tuli tehdä ruokapäiväkirjaa kahdelta päivältä niin, että toinen on arkipäivä ja toinen

viikonlopun päivä, sillä useimmat syövät arkena ja viikonloppuna eri lailla. Ruokapäiväkirjaan tuli merkitä mihin aikaan söi, mitä söi (esim. kupillinen kahvia, kaurapuuroa 2,5 dl, mustikoita 1 dl, lasillinen maitoa), kenen kanssa söi ja missä (olohuone, keittiö, ravintola) sekä millainen oli mieliala. Ryhmän päätteeksi ohjaaja piti tarinarentoutuksen (NLP - ohjeen mukaan), koska liikuntaosuutta ei tällä kerralla ollut.

Keskustelu oli vilkkaampaa kuin aiemmilla kerroilla ja saatiin vähän tylsästä, kaikille tutusta asiasta oikein kiinnostava ja mielenkiintoinen, välillä oivaltavakin yhteinen keskustelu aikaiseksi. Tietoa ryhmäläisillä asioista selvästi oli ja motivaation löytyminen omiin muutoksiin oli suurella osalla jo selkeästi alkanut. Joku kertoi ennen ryhmän alkua toiselle, että vyötärö oli pienentynyt, vaikka vaakalukemat ovat lähes entiset. Toinen kertoi, että paino oli pudonnut aika hyvää vauhtia. Ryhmä vaikutti hyvin motivoituneelta. Kahdella mukana olevalla rouvalla motivaatio ei vielä ollut löytynyt. Kun ryhmä oli tällä kertaa näin pieni, tuntui, että kaikki uskalsivat paremmin tuoda esille omia mielipiteitään ja ajatuksiaan. Tämän olin huomannut aiempienkin ryhmien kanssa, mutta toisaalta jos ryhmä on alusta saakka kovin pieni ja pois jää pari, niin kovin suurta hyötyä tästä ei tuloksellisesti, taloudellisesti eikä resurssia ajatellen olisi. Poissaolleille postitin kotiin ruokapäiväkirjalomakkeet sekä testilomakkeet. Saatteeksi laitoin kirjeen, jossa selitettiin kotitehtävä sekä lyhyesti se, mitä aiheita oli käsitelty sillä kerralla.

## 9.5 Syömisen hallinta

Paikalla oli 10/11 ryhmäläistä. Käytiin kuulumiskierros, jonka aiheena oli jo tehdyt muutokset syömisen hallintaan. Suurin osa oli muuttanut tai yrittänyt muuttaa ateriarytmin säännöllisempään suuntaan, lisännyt kasvisten syöntiä ja vähentänyt rasvaisten ruokien määrää. Useamman kommentissa tuli esiin se, että kun syö säännöllisesti, ei naposteluun ole tarvetta. Yksi ryhmäläisistä kertoi, että kun aiemmin on ollut ummetusta, vatsa toimii nyt liian hyvin. Hän kertoi, että voi joutua kesken kävelylenkin etsimään lähintä vessaa. Toinen kertoi, että hänen suurin ongelmansa on se, että liikunnat keskittyvät aamupäivään ja kun ehtii kotiin, on liian nälkä ja tulee syötyä liikaa.

Muut ryhmäläiset antoivat ohjeeksi välipalan ottamisen mukaan ja sen syömisestä liikunnan jälkeen. Näin ryhmäläiset tukivat toisiaan. Pari ryhmäläistä valitteli, ettei pysty liikkumaan kovin paljoa erilaisten vaivojen vuoksi ja että se 10 000 askelen määrä on ihan mahdoton saavutus päivälle. Muistutin, että liikuntaa lisäämällä, ilman ruokavaliomuutoksia, paino putoaa keskimäärin 3 - 4 kiloa. Kun kykenee lisäämään 5000 askelta päivään, on se hyvä tuki painonhallinnalle. Muu ryhmä kannusti näitä henkilöitä syömään kasviksia ja valitsemaan pienempää lautasta! Muutoksia oli tehty ja motivaatio tuntui löytyneen.

Ryhmässä puhuttiin elämäntapamuutoksen merkityksestä. Ohjaaja pyysi ryhmäläisiä miettimään, miksi he muutosta halusivat ja kenen lähtökohdasta; omasta vai jonkun toisen. Oma terveys nousi kaikilla ensimmäisenä asiana, kakkosena oli ympäristön, eniten puolison, painostus tehdä jotain. Mietittiin, oliko painostus oikeasti painostusta vai ehkä huolta toisen terveydestä. Etenkin ryhmän miehet olivat sitä mieltä, että huoli puolison terveydestä ajaa naiset puuttumaan elintapoihin. Puhuttiin myös itsensä palkitsemisesta, kun tavoite on saavutettu. Tähän yksi miehistä lohkaisi, että eihän meillä vielä tavoitteita ole, kun vasta ensi kerralla tehdään painonhallintasuunnitelma. Kommentti tietysti laukaisi kunnan naururemakan. Ohjaaja totesi kommentin sisältävän totuudensiemenen, sillä tavoitteellista henkilökohtaista suunnitelmaa ei ollut tehty vaan jokainen oli tehnyt pienen tai pieniä asioita tämän kuuden viikon aikana ja tuloksiakin oli silti tullut. Jatkettiin keskustelua siitä, että jokaisen tuli asettaa ne omat tavoitteensa siihen, mihin itse olisi tyytyväinen eikä siihen, mitä joku muu toivoo. Lihavuuden käypä hoito -suosituksessa sekä Alahuhan (2010) tutkimuksessa on painotettu suunnitelmien tärkeyttä elintapamuutosten onnistumiselle. Tavoitteellisuus on tärkeä osa motivoitumisessa ja onnistumisessa. (Alahuhta 2010, 52–53; Lihavuus 2011, 7.)

Kotitehtävänä oli ruokapäiväkirjan pitäminen arkipäivältä ja viikonlopun päivältä. Melkein kaikilla oli päiväkirjat mukana. Ruokapäiväkirjojen purku tehtiin parityönä niin, että jokainen pari kävi läpi molempien päiväkirjat miettien samalla täytyvätkö ruokavaliosuositukset kasvien, hedelmien ja marjojen määrässä, pehmeiden rasvojen ja kuidun saannissa. Ohjaaja painotti, että tarkoituksena oli löytää omat sudenkuopat sekä miettiä, mitä voisi tehdä toisin. Toisen ryhmäläisen apu ja näkemys oli tärkeä. Tähän käytettiin aikaa varttitunti ja keskustelun sorinasta päätellen aikaa olisi tarvittu



saman verran lisää. Yhteisesti ruokapäiväkirjoja ei käyty läpi. Ohjaaja kysyi kokemuksia ruokapäiväkirjan pitämisestä. Yksi rouvista totesi päiväkirjan pitämisen rajoittavan syömistä. Tähän monet ryhmäläiset osoittivat myöntymistä joko nyökkäämällä tai kommentoimalla, että niinpä tekee.

Tällä kerralla paikalla oli melkein koko ryhmä ja silti keskustelu sujui vilkkaana ja tasapuolisena koko ajan. Ryhmä tuntui ryhmäytyneen hyvin ja saavuttaneen sellaisen luottamuksen tason, että ujoimmatkin uskalsivat avata suunsa. Kuulumiskierroksen minuutin puheenvuoro sujuu hyvin, ei ollut tarvetta muistuttaa ajasta, vaan luontevasti puhuja antoi vuoron seuraavalle. Samalla kuunneltiin toisia ja saatiin vinkkejä, joita voisi kokeilla. Tällä kerralla useampi huomautti siitä, että oli enää kaksi kertaa intensiivijaksoa jäljellä. Ryhmäläiset olivat huolissaan siitä, että muiden tuki jäisi pois. Ohjaaja kannusti ryhmää kokoontumaan vaikka kahden viikon välein samaan aikaan esim. kaupungin torilla ja menemään yhdessä lenkille tai kahville. Selkeästi huomasi, että ryhmän tuki oli muodostunut tärkeäksi suurimmalle osalle ryhmäläisistä; yhteinen asia sitoi yhteen.

## 9.6 Oman painonhallintasuunnitelman teko

Paikalla oli 8/11 ryhmäläistä. Yksi miehistä jäi pois ryhmästä. Asian ilmoitti hänen ryhmässä oleva vaimonsa ja kertoi, että hän alun perin pakotti miehensä mukaan. Tämä oli hyvä aasinsilta puhua motivaatiosta. Ohjaaja pyysi, että jokainen miettii asteikolla 1 - 10 omaa panostamistaan tällä hetkellä painonhallintaan. Ohjaaja kuvaili lähtö- ja päättöpisteen janalle ja pyysin asettumaan siihen kohtaan, jossa tuntee olevansa. Janan jakauma oli 3 - 9 välillä siten, että suurin osa oli keskellä, 5 - 7 välillä. Yksi rouvista koki olevansa kolmosessa ja kertoi, että miettii kyllä muutoksia, mutta mitään ei ole vielä tehnyt. Ohjaaja totesi hänen olevan edelleen mukana ryhmässä ja kannusti miettimään tavoitteita. Kaksi rouvaa yhdeksikössä kertoivat vastaavasti muuttaneensa jo paljon ja olevansa oikein hyvässä vauhdissa kaiken suhteen; toinen heistä kertoi, että hän oli olotilaansa erittäin tyytyväinen ja onnellinen. Seitsemässä oleva rouva kertoi, ettei ajattele pudottavansa painoa vaan miettii jaksamista lastenlasten kanssa, koiran kanssa lenkkeilyä ja omaa parempaa oloa. Viidessä oleva rouva kertoi, että stressaa kovasti seuraavan viikon punnitusta, kun kokee, ettei ole mitään muutosta tehnyt. Kuitenkin hän kertoi liikkuvansa päivittäin ja pienentäneensä

annoskokoa ja pyrkivänsä lyhentämään ateriavälejä. Puhuimme positiivisen ajattelun voimasta, stressin hallinnasta ja levon tarpeellisuudesta. Ohjaaja muistutti, että eivät ne kilot ole parissa kuukaudessa tulleet, joten malttia.

Tulokset kuitenkin tietysti ovat tärkeitä motivaation ylläpitäjiä, joten kävimme miettimään yhdessä, mitkä asiat vaikuttavat motivaation säilymiseen. Ryhmässä otettiin ensimmäisenä esille tieto: pitää olla tietoa painonhallinnan teoriasta, liikunnan merkityksestä ja kompastuskivistäkin. Toinen tärkeä asia oli tuki. Se voi olla ryhmän tuki, mutta myös lähipiirin tuki oli tarpeen. Keskusteltiin siitä, että aina eivät välttämättä kommentit painonhallinnasta ole positiivisia vaan voi kuulla kadehtivia ja jopa ilkeitäkin kommentteja ystäviltä ja tuttavilta. Eräs rouvista kertoi, että häneltä oli jo kysytty, että onko hän sairas, kun oli laihtunut. Joku toinen kertoi, että hänelle huomauteltiin, että pitää syödä paljon, jotta saa kaiken tarvittavan vitamiinin ja muut ravintoaineet.

Kolmas asia motivaation säilyttämisessä oli stressin välttäminen. Pitäisi muistaa ottaa asiat löysin rantein ja tehdä niitä pieniä asioita yksi kerrallaan. Janatehtävän aikana esiin tulleita ajatuksia ja keinoja käytiin vielä tässä läpi, sillä parilla henkilöllä oli selkeästi rento ja salliva ote painonhallintaan ja juuri heillä tuloksia näyttää tapahtuneen. Toinen heistä kertoi käyvänsä kaupassa vain kaksi kertaa viikossa ja niin että on juuri syönyt, kun kauppaan menee. Lisäksi pitää olla ostoslista, jonka mukaan ostetaan tarvittavat. Hän kertoi, että rahaakin säästyy näin. Ruuan korkea hinta kauhastutti kaikkia.

Yksi rouvista kertoi löytäneensä ruuanlaiton mukavuuden pitkästä ajasta. Hän yksinasujana ei juuri ole itselleen ruokaa laittanut vaan mennyt aika pitkälti eineksillä ja voileivillä. Nyt kuitenkin on innostunut tekemään ruokaa ja pakastanut annoksia niiden päivien varalle, jolloin ei ehdi tai jaksa tehdä ruokaa. Alahuhan (2010) motivaatio on avaintekijä painonhallinnan onnistumisessa. Ryhmän ja läheisten tuki auttaa onnistumisessa ja tulosten ylläpitämisessä. Suunnitelmallisuus ja tavoitteet edistävät onnistumista. (Alahuhta 2010, 52–53, 59–62.)

Mini-interventio on lyhyt neuvonta, johon käytetään aikaa 10–15 minuuttia. Mini-interventiossa mietitään henkilön tilanne yksilöllisesti ja tavoitteet ja toimintatavat

sovitaan yhdessä. Henkilöllä itsellään on vastuu muutoksen tekemisestä, jolloin terveydenhuollon ihminen tukee kannustamalla empaattisesti ja palautetta antamalla. (Hyytinen ym. 2009,17.) Tässä ryhmässä mini-interventio toteutettiin ohjaamalla oman painonhallintasuunnitelman tekeminen. Jaettiin paperi, jolle tehdään oma painonhallintasuunnitelma. Tarkoituksena oli asettaa itselleen ainakin yksi tavoite painonhallintaan seuraavan kolmen kuukauden ajalle. Muistutettiin, että jokainen suunnittelisi myös itsensä palkitsemisen, kun tavoite on saavutettu. Keskustelimme tavoitteiden realistisuudesta ja konkreettisuudesta; mikä ja miten oikeasti on mahdollista tässä ajassa. Osa kirjoitti kiivaasti, osa mietti vielä, mitä tavoitteita asettaisi. Sovimme, että kontrollikäynnillä kolmen kuukauden kuluttua tarkistetaan tavoitteet ja mietitään niille jatkoa.

Keskustelussa mentiin tällä kerralla henkilökohtaiselle tasolle, mikä kertoo ryhmän jäsenten välisestä luottamuksesta. Ryhmää puhututti jo se, että seuraavan viikon tapaaminen merkitsee intensiivijakson loppumista ja se punnitus. Muistutin vyötärömitan mittaamisesta, sillä pienentynyt vatsan ympäryys kertoo positiivisesta muutoksesta vaikka se ei vaa´alla vielä niin hyvin näy. Ohjaaja kannusti ryhmän jäseniä omiin tapaamisiin. Tällä ryhmällä oli selkeästi hauskaa keskenään ja varmaan ainakin osa hyötyisi siitä, että tapaisi muita ohjauksen ulkopuolella.

Oma havainnointi oli muuttunut matkan varrella niin, että jokaista pään nyökkäystä, nojautumista ja katsekontaktia ei huomioinut vaan keskittyi enemmän kuvaamaan ryhmän tunnelmaa, puhetta ja asennetta muutoksiin. Jokainen ryhmäläinen oli muutoksia jo tehnyt, vaikka janalla tuli selkeästi näkyviin, miten eri vaiheissa ryhmäläiset ovat. Poissaolijoille lähetin kotiin ohjeet oman painonhallintasuunnitelman tekemisestä lyhyen kannustusviestin kera.

## 9.7 Repsahdusten hallinta

Paikalla oli 9/10 osallistujaa. Käytiin kuulumiskierros, jonka aiheena tällä kertaa olivat tiukat tilanteet painonhallinnassa. Pyysin jokaista kertomaan jonkin tilanteen, jonka oli kokenut painonhallinnan kannalta hankalaksi ja sen, miten siitä oli selvinnyt. Suurin osa kertoi, että kun on menossa juhliin, yrittää kotona kuitenkin syödä normaalisti, jottei nälkä juhlissa yllätä ja herkkuja tulisi syötyä silloin liikaa. Pari

rouvista kertoi, että menevät vain kylläisenä kauppaan ja silloinkin ostoslistan kanssa. On kuulemma rahaa säästynyt ja eikä turhia kiusauksia ole mukaan kotiin lähtenyt. Eräs rouvista sanoi, että hän ei puhu laihduttamisesta mitään silloin, kun on kylässä tai heillä on vieraita vaan yrittää syödä hitaasti, mutta vähän kaikkea maistellen. Eräs rouvista kertoi, että oli jättänyt kakun puoliksi syömättä, kun oli niin imelän makeaa. Ryhmässä tällä kerta mukana ollut mies kertoi, että ei ollut ihan onnistunut kiusauksia välttämään. Hän oli ollut pitkässä kokouksessa ja syönyt siellä lähinnä sämpylää ja kotimatalla poikennut muiden kyytiläisten pyynnöstä Brunbergin tehtaanmyymälään sillä seurauksella, että oli paitsi syönyt maistiaisista, ostanut myös kotiin ison kasan karkkia. Hän oli jakanut ne lapsenlapsille seuraavana päivän, mutta huono omatunto vaivasi.

Tästä päästin hyvin päivän aiheeseen eli repsahduksiin. Palautin mieleen asian alusta kurssin alusta eli sen, että kun muistaa arkena syödä niin kuin pitäisi, voi vähän lipsua joskus. Jaoin kaikille ”repsahduspäiväkirjan”; tein paperille vuosikalenterin ja sen alle kirjoitin ohjeet kuinka toimia, jos repsahtaa. Puhuin repsahduksista painonhallintaan kuuluvina asioina, mutta että tärkeää on kuitenkin aina muistaa palata ”arkeen”. Tämän oli ryhmä kyllä jo hyvin omaksunut ja osa kertoikin, että sallii itselleen yhden herkkupäivän viikossa, jolloin syö mitä mieli tekee. Toisaalta useampi totesi, että turha mitään itseltään kokonaan kieltää, koska kuitenkin juuri sitä tekee mieli ja silloin repsahdaminen voi olla pahakin juttu. Useissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että repsahdukset kuuluvat olennaisena osana elintapamuutoksiin. Repsahdusten kautta on mahdollista huomata omat vahvuutensa ja heikkoutensa sekä oppia niistä hallintaa tehdä pysyviä muutoksia. (Alahuhta 2010, 70–72; Hyytinen ym. 2009, 14; Lepikonmäki 2007, 33; Korkiakangas 2010, 59.)

Ryhmäläiset punnittiin jumpan aikana, ja oli ilo huomata, että melkein kaikilla paino pudonnut ja vyötärö pienentynyt. Yhden rouvan kanssa keskusteltiin pitkään, sillä hän sanoi olleensa todella tarkka ja tiukka ja pettyi, kun paino ei ollut laskenut. Kysyttäessä kuinka hän söi, todettiin hänen syövän niin vähän, että elimistö oli säästöliekillä. Ohjaaja kävi hänen kanssaan läpi 1400 kalorin dieetin havaintokuvan, jotta hän huomaisi, mitä tuo kalorimäärä tarkoittaa ruuan määränä. Muutoin oli ilo huomata, että kuinka pienillä muutoksilla tuloksia kuitenkin tosiaan on tullut

## 9.8 Seuranta

Seurantakäyntien tarkoituksena on tukea muutosten jatkamista. Ryhmällä oli kolme seurantakäyntiä siten, että kymmenes tapaamiskerta on ajallisesti yhdeksän kuukauden kuluttua ryhmän käynnistymisestä. Seurantakäynnin lähestyessä, lähetetään ryhmäläisille muistutuskirje. Kirjeessä kehoitetaan tulemaan mukaan, vaikka tuntuisi siltä, että edistystä ei ole tapahtunut. Seurantakäynneistä meillä on kokemus, että ne, joilla on motivaatiota jatkaa muutosten tekemistä, tulevat myös tapaamisiin. Haasteellista on saada vähemmän motivoitunut mukaan ja voimaantumaa ryhmän tuesta. Toisaalta jokainen tekee itse omat valintansa, eikä pakkoa voi olla. Useissa tutkimuksissa on tullut esille motivaation merkitys onnistumisessa. Lisäksi tiedon saanti, ohjaus ja ryhmän tuki ovat tärkeitä asioita onnistumiselle. (Kuoppala 2009, 42; Alahuhta 2010 59; Hyytinen ym. 2009, 52; Korkiakangas 2010, 48–50.)

## 10 HAASTATTELUT

Hirsjärven ym. (1998) mukaan haastattelu on yhdenlaista keskustelua, jossa haastattelijalla on ohjat. Tutkimushaastattelulla on tavoitteet ja sen avulla pyritään saamaan luotettavia ja päteviä tietoja. (Hirsjärvi ym. 1998, 204) Haastattelu tutkimusmenetelmänä on joustava ja sopiva monenlaisiin tutkimustarkoituksiin (Hirsjärvi & Hurme 2004, 34). Haastattelun etuina on, että ihmisen roolia tutkimustilanteen subjektina korostetaan, jolloin hän on merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Haastattelu sitoo puheen laajempaan kontekstiin, voi tuottaa monitahoisia ja moneen suuntiin viittaavia vastauksia. Haastattelu on käyttökelpoinen silloin, kun halutaan selventää vastauksia ja syventää tietoja tai tutkia arkoja tai vaikeita aiheita. Haastattelun haittoina on, että menetelmänä se vie paljon aikaa, vaatii taitoa, kokemusta ja koulutusta haastattelijalta. Aikaa kuluu paitsi itse haastattelun tekemiseen myös aineiston litterointiin haastattelun jälkeen etenkin vapaamuotoisessa haastattelussa. Haastattelun katsotaan sisältävän monia virhelähteitä aiheutuen niin haastattelijasta kuin haastateltavastakin. Kustannuksia aiheutuu aina, jos haastattelunauhoja on runsaasti. On lisäksi varauduttava postitus-, puhelin- ja matkakuluihin. Vapaamuotoisen haastattelun analysointi, tulkinta ja raportointi voi olla ongelmallista, koska valmiita malleja tähän ei ole. (Hirsjärvi ym. 2004, 34–35.)

Haastattelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään; strukturoitu haastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Strukturoidussa haastattelussa haastatellaan lomaketta apuna käyttäen. Kysymysten ja väitteiden muoto ja esittämisjärjestys on lomakkeessa täysin määrätty. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiiri eli teema-alue on tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Avoimessa haastattelussa selvitetään haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä sitä mukaan, kun ne tulevat esiin keskustelun kuluessa. Avoin haastattelu on lähellä keskustelua ja aihe voi muuttua keskustelun aikana. Haastattelut voidaan toteuttaa yksilö- tai parihaastatteluina sekä ryhmähaastatteluina. (Hirsjärvi ym. 1998, 204–206.)

Tässä opinnäytetyössä haastatteluiksi nimettiin keskustelut ryhmien ohjaajien kesken ryhmätapaamisten jälkeen sekä välipalaverissa, jolloin mietittiin mm. ryhmäkäyntien sisältöä, tapaamisten määrää ja aikataulutusta. Käydyt keskustelut ja palaverit kirjoitettiin muistiin osaksi jo niiden aikana ja osaksi heti tapaamisten ja keskustelujen jälkeen. Kun käynnistimme Pieni Päätös Päivässä -ryhmää, kävimme kahden muun ohjaajan kanssa yhdessä lävitse ryhmäkäyntien sisällön ja pituuden, tapaamisten määrän, ajankohdan, tilatarpeet sekä vetovuoroista sopimisen. Sovimme, että kun terveydenhoitajia on kaksi, niin vuorottelemme siten, että toinen ohjaa syksyn ja toinen kevään ryhmän. Fysioterapeutti oli mukana kaikissa ryhmissä siten, että hän piti liikuntateoriaosuuden yksin sekä ohjasi pääsääntöisesti kaikki liikuntaosuudet. Sovittiin, että mikäli ohjaajista toinen sairastuu, hoitaa toinen koko tapaamisen.

### 10.1 Ryhmän käynnistäminen

Kolmannen ryhmän käynnistyessä ensimmäisen kerran jälkeen keskusteltiin ryhmästä ja sen toimivuudesta. Tapaamisen tavoitteena oli varmistaa liikkumisen onnistuminen tämän ryhmän kanssa. Tässä ryhmässä ikä on korkeampi kuin aiemmissa, mikä asettaa haastetta mm. liikunnan toteutumiselle. Osalla on vaivoja lonkissa ja polvissa, joten fysioterapeutti mietti, miten voi toteuttaa kaikille sopivan liikuntaohjelman. Haastetta tässä todellakin tuntuu olevan. Pohtimisen jälkeen hän päätyi kuitenkin siihen, että alkuperäinen suunnitelma liikuntasisällöstä on hyvä, koska siinä voi kuitenkin luovia. Korkiakankaan (2010) mukaan laihduttaminen liikunnalla on hidasta ja vaatii tueksi syömismuutoksia. Realistiset tavoitteet syömismuutoksissa tukevat myös liikuntatavoitteiden toteutumista. (Korkiakangas 2010, 61.)

## 10.2 Toinen välipalaveri

Välipalaverin tarkoituksena oli kartoittaa ohjaajien mielipiteet ryhmäläisten motivaation tasosta sekä mieltä yhdessä keinoja vahvistaa motivoitumista. Ohjaajat arvioivat, että liikkumisen ja motivaation tasot ovat kovin erilaiset. Toinen kertoi kiinnittäneensä huomion siihen, että miehistä kahdella ja yhdellä rouvista tuntuu olevan aina jokin ongelma, joka estää juuri nyt keskittymisen tähän asiaan sekä siihen, että tekeminen liikunnan aikana on vastahakoista eikä kovin yritteliästä. Hän kertoi miettivänsä sitä, että onko heillä motivaatiota ollenkaan, mutta toisaalta kun kuitenkin ryhmässä ovat mukana, niin ehkä siellä jotain harkintaa on taustalla. Korkiakankaan (2010) mukaan liikunnan kokeminen terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun kannalta on ikääntyneille merkityksellistä. Kun fyysisiä vaivoja ja sairauksia on, liikunta nähdään enemmän osana hyvinvointia. (Korkiakangas 2010, 61.) Alahuudan (2010) mukaan ohjattavien muutosvaiheissa etenemistä voidaan pitää vaikuttavuuden mittarina, vaikka elintapamuutokset eivät aina etene suoraviivaisesti vaan siirtymistä voi tapahtua molempiin suuntiin (Alahuhta 2010, 37, ).

## 10.3 Kolmas välipalaveri

Välitapaamisen tarkoituksena oli keskustella, kuinka ohjaaja voi vaikuttaa motivaation syttymiseen ja pysymiseen. Arvioitiin, että suurin osa oli motivoitunut ryhmään ja oman hyvinvoinnin parantamiseen. Toisaalta ne kaksi miestä eivät oikein vaikuttaneet innostuneilta ja toinen heistä olikin poissa tänään. Rouvista yksi pysyi edelleen mukana, vaikei tunnu motivoituneelta. Hän kertoi kuitenkin liikuntaosuudella yrittävänsä polkea kotona kuntopyörää joka päivä, koska käveleminen on kipeiden lonkkien vuoksi hankalaa. Ohjaaja kertoi kannustaneensa tähän. Viidennen kerran janaharjoituksesta oli ilmeisesti hyötyä, sillä ohjaaja kertoi, että nyt oli jotain tapahtunut rouvalle, jonka motivaatiota olemme miettineet; rouva oli nimittäin ollut oikein reippaalla asenteella mukana liikuntaosuudella. Ohjaajan mielestä rouvan oma asenne oli muuttunut. Rouva oli kertonut, että pitää ilmeisesti itse tehdä asioille jotain, eikä odotella, että paino putoaa, kun käy ryhmätapaamisissa. Alahuudan (2010) sekä Korkiakankaan (2010) mukaan tulisi ohjauksessa tarkastella henkilön itsensä nimeämiä elintapamuutosten hyötyjä sitoutumisen vuoksi ja korostaa niitä ohjausprosessin ajan. Ohjauksessa tulisi kuitenkin opastaa valitsemaan helposti

saavutettavia ja omaksuttavia muutoksia, koska se lisää pystyvyyden tunnetta. Onnistumisen kokemukset kannustavat myös vaativimpiin tavoitteisiin. (Alahuhta 2010, 60, Korkiakangas 2010, 61.)

#### 10.4 Seurantakäynnin suunnittelu

Välitapaamisen tarkoituksena oli seurantakäyntien aikataulujen ja vetovuorojen suunnittelu. Seurantakäyntiä ennen saimme tiedon fysioterapiaosastolla alkavasta remontista. Remontin vuoksi on etsittävä uusi kokoontumispaikka, sillä kokoushuone ei ole käytettävissä. Mietimme sopivia tiloja ja löysimme ratkaisun; punnitus terveydenhoitajan huoneessa ja sen jälkeen ulos kävelyille, mikäli sää sallii. Sateen sattuessa mahdollitaisiin terveydenhoitajan vastaanottohuoneeseen. Ryhmän motivaatiosta keskusteltaessa tulimme siihen tulokseen, että olivat motivoituneita ja kun tuloksia painonlaskuna oli tullut, motivoi se jatkamaan muutoksia. Ohjaajien mielestä motivaatio näkyy siinä, että saapuu ryhmään, on mukana keskusteluissa ja osallistuu liikuntaosuuksiin aktiivisesti. Myös oma aktiivisuus mm. venyttelyohjelman pyytäminen, kaupungin järjestämistä liikuntaryhmistä kysyminen sekä verkostoituminen muiden ryhmäläisten kanssa kertovat motivaatiosta. Samat asiat nousevat esille myös Alahudnan (2010) tutkimuksessa, jossa motivaatio, kyky ja halu ovat elintapamuutosten tavoitteiden taustalla (Alahuhta 2010, 59).

## 11 SISÄLLÖNANALYYSI

Tässä opinnäytetyössä sisällön analyysiä käytettiin opinnäytetyön tekijän päiväkirjahavaintojen sekä ryhmäläisten kirjoitusten analysointiin. Tarkoituksena oli saada esille motivaatio elintapamuutostekoon, tiedonsaannin riittävyys, ryhmän tuki yksittäiselle ryhmäläiselle sekä samalla kehittää ja hioa elintaparyhmän toimintamallia.

Sisällön analyysi on laadullisessa tutkimuksessa perusmenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Se on menettelytapa,olla voidaan analysoida dokumentteja, kirjoitettuja, kuultuja tai nähtyjä sisältöjä systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi on tapa järjestää, kuvailla ja luokitella tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysi sopii strukturoimattoman aineiston käsittelyyn hyvin ja sitä



voidaan käyttää päiväkirjojen, kirjeiden, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen, artikkelien, ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitekartta, käsitejärjestelmä tai malli. (Kynäs & Vanhanen 1999, 1 – 12; Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä vaan ohjeita analyysiprosessin etenemisestä. Sisällön analyysissä voidaan edetä joko aineistoista lähtien (induktiivisesti) tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä (deduktiivisesti), jota hyväksikäyttäen aineistoa luokitellaan. Ennen analyysin aloittamista on päätettävä mikä aineistossa kiinnostaa ja analysoiko sen, mikä on selkeästi ilmaistu vai myös piilossa olevia viestejä. On valittava tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti tarkasteltava ilmiö ja siitä haluttu tieto. Sisällön analyysissä määritellään analyysiyksikkö, joka voi olla yksi sana tai sanayhdistelmä tai lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Ajatuskokonaisuus voi muodostua useammasta lauseesta ja voi sisältää useamman merkityksen. Tutkimustehtävä määrittää analyysiyksikön ja aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Aineistosta lähtevä analyysi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä, abstrahointina. Pelkistämisellä aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmittelyssä tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmauksista ne asiat, jotka näyttävät liittyvän yhteen. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Aineistoa pelkistetään esimerkiksi tutkimuskysymysten avulla. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan aineiston termeillä ja kerätään listoiksi. (Kynäs ym. 1999, 1-12; Tuomi ym. 2002, 94–97, 102–105, 110–115. )

Analyysissä seuraava vaihe on ryhmittely. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan sisältöä hyvin kuvaava nimi. Tutkija päättää tulkintaansa hyväksi käyttäen, mitkä asiat voidaan yhdistää samaan ja mitä ei voi yhdistää. Samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se sisällön kannalta on mielekästä ja mahdollista. Nimeämisessä voidaan antaa kategorialle nimi, joka on aiemmin tuttu sanapari tai

käsite. Tulokset esitetään tutkimusraportissa mallina, käsitekarttana, käsitejärjestelmänä tai kategorioina. Tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt ja se, mitä ne tarkoittavat. Sisältö kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Voidaan myös esittää suoria lainauksia tutkimusraportin luotettavuuden lisäämiseksi ja lukijalle näin osoittaa minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Suoria lainauksia käytettäessä on tutkijan varmistettava, ettei tutkittavia voida tunnistaa. Tutkija pyrkii johtopäätösten avulla ymmärtämään asioiden merkityksen tutkittaville. Pyrkimyksenä on, että tutkija ymmärtää tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. (Kyngäs ym. 1999, 1-12; Tuomi ym. 2002, 102–105, 110–115.)

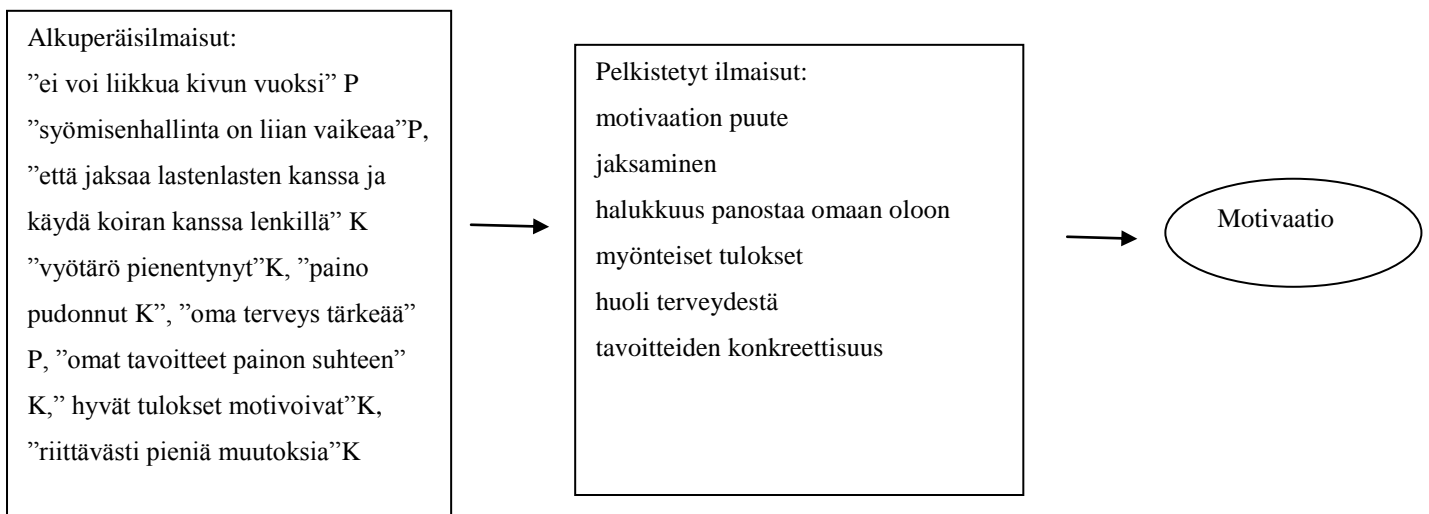
Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysiä käytettiin päiväkirjan havaintojen ja ryhmäläisten kirjoitusten tutkimiseen. Opinnäytetyön tekijä piti päiväkirjaa koko ryhmän ajan kirjoittaen vapaata tekstiä aina ryhmän jälkeen. Pääpaino päiväkirjan pitämisessä oli havainnoida, kuinka motivoituneita ryhmäläiset olivat elintapamuutosten tekemiseen. Motivaation lisäksi kiinnitettiin huomioita kehittämisen kannalta tärkeisiin asioihin, joita olivat ryhmän sisällön toimivuus, tiedon riittävyys muutosten tekemiseen sekä ryhmäkäyntien määrä. Ryhmäläisille annettiin tehtäväksi kirjoittaa vapaasti palautetta. Toivottiin ryhmäläisten kertovan, miten ryhmän sisältö vastasi hänen tarpeitaan, millaisia muutoksia henkilö oli tehnyt ruokavaliossa ja liikunnassa ryhmän aikana. Ryhmäläisten toivottiin vastaavan, olivatko he saaneet tarpeeksi tietoa muutosten tekemiseen sekä millainen on oma motivaatio asteikolla 1 - 10 muutosten jatkamiseen.

Sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla päiväkirja läpi. Päätettiin merkitä eri väreillä alleviivaten motivaatiota kuvaavat ilmaisut, annettu tieto liikunnasta ja syömisestä sekä tehdyt muutokset. Päiväkirja sisälsi opinnäytetyön tekijän ajatukset ja havainnot, joita täydentämään pyydettiin ryhmäläisiltä vapaata palautetta. Palautteet luettiin ja merkittiin samoilla väreillä kuin päiväkirjassa. Yhdistämällä päiväkirja ja palautteet saatiin analysoitava aineisto.

## 11.1 Motivaatio

Muutosvaihemallissa neuvonta tukee parhaiten elintapamuutosta silloin, kun muutoksen prosessit, vaiheet ja tasot toteutuvat. Käyttäytymisen muutoksen aikana ryhmäläinen käy läpi kokemusperäisiä (ajattelu, tunteet ja kokemukset) ja toiminnallisia (tekeminen) prosesseja, jotka ovat välttämättömiä muutoksen tekemiselle. Muutoksen alkuvaiheessa korostuvat kokemukselliset ja muutoksen edetessä toiminnalliset prosessit. (Vähäsarja ym. 2004, 82.)

Motivaation puute ilmeni selityksinä sekä ryhmästä poisjääntinä. Ryhmän lopetti kesken kolme osallistujaa. Motivaatiota ilmaisi ryhmässä mukana olo, aktiivinen osallistuminen keskusteluun, kysyminen, muiden kannustaminen, omien tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttaminen. Yhdessä kirjoituksessa tuli ilmi, että kun muillakin on sama ongelma, tukee se omaa motivaatiota. Arviointiasteikolla 1 - 10 ryhmäläiset arvioivat motivaationsa muutokseen olevan 7 - 9.



Kuva 6. Sisällön analyysi motivaatiosta. P=päiväkirjamerkintä, K=kirjoitus.

Motivaatiota kuvasi päiväkirjamerkintöjen ja ryhmäläisten kirjoituksen perusteella seuraavat luettelossa olevat asiat:

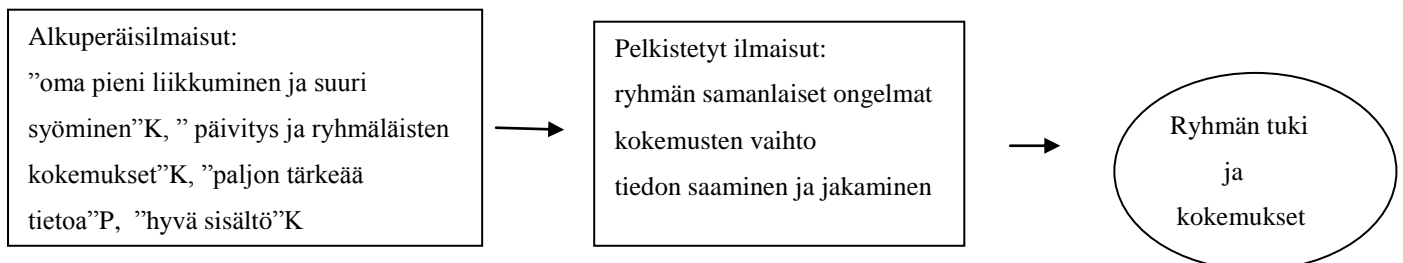
- oma halukkuus panostaa itseensä
- myönteiset tulokset
- oman terveyden tärkeys

- omien tavoitteiden asettaminen
- tavoitteiden konkreettisuus
- osallistuminen keskusteluun, kysyminen

## 11.2 Tiedollinen sisältö ja ryhmän tuki

Alahuhan ja Laitisen (2011) mukaan elintapaohjauksen tavoitteena on tietojen ja taitojen parantaminen. Ryhmäohjauksen etuna on kustannussäästöjen lisäksi muiden samassa tilanteessa olevien tuki sekä kokemusten, tunteiden ja tekemisen jakaminen. (Alahuhta ym. 2011, 59.)

Ryhmäläisten kirjoituksissa ryhmän sisältö koettiin tarpeita vastaavaksi. ”Kyllä se oli ihan hyvä, kun huomasin, että oli muitakin, joilla ongelma tämä oma pieni liikkuminen ja suuri syöminen”. Muutoin oli kommentoitu että saatiin paljon tärkeää tietoa ja ettei koskaan voi saada liikaa tietoa terveyttä edistävästä ruuasta ja liikunnasta. ”Siksi tämä päivitys ja ryhmäläisten kokemukset antoivat vain puhtia ja ideoita jatkaa opiskelua tällä saralla”.

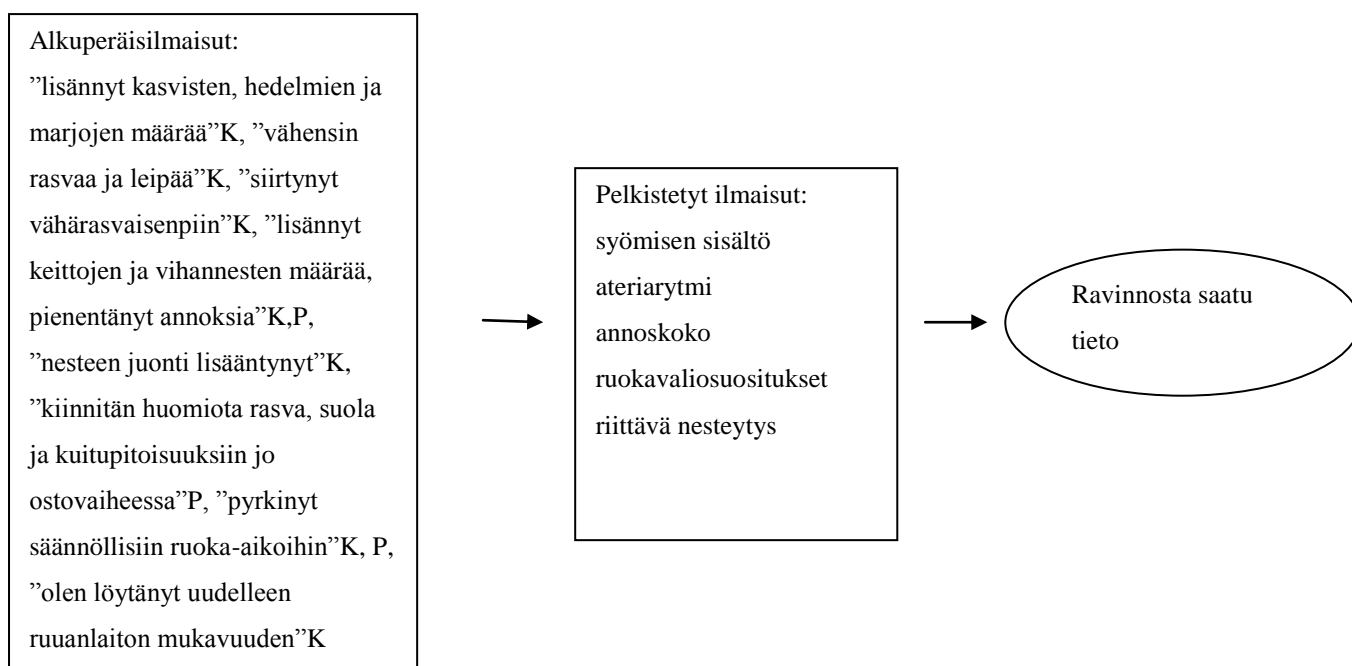


Kuva 7. Sisällön analyysi ryhmän tuki ja kokemukset. P =päiväkirjamerkintä, K =kirjoitus.

Ryhmän tukea kuvasi päiväkirjamerkintöjen ja ryhmäläisten kirjoitusten perusteella

- kokemusten vaihto
- tiedon saaminen ja jakaminen
- muiden ryhmäläisten samanlaiset ongelmat

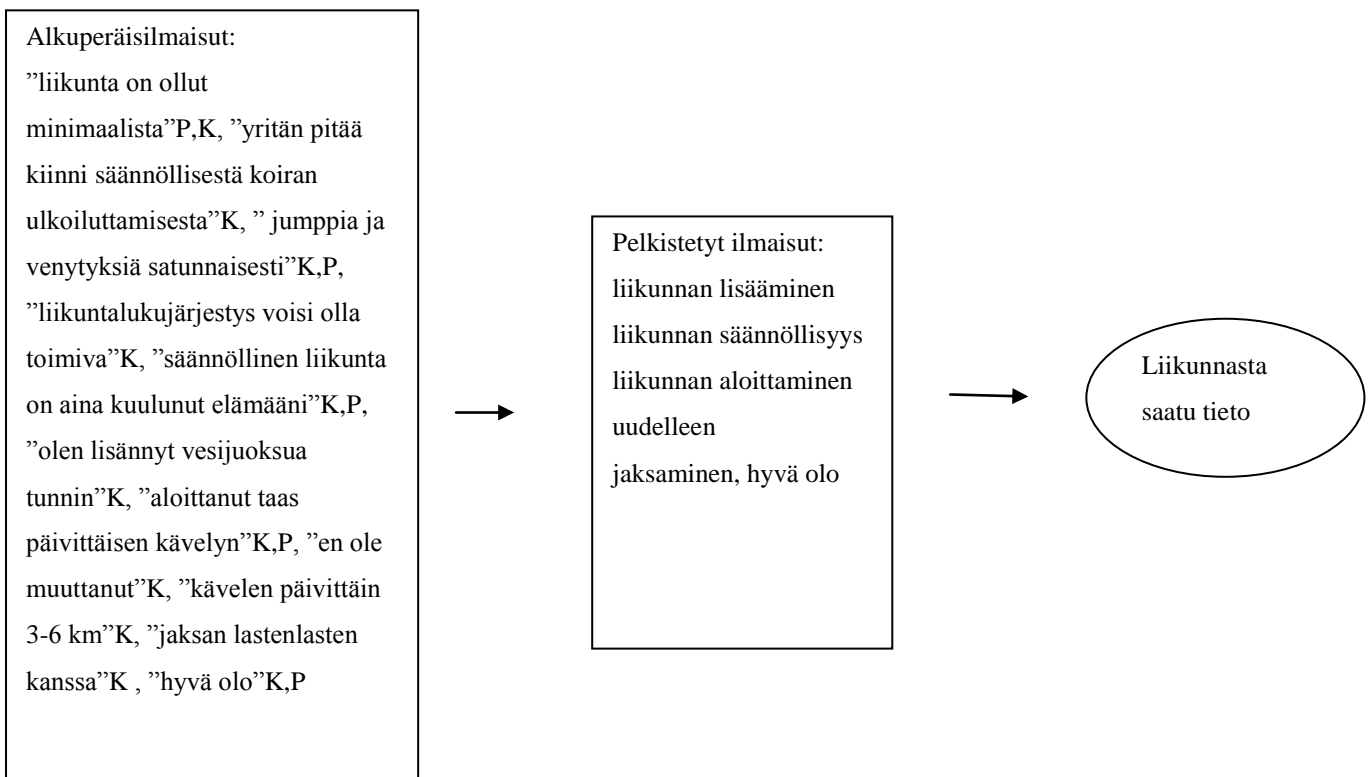
Ryhmän sisällöllinen kokonaisuus vastasi Pieni Päätös Päivässä -ohjelman mukaisesti tiedon antamista liikkumisen teoriasta, syömisen sisällöstä, ateriarytmistä, rasvoista, kuidusta, suolasta sekä kasvisten, hedelmien ja marjojen käytöstä. Syömistä käytiin läpi Itämeren ruokavaliosuosituksen mukaisesti. Puhuttiin myös unen ja stressin vaikutuksista painonhallintaan. Pyrittiin puhumaan pienten muutosten merkityksestä ja omien tavoitteiden toteuttamisesta. Liikuntaan tutustuttiin teorian lisäksi kokeilemalla erilaisia liikuntamuotoja kuten sauvakävelyä, keppijumppaa, kuntopiiriä ja kuminauhajumppaa. Askelmittaria kokeiltiin sauvakävelyn yhteydessä, sillä sen on todettu olevan hyvä motivaattori liikkumisen seurantaan (Alahuhta 2010, 59; Korkiakangas 2010, 60; Aittasalo ym. 2012, 404). Ryhmäläiset tekivät muutoksia ryhmän aikana liikunnan suhteen sekä ruokavalioasioissa. Oli kiinnitetty enemmän huomiota ruuan rasva, kuitu ja suolapitoisuuksiin, ateriarytmiin. ”Kasvisten, hedelmien ja marjojen määrää olen lisännyt liki suosituksen mukaiseen kuuteen kouralliseen.” Leivän syöntiä oli vähentänyt useampi. Myös annoskoon pienentämiseen ja riittävään nesteeseen juomiseen oli kiinnitetty huomiota.



Kuva 8. Sisällön analyysi ravinnosta saadusta tiedosta. P =päiväkirjamerkintä, K =Kirjoitus.

Ravinnosta saatua tietoa kuvasi päiväkirjamerkintöjen ja ryhmäläisten kirjoitusten mukaan

- syömisen sisältö
- ateriarytmi
- annoskoko
- ruokavaliosuositukset
- riittävä nesteensaanti



Kuva 9. Sisällön analyysi liikunnasta saadusta tiedosta. P= päiväkirjamerkintä, K = kirjoitus

Liikunnasta saatua tietoa kuvasi päiväkirjamerkinnöistä ja ryhmäläisten kirjoituksista

- liikunnan aloittaminen uudelleen
- liikunnan lisääminen
- liikunnan säännöllisyys

- jaksaminen ja hyvä olo

### 11.3 Muutoksen arviointi

Ohjauksen tavoitteena oli antaa riittävästi tietoa muutoksen tekemiseen sekä määrittämään realistiset, toteutettavissa olevat tavoitteet sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille. Pääpaino ohjauksessa tulee olla pysyvissä muutoksissa muistaen, että elintapamuutokset ovat aikaa vieviä ja pitkiä prosesseja. Repsahdukset kuuluvat muutoksen tekoon ja niistä voi oppia toimintatapoja kriittisiin tilanteisiin. (Alahuhta ym. 2011, 60; Korkiakangas 2010, 61; Alahuhta 2010, 59; Hyytinen ym. 2009, 14.) Ryhmäläisten arvioinnin mukaan tietoa muutosten tekemiseen saatiin riittävästi ja tiedon laatu on ollut kiitettävää. Yksi ryhmäläisistä olisi halunnut tietoa nivelrikkolonkille sopivasta liikunnasta. Kahdenkeskisiä keskusteluja käytiin kaikkien kanssa punnitustilanteissa. Näissä tilanteissa otettiin enemmän esille henkilökohtaisia ongelmia, kuten napostelua ja alkoholin käyttöä. Ohjaaja pyrki antamaan tukea muutokselle näissä tilanteissa motivoimalla muutoksen tekoon pienelläkin askeleella. Tärkeää on, että muutoksia tehdään siten, että yksi asia kerrallaan, jolloin onnistutaan paremmin ja saavutetaan tavoite lyhyellä aikavälillä. Tutkimuksissa on tullut esille riittävän tiedon tarpeellisuus muutoksen onnistumisessa. Tavoitteellisuus on todettu yhdeksi onnistumisen välineeksi. Repsahdusten on todettu kuuluvan olennaisesti muutokseen ja sen vuoksi niistä tulee puhua. (Alahuhta 2010, 61; Lepikonmäki 2007, 35; Korkiakangas 2010, 59; Hyytinen ym. 2009, 51.)

## 12 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tekijän aloittama yhteistyö vapaa-aikatoimen kanssa päättyi jatkuttuaan reilun vuoden. Toimintatutkimuksen spiraalin mukaisesti päättynyt toiminta aloitti uuden, kun saimme mahdollisuuden osallistua Pieni Päätös Päivässä – koulutukseen. Ryhmään valittavien kriteerinä oli ikä, 18–63 vuotta ja painoindeksi 30–35. Ryhmän aloittamisesta tehtiin lehtijuttu paikallislehtiin, jolloin kiinnostus ryhmään saatiin herätettyä. Tieto ryhmästä ja hakuperusteista oli myös kaupungin nettisivuilla. Hakukaavakkeita sai käydä täyttämässä terveyskeskuksessa. Ryhmän ohjaajat kävivät yhdessä hakemukset, 31 kpl, läpi ja valitsivat ryhmään ensimmäiseen

ryhmään 16 henkilöä. Hakukaavakkeista valikoitui myös erillinen painonhallintaryhmä kuudelle henkilölle, joiden painoindeksi oli yli 36. Tämän ryhmän tapaamisista vastasi aiemmin painonhallintaryhmiä ohjannut terveydenhoitaja. Eläkeläisiä ei kahteen ensimmäiseen ryhmään valittu.

Ensimmäinen ryhmä kokoontui yhteensä 14 kertaa siten, että ensimmäiset kymmenen kertaa kokoonnuttiin viikon välein. Seurantakäynnit olivat kolmen, kuuden ja 12 kuukauden kuluttua ensimmäisestä käynnistä. Ohjaajien mukaan viimeisille kerroille ei tahtonut löytyä uutta puhuttavaa vaan kerrattiin edellisten käyntien asioita. Lisäksi ryhmätapaamisiin sitoutumisessa oli jonkin verran ongelmaa puolivälin jälkeen, joten päädyimme muokkaamaan sisältöä ja supistamaan käyntien määrää. Toinen ryhmä kokoontui yhteensä 10 kertaa siten, että intensiivijakso kesti seitsemän viikkoa. Tämän jälkeen kokoontumisessa oli kuukauden tauko. Kaksi viimeistä seurantakäyntiä olivat kuuden ja yhdeksän kuukauden kuluttua aloittamisesta.

Ohjauksen sisältö käsitti perusasiat painonhallintaan liittyvistä asioista. Ohjauksessa käsiteltiin ruokavalioasioita, ruokavaliosuosituksia, ylipainon merkitystä terveydelle, liikunnan teoriaa ja elämäntapamuutoksen psyykkistä puolta, kuten repsahduksia osana muutosta. Liikuntaan tutustuttiin erilaisten harjoitusten, kuten sauvakävely, keppi- ja kuminauhajumppa, kuntopiiri, avulla. Ryhmäläisiä ohjattiin omaseurantaan liikkumisessa askelmittarin avulla. Painonhallinnan apuvälineinä ryhmäläiset ohjattiin käyttämään ruokapäiväkirjaa, tekemään painon ja vyötärömitan omaseurantaa sekä asettamaan omat tavoitteet painonhallinnalle ensin lyhyelle ja sitten pitkälle aikavälille. Ryhmäläisille painotettiin pienten muutosten merkitystä kokonaisuudelle.

Kolmannen ryhmän kanssa päätettiin toteuttaa samaa toimivaksi koettua ohjelmaa. Poikkeuksena kuitenkin tässä ryhmässä oli ikähaitari, 63–68 vuotta. Korkeampi ikä vaikutti jonkin verran ryhmän sisällön miettimiseen etenkin liikuntaosuuksien kohdalla. Ensimmäisellä kerralla kartoitimme mahdolliset rajoituksen liikuntasuorituksen tekoon ja painotimme omaa tuntemusta suorituksissa. Pääpaino tälle ryhmälle ohjauksen sisällössä oli ruokavalioon liittyvissä asioissa. Ryhmä oli motivoitunut, ryhmäytyi hyvin ja sai aikaan hyviä tuloksia, joskin seuranta on vielä kesken.



Ohjaajien kokemukset ryhmien vetämisestä olivat positiiviset ja koimme kaikki, että tämä on hyvä, resurssia säästävä tapa antaa elintapaneuvontaa. Koimme myös, että sitoutuminen ryhmissä oli vahvaa, vaikka jokaisesta ryhmästä jäikin parin ensimmäisen kerran aikana muutama (1-3) pois. Ryhmien koko vaihteli 12–16 henkilön välillä. Optimaalinen ryhmäkoko ohjaajien mielestä olisi noin kymmenen hengen ryhmä näiden kokemusten perusteella. Muutosvaihemallin mukainen toimintavaiheessa oleminen näkyi ryhmäläisissä niin, että muutoksia tehtiin jokaisen tapaamiskerran jälkeen käsitellyn aiheen mukaisesti. Tuki ja kannustus muilta ryhmäläisiltä motivoivat myös niitä, jotka etenevät hitaammin. Koimme, että ne, joilla ei jostain syystä ollut muutosvalmiutta, jäivät pois ryhmästä sen alkuvaiheessa. Selkeästi myös muutaman ryhmäläisen motivaatio löytyi matkan varrella. Tiedonsaannin lisäksi tavoitteellisuus ja omaseuranta kannustivat muutosten jatkamisessa.

Yhteisissä keskusteluissa ohjaajien kesken olemme pohtineet, kannattaako seuranta jatkaa vuoteen saakka vai pysyä tässä yhdeksän kuukauden ajassa. Koemme, että osa hyötyisi näistä tapaamisista, mutta toisaalta, jos yli kymmenen hengen ryhmästä paikalle saapuu alle puolet, ei tämä ole tarpeen. Yhtenä ehdotuksena oli, että kutsuttaisiin kaikki ryhmät tapaamiseen, jolloin meillä mahdollisesti olisi suurempi osallistujamäärä paikalla. Näin meillä olisi mahdollisuus tulosten seurantaan ja tukeen muutosten jatkamisessa pidemmällä aikavälillä. Olemme kuitenkin saaneet luotua ryhmäneuvontaan sisällön ja mallin, jonka koemme tällä hetkellä vastaavan ryhmäläisten tarpeita, siirtävän painetta pois yksilövastaanotolta sekä säästävän resursseja. On kuitenkin muistettava, että kaikille ei ryhmämuotoinen elintapaneuvonta sovellu eikä se siten poista kokonaan tarvetta yksilölliseen neuvontaan ja ohjaukseen.

### 13 KEHITTÄMISTYÖN LUOTETTAVUUS

Toimintatutkimukselle tyypillistä on, että tutkimuksen prosessi johtaa uusien ongelmien havaitsemiseen ja tätä kautta uuden toimintasyklin toteuttamiseen. Toimintatutkimuksen yhtenä lähtökohtana on toiminnan kehittäminen, jolloin tietoa tuotetaan ajattelun, toiminnan ja käytännön havainnointien kautta ja tutkimusmenetelmät ovat tiedon hankkimisen välineitä. Laadullisessa tutkimuksessa

tutkimusongelma ei aina ole täsmällisesti ilmaistavissa tutkimuksen alussa, vaan täsmentyy koko tutkimuksen ajan. (Heikkinen ym. 2007, 198–201; Heikkinen ym. 1999, 68–73.) Tuomi ym. (2002) toteavat, että laadullisella tutkimuksella ei ole yhtenäistä perinnettä ja siksi laadullisesta tutkimuksesta löytyy erilaisia käsityksiä, jotka koskevat laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi ym. 2002, 131). Hirsjärvi ym. (1998) toteaa laadullisen tutkimuksen olevan juoneltaan etenevä kertomus, jossa kirjoittamisella on merkittävä asema (Hirsjärvi ym. 1998, 253). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa säätelee laatu määrän sijasta. Tavoitteena on tutkittavan asian tai ilmiön ymmärtäminen, vanhojen ajatusmallien kyseenalaistaminen ja mahdollisuus ajatella toisin. Laadullisessa tutkimuksessa kannattaa usein yhdistellä erilaisia aineistoja yksittäisten tiedonkeruumenetelmien sijaan. (Vilka 2005, 126.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän sopivuutta tutkimuskohteen tutkimiseen. Validiteetti pohjautuu totuuden korrespondenssiteoriaan, ajatukseen tosiasioiden ja väitteiden välisestä todellisuudesta. Reliabiliteetti kuvaa tutkimuksen toistettavuutta. Toimintatutkimuksessa pyritään tekemään muutosta intervention (väliintulon) avulla, minkä vuoksi reliabiliteettia ei voida arvioida, koska tilanne on muuttunut. Toimintatutkimuksessa validiteetin arviointi on hankalaa tulkintojen vuoksi. Todellisuus, johon verrataan, on tutkijan subjektiivinen käsitys. (Heikkinen ym. 1999, 111–114; Heikkinen ym. 2004, 147–148.) Heikkisen ym. (2007) mukaan toimintatutkimuksen arvioinnissa voidaan käyttää Kvalen ajatusta viidestä periaatteesta. Periaatteet ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. (Heikkinen ym. 2007, 149–152.)

### 13.1 Historiallinen jatkuvuus

Historiallisen jatkuvuuden mukaan toiminta ei ala tyhjästä, ei pääty koskaan ja sijoittuu tiettyyn historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen yhteyteensä. (Heikkinen ym. 2007, 149–152). Tässä opinnäytetyössä koettiin tärkeänä, että saatiin luotua toimiva malli elintapaneuvontaan ryhmässä. Tarpeelliseksi sen teki paine saada keinoja suurimman kansansairauden, diabeteksen, ennaltaehkäisyyn. Terveystieteiden ja fysioterapeutin työnkuvaan ryhmien ohjaaminen sopi hyvin ja

kustannussäästöäkin syntyi, kun pystyimme antamaan ohjausta usealle henkilölle yhtä aikaa. Jos saimme edes osan ryhmiin osallistuneista ymmärtämään oman toimintansa merkityksen diabeteksen ehkäisyssä, saimme merkittävän terveyshyödyn aikaan niin yksilötasolla kuin yhteiskunnallisestikin. Yhteistyö kahden eri sektorin välillä ei vielä onnistunut, mutta kahden eri osaston, fysioterapian ja avovastaanoton välillä onnistui.

### 13.2 Reflektiivisyys

Toimintatutkimukseen liittyy olennaisesti reflektointi, jota tehdään koko tutkimuksen ajan. Laadullinen tutkimus perustuu tutkijan ymmärrykseen ja tulkintaan, jossa tutkijan tärkein väline on hän itse. Tutkijan on tärkeää arvioida omaa rooliaan tutkimuksessa. Toimintatutkimuksessa uuden kehittäminen perustuu aiemman toiminnan arviointiin, joka puolestaan käynnistää uuden toimintasyklin. (Heikkinen ym. 2007, 153–154.) Tässä opinnäytetyössä aloitettiin yhteistyö elintaparyhmän kehittämisessä vapaa-aikatoimen kanssa. Toiminta ei kuitenkaan lähtenyt kunnolla käyntiin ja osoittautui parhaaksi lopettaa toiminta kokonaan. Uusi toimintasykli käynnistyi Pieni Päätös Päivässä – ohjelman kautta. Ensimmäisen ryhmän jälkeen arvioitiin toteutumista ja sisältöä sekä tehtiin muutoksia ennen toista ryhmää. Kolmas ryhmä toteutettiin liki samanlaisin sisällöin kuin toinen ryhmä.

Tässä opinnäytetyössä aineistona käytettiin opinnäytetyöntekijän pitämää päiväkirjaa ryhmätapaamisista, sisällönanalyysia ryhmäläisten kirjeistä sekä ohjaajien avointa haastattelua. Mielestäni monien menetelmien yhdistäminen sopi tähän opinnäytetyöhön hyvin ja tuki tutkimuksen etenemistä ja tuloksia. Kaikki menetelmät vaativat teorian tiedon lukemista pohjaksi tekemiselle, minkä lisäksi paljon aikaa kului pelkästään kirjoittamiseen.

Päiväkirjan tarkoituksena oli havainnoida ryhmäläisten motivoitumista ja muutosta ryhmän aikana. Päiväkirjaa kirjoitettiin heti ryhmätapaamisten jälkeen muistinvaraisesti. Muistiinpanot kuvaavat siis opinnäytetyön tekijän näkemystä ja kokemusta ryhmätilanteista ja ryhmäläisistä ja sisältävät valikointia. Joku toinen voisi kuvailla eri asioita kuin tässä opinnäytetyössä on kuvattu. Voi myös olla, että jotain tulosten kannalta olennaista on jäänyt huomaamatta. Päiväkirjojen sisältöä pyrittiin kuvaamaan etenevän kertomuksen tavoin, kuitenkin niin, että tekijä käytti omaa

valikointia ja tulkintaa. Tekijän oma kiinnostus elintapamuutoksen onnistumiseen toivottavasti välittyi kertomuksessa kannustuksena ja tuen antamisena ryhmäläisille.

Sisällönanalyysissä haasteena oli aineiston pelkistäminen ja kategorioiden muodostaminen niin, että ne kuvaavat tutkittavaa asiaa mahdollisimman luotettavasti. Tulokset kuvattiin tarkasti, jotta pystyttiin osoittamaan, miten tulkinnat on tehty. Tulokset esitettiin laatikkomuodossa ja tekstissä kuitenkin niin, ettei vastaajia voida tunnistaa teksteistä. Sisällönanalyysissä käytettiin opinnäytetyön tekijän omaa tulkintaa aineiston pelkistämässä ja ryhmittelyssä.

Tässä opinnäytetyössä tekijä käytti avointa haastattelua kokemusten vaihtoon ohjaajien kesken ryhmätilanteiden jälkeen. Avoimessa haastattelussa ei ole varsinaista runkoa, joten tilanteen ohjailua teki haastattelija. Tekijä selvitti keskusteluissa toisten ryhmänohjaajien ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä ryhmätilanteista. Osa haastattelutilanteiden asioista kirjattiin heti ylös, osa haastattelun vasta jälkeen. On mahdollista, että tekijä on ymmärtänyt asiat eri tavalla kuin haastateltava on tarkoittanut, ja siten on tehty tulkintaa suuntaan tai toiseen. Toisaalta on mahdollista, että keskusteluissa käsiteltiin vain positiivisia ja tutkimuksen kannalta hyviä asioita. Pyrkimyksenä oli antaa toisten ohjaajien omin sanoin kertoa omat huomiot ja ajatukset kyseisestä asiasta.

### 13.3Dialektisuus

Dialektisuus perustuu ajatukseen, jossa sosiaalinen todellisuus rakentuu väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena synteetiksi. Ihanteellisen toimintatutkimusraportin tulee sisältää monia näkökulmia. (Heikkinen ym. 2004, 154–155.) Tässä opinnäytetyössä tuotiin esiin ryhmän ohjaajien ja ryhmäläisten näkökulmat elintapamuutosten tekemiseen ja niissä onnistumiseen. Koko työ rakentui ryhmäläisten ja ohjaajien kokemuksiin ja tulosten arviointiin. Motivaatio nousi keskeiseksi tekijäksi onnistumisessa. Tiedon merkitystä ja riittävää saantia käsiteltiin, koska riittävä tietopohja auttaa painonhallinnan onnistumisessa. Organisaation tasolla pyrittiin ratkaisemaan diabeteksen ennaltaehkäisyyn liittyvää ongelmaa panostamalla elintapaneuvonnan kehittämiseen. Tavoitteena oli saada toimiva ryhmäohjausmalli terveyskeskuksen elintapaneuvontaan resurssien optimoimiseksi.

### 13.4 Toimivuus

Toimivuusperiaatteen mukaisesti toimintatutkimusta voidaan arvioida sen käytännön vaikutusten kautta. Vaikutuksia voi olla hyöty tai osallistujien voimaantuminen. Voidaan myös tarkastella toimintatapoja, tulosta ja eettisyyttä. (Heikkinen ym. 2004, 155–158.) Ensimmäinen toimintasykli ei tuottanut tulosta, mutta toinen on ainakin lupaavasti käynnistynyt. Tämä opinnäytetyö on saanut aikaan mallin elintapaneuvontaan ryhmässä. Ryhmämuotoinen neuvonta voimaannutti paitsi ryhmäläiset myös ohjaajat. Ryhmän ohjaajat kokivat ryhmätilanteet positiivisina ja katsoivat, että saatiin toiminnalla tuotettua terveyshyötyä ryhmäläisille. Ryhmäläisten kokemus ryhmistä tuki ohjaajien käsitystä. Kaikki ryhmät olivat tietoisia opinnäytetyön tekemisestä. Tulokset ja suorat lainaukset pyrittiin esittämään niin, ettei yksittäistä ryhmän jäsentä voida tunnistaa. Sekä tulosten että ohjaajien arvioiden mukaan ryhmästä oli hyötyä elintapamuutoksissa.

### 13.5 Havahduttavuus

Tutkimuksen havahduttavuudella käsitetään tutkimuksen tekemistä eläväksi ja koskettavaksi. Hyvä tutkimus saa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. (Heikkinen ym. 2004, 159–160.) Tämä opinnäytetyö kirjoitettiin kertomuksellisesti. Kokemukset painohallinnasta ovat suurelle osalle meistä tuttuja, joten tekstiin on helppo samaistua. Ryhmäläisen motivaation kasvun ja muutosten tekemisen seuraaminen oli antoisaa ja itselle kannustavaa. Omassa ajattelussa tapahtui eniten muutosta siinä, kuinka ja miten tietoa ryhmäläisille antoi. Luennointi ei ole paras tapa elintapamuutoksissa tiedon antamiseen vaan keskustelun kautta pystyttiin jakamaan asioita aivan uudella ulottuvuudella. Jokaisella ohjaajalla oli mahdollisuus muokata päivän aiheisältö oman näköisekseen eli valmista luentopakettia ei tehty. Tämä sen vuoksi, että kun ohjaajilla on erilaiset kokemukset ja ajatukset aiheisällöistä, ei haluttu sitoa ketään toisen laatimaan valmiiseen pakettiin. Ryhmätilanteissa sai käyttää omaa luovuutta ja kekseliäisyyttä eri tilanteissa, kuten aasinsiltoja varsinaiseen päivän aiheeseen ja uusien kokoontumispaikkojen etsimiseen remontin viedessä tilapäisesti kokoushuoneen pois käytöstä. Mukavaa oli myös huomata, miten ryhmäläiset sitoutuivat paitsi omiin tavoitteisiinsa myös ryhmään ja tukivat toisiaan.

## 14 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tekeminen työn ohella on ollut liki neljän vuoden mittainen prosessi. Toimintatutkimuksen tavoin tämäkään prosessi ei ole edennyt suoraviivaisesti vaan yhden spiraalin tullessa tiensä päähän, avautui toinen mahdollisuus mennä eteenpäin. Kun kyseessä on oman työn kehittäminen ja kuntalaisten terveyden edistäminen, työ on ollut antoisaa. Kiitänkin ryhmää kanssani ohjanneita kollegoitani antoisasta yhteistyöstä ja kehittämisestä. Työyhteisöni ansaitsee kiitokset kannustuksesta ja positiivisesta asenteesta sekä välillä kovin poissaolevan ja stressaantuneen esimiehen tukemisesta. Mielestäni tekemämme muutokset elintapaohjaukseen ryhmässä ovat oikeaan suuntaan ja jatkamme kehittämistyötä ainakin niin, että jokaisen ryhmän käynnistämisen ja loppumisen yhteydessä arvioimme malliamme. Olemme myös ajatelleet ylläpitää jatkuvaa hakumenettelyä ryhmiin esimerkiksi kaupungin nettisivujen ja terveyskeskuksen avopuolen henkilöstön avulla. Näin meillä olisi säännöllisesti syksyisin ja keväisin alkava ryhmä.

Ohjaajia voisi olla useampi, jolloin vetovastuussa olevat eivät kuormittuisi liikaa. Toisaalta kokemus tuo varmuutta ryhmien vetämiseen ja auttaa jaksamaan, kun ei ihan kaikkea tarvitse joka kerralle valmistella alusta saakka. Ryhmien suunnitteluun ja arviointiin on hyvä varata aikaa, jotta oikeasti saamme sen hyödyn, joka tästä panostuksesta tulee. Olemme myös kokeneet, että fysioterapeutin mukana olo tuo lisää kokemusta liikunnan alueelle ja täydentää terveydenhoitajan osuutta ryhmän vetämisessä. Ryhmäläisten kannalta parasta on, jos ryhmä on painoindeksin ja iän suhteen kohtuullisen homogeeninen. Jotta voi aloittaa liikkumisen turvallisesti, ei painoindeksi saisi olla yli 35. Vaikuttaa siltä, että painoindeksi 30–35 on ryhmässä, jossa liikutaan, toimivin.

Nykyisessä taloudellisesti vaikeassa tilanteessa elintaparyhmien jatkaminen olisi ensiarvoisen tärkeää jo siksi, että taloudellinen säästö on huomattava, kun yhdellä terveydenhoitajan työaikapanoksella kyetään ohjaamaan vähintään kymmenen kuntalaista. Seuranta pitäisi jatkua ainakin kahden vuoden ajan, sillä tutkimusten mukaan tämä aika osoittaa muutosten pysymisen tai pysymättömyyden.

En haluaisi unohtaa vapaa-aikatoimen kanssa luotuja yhteistyökuvioita. Sinne voisimme verkostoitua uudelleen ja kannustaa ryhmäläisiä osallistumaan kaupungin järjestämiin jumppiin ja käyttämään muutoinkin kaupungin liikuntatiloja ja – paikkoja. Voisimme myös miettiä liikkumisreseptin käyttöönottoa siten, että ohjauksen tekisi liikunnanohjaaja. Tämä edellyttäisi uudenlaista organisointia, jotta toiminta saadaan onnistumaan jouhevasti. Resurssien riittävyys on tietysti tärkeä asia.

Terveyden edistämisessä pitäisi koko kaupungin olla mukana. Kaupungin hyvinvointisuunnitelmassa korostetaan ennaltaehkäisyn merkitystä. Loviisan kaupunki on mukana ESTER-hankkeessa (Etelä-Suomen terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen), jonka tarkoituksena on yhtenäistää käytäntöjä ja seuranta sekä ottaa käyttöön ihmisiin kohdistuvien vaatimusten arviointi (IVA). Strategian, yhteistyörakenteiden ja ammatillisen osaamisen kehittäminen kuuluu hankkeeseen. Tarkoituksena on kehittää ja ottaa käyttöön kohderyhmien hyvinvointia ja terveyttä edistäviä menetelmiä, kuten nyt olemme tehneet tämän elintaparyhmän avulla.

Loviisan terveyskeskus on mukana Conmedicin laatuverkoston vertaisarvioinnissa. Arvioimme Rauman terveyskeskuksen toimintaa etenkin diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Raumalla on kehitetty malli, jossa koko terveystoimen organisaatio on mukana etsimässä mahdollisia diabeteksen sairastumisriskissä olevia. Rauman mallissa mukana ovat äitiys- ja lastenneuvolat, kouluterveydenhuolto, naistentarkastukset ja työterveyshuolto. Jotta voimme ehkäistä tyypin 2 diabeteksen, on meilläkin panostettava ennaltaehkäisyyn. Se voidaan tehdä helposti ja aika pienellä panostuksella käyttämällä jo olemassa olevia resursseja ja osaamista terveydenhuollossa.

## LÄHTEET

Absetz, P., Hankonen, N., Yoshida, S. & Valve, R. 2008. Ryhmäohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. *Hoitotiede* 5/2008, s. 248–257.

Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2008. Elintapainterventiolla saavutettiin osa diabeteksen ehkäisy tutkimuksen tuloksista. *Suomen lääkirilehti* 22/2008, vsk 63, s. 2065–2070.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011; 127, s. 2265–2272.

Aittasalo, M., Rinne, M., Pasanen, M., Kukkonen-Harjula, K., Vasankari, T. 2012. Promoting walking among office employees – evaluation of a randomized controlled intervention with pedometers and e-mail messages. *BMC Public Health* 12/2012, s. 403 - 414.

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Alahuhta, M., Laitinen, J. 2011. Kuka onnistuu painonhallinnassa? *Työterveyslääkäri* 2011; 29, s. 59–61.

Anttila, U. 2008. Ryhmäohjaus tyypin 2 diabeetikoiden neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

Hallituksen politiikkaohjelma. Terveiden edistäminen. 2007. Saatavissa: <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>. [Viitattu 30.11.2009.]



- Heikkinen, H., L., T. 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J., Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu; vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus
- Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.). 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L.(toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heinonen, K. 2007. Terveysliikunnan motivoiva ohjaus. Diabetes ja lääkäri 12/2007. s. 24–28.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. 3.-4. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hopia, H., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2008. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä perhehoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 6/2008. s. 336–344.
- Hyytinen, L. & Roiha, M. 2009. Keskisuomalaisten työkäisten ravitsemustottumusten varhaistunnistaminen ja tyypin 2 diabetesriskin kartoittaminen EVI-hankkeessa. Mini-intervention ja transteoreettisen muutosvaihemallin soveltaminen. Pro gradu-tutkielma Jyväskylän yliopisto.
- Ilanne-Parikka, P. 2006. Tyypin 2 diabeteksen kokonaisvaltainen hoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy. s. 192–193.

Ilanne-Parikka, P. 2006. Tyypin 2 diabeetikon aineenvaihdunnan häiriöt. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy. s. 190.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Martikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki.

Konttinen, M-K. & Marttinen, A. 2005. Tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosprosessi. Hoitajien rohkaisukeinot terveysneuvonnassa. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kuoppala, M. 2009. Keski-suomalaisien EVI-hankkeeseen osallistuneiden työikäisten liikunta-aktiivisuus vuonna 2007. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Aikuisten lihavuus 2007. Käypä hoito –suositus. Saatavissa:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>.  
[Viitattu 30.11.2009.]

Diabetes 2007. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Duodecim. s. 1490–1520.

Lihavuus (aikuiset) 2011. Käypä hoito –suositus. Saatavissa:  
<http://www.kaypahoito.fi>. [Viitattu 5.4.2013.]

Liikunta 2008. Käypä hoito –suositus. Helsinki: Duodecim. s. 2252–2253.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3/2005. s. 27–31.

Kääriäinen, M., Lauronen, M., & Kyngäs, H. 2006. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy: elintapaohjausta ja automatisoitua elintapaseurantaa. Tutkiva hoitotyö 1/2006. s. 30–32.

Laaksonen, D. & E, Lakka, T. 2007. Liikunta on tehokasta täsmälääkettä. Diabetes ja lääkäri 12/2007. s. 18–22.

Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY. s. 114–115.

Lepikonmäki, C. 2007. Diskurssianalyttinen näkökulma tyypin 2 diabeetikoiden puheeseen elintavoista diabetesneuvonnassa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Liikkumisresepti. Saatavissa: <http://www.liikkumisresepti.net/mikaon.html>. [Viitattu 3.1.2010.]

Miilunpalo, S. & Aittasalo, M. 2002. Liikkumisresepti – lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke terveystyön lisäämiseksi. Suomen lääkäri-lehti 20/2002, vsk 57. s. 2203–2207.

Penttinen, A. 2008. Yksilön terveystyökalut. Terveystyökalun hyödyntäminen muutosten tukemisessa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

Poskiparta, M., Kaasalainen, K. & Kasila, K. 2009. Liikuntamotivaatio syntyy tiedosta, ymmärryksestä, asenteista ja uskomuksista. Liikunta ja tiede 4/2009. s. 46–50.

Poskiparta, M., Kasila, K., Vähäsarja, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2007. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 4/2007. s. 20–28.

Rauramaa, R. 2009. DR`s Ekstra-interventiotutkimuksella täsmätietoa elintapamuutosten tueksi. Liikunta ja tiede 4/2009. s. 51–54.

Reunanen, A. 2006. Diabetes yleistyy Suomessa entistä kiivaammin, mutta diabeetikoiden ennuste paranee ja lisäsairauksien ilmaantuminen vähenee. Diabetes ja lääkäri – lehti 6/2006. s. 7 - 10.

Rintamäki, R. & Partonen, T. 2009. Unen yhteydet lihavuuteen ja tyypin 2 diabetekseen. Suomen lääkäri-lehti 8/2009.vsk. 64. s. 693–696.

Saranheimo, M., Kangas, T. 2006. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E. A. & Rönnemaa, T. (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy. s. 8.

Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Helsinki: Edita. s. 10, 14–16, 18, 20–21, 35, 39, 42, 45–46.

Toropainen, E., Rinne, M., Aittasalo, M. & Luoto, R. 2010. Liikkumisresepti toimii yhteistyöllä. Suomen lääkärilehti 48/2010, vsk 65. s. 4004–4005.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turku, R. 2006. Painonhallinta onnistuu ryhmissä, kunhan ohjauksen edellytyksistä huolehditaan. Diabetes ja lääkäri 6/2006. s. 30–33.

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

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010 – toimenpideohjelmakirja. Suomen diabetesliitto: Jyväskylä. Saatavissa: [www.diabetes.fi/dehko](http://www.diabetes.fi/dehko). [Viitattu 20.5.2010.]

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma ja DEHKOn 2D-hanke. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/index.php?lk\\_id=2](http://www.diabetes.fi/index.php?lk_id=2). [Viitattu 30.12.2009.]

UKK-instituutti. Tietoa terveystuokunnasta. Saatavissa: [http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa\\_terveystuokunnasta/liikunta\\_ja\\_painonhallinta/liikunta\\_parantaa\\_laihdutuksen\\_laatua](http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveystuokunnasta/liikunta_ja_painonhallinta/liikunta_parantaa_laihdutuksen_laatua) [Viitattu 12.3.2012.]

Uusitupa, M., Lindi, V., Louheranta, A., Salopuro, T., Lindström, J. & Tuomilehto, J. 2004. Elämäntapamuutokset korjaavat pysyvästi insuliiniresistenssiä heikentyneessä sokerinsiedossa. Duodecim 120/2004. s. 1495–1497.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveysttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista. 2008. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2008:10. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Virtanen, J. 2008. Liikkumisresepti osana terveysneuvontaa – asiakkaiden kokemuksia. Pro gradu – tutkielma. Turun yliopisto.

Vuori, I. 1995. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. (toim.). Liikuntalääketiede: Vammalan kirjapaino Oy. s.10–11.

Voutilainen, A. 2010. Voimavara- ja lähtöinen potilasohjaus. Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T., Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta ja tiede 6/2004. s. 81–88.

## Liite 1.

TUTKIJA, VUOSI	TUTKIMUSAIHE	OSALLISTUJAT, AINEISTONKERUU, TUTKIMUSMENETELMÄT	KESKEISET TULOKSET
Absetz, P., Hankonen, N., Yoshida, S., Valve, R. 2008	Ryhmäohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa.	354 päijäthämäläistä ja 24 hoitajaa, 16 fysioterapeuttia, kyselyt ohjaajille	Ongelmalähtöisessä ohjaamisessa ohjaajan motivaatiolla merkitystä. Vuorovaikutusprosessi, jossa innostuneet ohjaajat ja ryhmä yhdessä auttavat hyviin tuloksiin. Onnistumisen kehän käynnistämässä motivoituneella ohjaajalla tärkeä rooli.
Alahuhta, M. 2010 Väitöskirja, Oulun yliopisto	Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä	74 työikäistä tyypin 2 riskiryhmään kuuluvaa henkilöä. Ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus lähi- tai etäopetuksena, videointi, kyselyt	Elintapamuutoksen hyötyinä nähtiin terveyden ja toimintakyvyn paraneminen. Elintapamuutos vaatii vaivannäköä ja voimavaroja. Painonhallinnan onnistuminen vaatii omaa toimintaa, motivaatiota ja voimavaroja, sitoutumattomuus vaikeuttaa painonhallintaa.
Anttila, U. 2008 Pro gradu, Kuopion yliopisto	Ryhmäohjaus tyypin 2 diabeetikoiden neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa	62 diabeetikkoa, sairaanhoitajia 3, asiakaskysely ja hoitajien haastattelu	Ryhmäohjaukselle selkeä tarve. Ryhmän sosiaalinen ja vertaistuki voimavara, ryhmäohjaus sisällöllisesti merkittävä omahoidon kannalta. Ryhmäohjaus säästää henkilökunnan aikaa ja kustannuksia. Ohjauksen ja osallistumisen tulee perustua motivaatioon ja vapaaehtoisuuteen.
Hyytinen, L., Roiha, M. 2009 Pro gradu, Jyväskylän yliopisto	Keskisuomalaisten työikäisten ravitsemustottumusten varhaistunnistaminen ja t2 diabetesriskin kartoittaminen EVI-hankkeessa. Mini-intervention ja transteoreettisen muutosvaihemallin soveltaminen.	599, strukturoitu kyselylomake, tilastollinen analyysi	Työikäiset jakaantuivat terveellisesti syövään enemmistöön ja epäterveellisesti syövään vähemmistöön. Naiset syövät miehiä terveellisemmin ja ovat halukkaampia pudottamaan painoaan. Työikäisten käsitys omasta terveydestä realistinen. Korkea ikä ja akateeminen koulutus näyttävät johtavan parempaan terveyskäyttäytymiseen.

Kontinen, M-K., Marttinen, A. 2005 Pro gradu, Jyväskylän yliopisto	Tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutosprosessi. Hoitajien rohkaisukeinot terveysneuvonnassa.	kolmen hoitajan ja kuuden potilaan välisiä terveysneuvontatilanteita, videotallenteet ja tekstilitterat	Rohkaisua käytettiin niukasti ja ilmeni lyhytsanaisina, pinnallisina ilmaisuina. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja keskustelun apuvälineiden luominen jatkossa.
Korkiakangas, E. 2010. Väitöskirja, Oulun yliopisto	Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät	4 osa-aineistoa; liikuntaryhmissä käyvät naiset, pienten lasten vanhemmat, t2 riskin potilaat, jotka osallistuiivat diabeteksen ehkäisy- tai Elvira-counselling -hankkeeseen kyselyt, ohjaukset, videot, haastattelut, sisällönanalyysi	Liikuntamotivaatio muodostui liikunnallisesta pääomasta: liikunta-aktiivisuus, liikunta tottumuksena, liikunta voimavarana sekä elämäntilanteen kokeminen liikunnalle suotuisana. Liikkumiseen motivoivat tekijät ja liikkumista rajoittavat tekijät ilmenivät fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina tekijöinä.
Kuoppala, M. 2009. Pro gradu, Jyväskylän yliopisto	Keski-suomalaisten EVI-hankkeeseen osallistuneiden työikäisten liikunta-aktiivisuus vuonna 2007.	362 työikäistä, kysely, sosiodemografisten taustamuuttujien arviointi	Selvittää liikunta-aktiivisuutta ja kartoittaa liikuntaan liittyvää muutoshalukkuutta. Naiset miehiä halukkaampia muuttamaan liikuntatottumuksiaan, ylipainoiset tietoisia liikunnan merkityksestä hyvinvoinnilleen.
Lepikonmäki, C. 2007 Pro gradu, Jyväskylän yliopisto	Diskurssianalyttinen näkökulma tyypin 2 diabeetikoiden puheeseen elintavoista diabetesneuvonnassa	t2 diabeteksen neuvontatutkimuksen aineistoa v 2000-2002, videoneuvotteluita, litteroitua tekstiä	Tutkittavat halusivat lisätä liikuntaa, vähentää ruokamääriä ja rasvaa, pudottaa painoa. Perheen rooli elintapamuutostarpeisiin liittyen korostui. Puheesta löydettävissä erilaisia tulkintarepertuaareja elintapamuutoksista, jakaantuivat estäviin ja edistäviin diskursseihin. Negatiivisia esteitä elintapamuutosten toteutumiselle ilmeni edistäviä tekijöitä enemmän.
Penttinen, A. 2008 Pro gradu, Kuopion yliopisto	Yksilön terveysvalinnat: Terveysreseptin hyödyntäminen muutosten tukemisessa.	7 avoterveydenhuollon terveysreseptin saanutta asiakasta, haastattelut, sisällönanalyysi	Asiakkaiden valintoihin liittyvistä sisäisistä tekijöistä merkittävimpiä olivat omat voimavarat ja omaan sairauteen liittyvät tekijät. Tärkeitä ulkoisia tekijöitä olivat perhe ja muu lähipiiri,

			virallinen terv.huoltojärjestelmä ja ympäristö. Terveysreseptin koettiin auttavan ravinto- ja liikuntavalintojen muutoksien tekemistä.
Virtanen, J. 2008 Pro gradu, Turun yliopisto	Liikkumisresepti osana terveysneuvontaa – asiakkaiden kokemuksia	59 liikkumisreseptin saanutta, haastattelu, sisällönanalyysi	Toteutunutta terveysneuvontaa pidettiin positiivisena, koska asioihin paneuduttiin ja ohjattiin eteenpäin. Koettuja vaikutuksia liikuntakäyttäytymiseen olivat liikunnan määrän lisääntyminen, monipuolistuminen, motivaation kasvu, vaikutuksen terveystilaan ja hyvinvointiin mm. painonpudotuksena, alentuneina verensokeriarvoina, kunnon kohoamisena, pirteiden ja sosiaalisuuden lisääntymisenä.
Voutilainen, A. 2010 pro gradu, Itä-Suomen yliopisto	voimavaralähtöinen potilasohjaus. kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa.	10 perusterveydenhuollossa toimivaa terveyden- ja sairaanhoitajaa. Kyselyt, ohjaustilanteiden videointi, sisällönanalyysi	Keskeiseksi tehtäväksi ohjaustilanteessa kuvattiin vuorovaikutussuhteen luominen ja potilaiden terveyden edistäminen. Luottamus muodosti perustan vuorovaikutukselle. Terveyden edistämiseen liittyi tiedollinen tukeminen ja kannustaminen elintapamuutoksessa. Hoitajien vahvuuksia olivat asiantuntijuus, persoonallinen työtapa, monipuolisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen. Kehittämisalueiksi kuvattiin ammatillinen osaaminen ja potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Haasteellisiksi muodostuivat mielenterveysasiakkaiden ja motivoitumattomien potilaiden ohjaustilanteet.



## Loviisan terveystieteiden elintaparyhmän toimintamalli

1. Tapaaminen	<p>Mikä PPP?</p> <p>Ryhmän säännöt</p> <p>Liikunnan ja ruokavalion ”perusfilosofia”</p> <p>Punnitus</p> <p>Keppijumppa</p>
2. Tapaaminen	<p>Painonhallinnan merkitys terveydelle</p> <p>Painonhallinnan haasteellisuus</p> <p>Metabolinen oireyhtymä</p> <p>Verenpaine, vyötärönympäryys</p> <p>Kävely ja askelmittari</p>
3. Tapaaminen	<p>Liikuntateoriaa</p> <p>Sauvakävely</p>
4. Tapaaminen	<p>Terveellisen syömisestä perusteet</p> <p>Ruokavaliosuosituksista – mm. rasva, kuitu, suola</p>
5. Tapaaminen	<p>Syömisestä hallinta</p> <p>Elämäntapamuutos – mitä se minulle tarkoittaa?</p> <p>Ruokapäiväkirja</p> <p>Kuminauhajumppa</p>
6. Tapaaminen	<p>Oman painonhallinta suunnitelman teko</p> <p>Kuntopiiri/salijumppa/tasapainoharjoituksia</p>
7. Tapaaminen	<p>Repsahdusten hallinta ja ennakointi</p> <p>Repsahduspäiväkirja</p> <p>Punnitus</p> <p>Venyttely, syvien lihasten aktivointia</p>
Seurantakäynnit:	<p>Kuukauden kuluttua viimeistä intensiivikerrasta</p> <p>Kahden kuukauden kuluttua edellisestä kerrasta</p> <p>Kolmen kuukauden kuluttua edellisestä kerrasta</p>