



Junno Minna-Liisa, Leppiaho Jonna & Linnell Tiia

## LIHAVUUDEN HOITO YKSILÖOHJAUKSESSA

Opas potilasohjaukseen Haukiputaan terveysaseman hoitajille

# **LIHAVUUDEN HOITO YKSILÖOHJAUKSESSA**

**Opas potilasohjaukseen Haukiputaan terveysaseman hoitajille**

Junno Minna-Liisa  
Leppiaho Jonna  
Limnell Tiia  
Opinnäytetyö  
Kevät 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
OAMK

# TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijät: Junno Minna-Liisa, Leppiaho Jonna ja Linnell Tiia

Opinnäytetyön nimi: Lihavuuden hoito yksilöohjauksessa – Opas potilasohjaukseen  
Haukiputaan terveysaseman hoitajille

Työn ohjaaja: Lehtori TtT Alahuhta Maija

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014      Sivumäärä: 40 + 17

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa apuväline potilaiden yksilöohjaukseen lihavuuden hoidossa. Työn tilaajana toimi Haukiputaan terveysasema, jossa työtä käytetään potilaiden ohjauksessa sairaanhoitajan vastaanotolla. Hoitajat kokivat tarvitsevansa yhtenäisen ohjeen potilaiden ohjaamiseen. Tietoa aiheesta löytyy paljon, mutta hoitajat kokivat sen olevan sijoitettuna hajanaisesti eri lähteisiin ja he kaipasivat selkeää tietopakettia, jossa tieto olisi kerätty yhteen.

Työn teoriaosuudessa olemme käsitelleet aihetta motivoivan haastattelun sekä transteoreettisen muutosvaihemallin pohjalta, koska niitä voidaan käyttää yleisesti potilaiden yksilöohjauksessa. Konkreettisten painonpudotusohjeiden sijasta käsitelimme ohjausmenetelmiä, koska ravinto- ja liikuntasuositukset voivat ajan myötä muuttua ja tällöin opinnäytetyömme käytettävyys ja käyttöikä on rajallisempi.

Työssämme olemme käyttäneet yleisesti tunnettuja sekä luotettavia julkaisuja, jotka tarjoavat paljon tietoa. Haasteena onkin saada kohdennettua tieto yksilöllisesti jokaiselle potilaalle. Elintapojen muuttaminen on pitkä monivaiheinen prosessi, jonka eri vaiheissa tarvitaan erilaista ohjausta. Suurimpana esteenä koetaan olevan muutoshaluttomuus sekä motivaation puute ja olemmekin keskittyneet työssämme juuri näihin tekijöihin.

---

Asiasanat:

lihavuus, ylipaino, potilasneuvonta, kansantaudit, kansanterveys

# ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

---

Authors: Junno Minna-Liisa, Leppiaho Jonna and Limnell Tiia

Title of Thesis: Individual patient counseling in obesity management - Practical tool for nurses in Haukipudas healthcare center

Supervisor: Lecturer Alahuhta Maija

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2014    Number of pages: 40 + 17

---

The purpose of this thesis was to produce a tool that could be used in individual counseling of obese patients. The subscriber of the thesis was Haukipudas healthcare center and they will use the tool in nurse practitioner. Nurses felt the lack of coherent guideline in counseling the patients. Although there is a lot of information on this subject it is widely spread across different sources and there was a special need for an info package that gathered it all together.

In the theoretical basis of the thesis we concentrated on motivational interview and transtheoretical model of change because they can be generally used in individual patient counseling. The focus of the thesis is on the counseling methods since the nutritional recommendations change every few years and should be reviewed for the purpose of counseling. Giving recommendations on nutrition would narrow the usability of the thesis.

We have used valid sources in writing the theoretical background of this thesis. There is a lot of information available but it is a challenge to apply this information in the nurse practitioner individually to different patients. The process of changing one's health behavior is long and multi-staged and efficient counseling is based on acknowledging the nature of the process and its different stages. The health care professionals consider lack of motivation and unwillingness to change to be the biggest challenges for change and in these are the main themes of our thesis.

---

Keywords:

fatness, obesity, patient advice, national diseases, national health

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT .....	4
SISÄLLYS .....	5
1 JOHDANTO .....	6
2 TYÖIKÄISTEN LIHAVUUS .....	7
2.1 Lihavuuden syyt.....	7
2.2 Lihavuus kansansairauksien riskitekijänä .....	7
3 LIHAVUUDEN HOITO .....	9
3.1 Lihavuuden hoito terveysasemalla.....	9
3.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli .....	12
3.3 Motivoiva haastattelu potilasohjauksessa .....	13
3.3.1 Motivoivan haastattelun pääperiaatteet.....	14
3.3.2 Motivoivan haastattelun keskeiset vuorovaikutustaidot .....	15
3.3.3 Motivoivan haastattelun eteneminen.....	18
4 POTILASOHJAUS ERI MUUTOSVAIHEISSA .....	20
4.1 Esiharkintavaihe .....	21
4.2 Harkintavaihe .....	23
4.3 Päätöksentekovaihe .....	25
4.4 Toimintavaihe .....	28
4.5 Ylläpitovaihe.....	29
4.6 Hoidon tavoitteet ja tulosten seuranta.....	31
5 PROJEKTIN TAVOITTEET JA TOTEUTUS .....	33
6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	36
7 POHDINTA.....	37
LÄHTEET .....	38
LIITTEET.....	41

# 1 JOHDANTO

Lihavuuden hoidon tulee olla kiinteä osa terveydenhuollon toimintaa samalla tavalla kuin muiden pitkäaikaissairauksien kuten diabeteksen ja kohonneen verenpaineen hoito. Tämä edellyttää alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen luomista, henkilökunnan kouluttamista sekä laihdutus- ja painonhallintaryhmien organisointia (moniammatilliset tiimit). (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013, hakupäivä 17.12.2013.)

Lihavuudella tarkoitetaan tässä kansainvälisesti hyväksyttyä lihavuuden raja-arvoa, joka on BMI 30 (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013, hakupäivä 17.12.2013). Painon muutos on seurausta elämäntapojen muuttumisesta (Mustajoki & Lappalainen 2001, 17; Kaukua 2009, 882). Painonhallinnassa tarvittavat elämänmuutokset poikkeavat monista elämäntapojen muutoksista siten, että painonhallinta edellyttää useita erilaisia muutoksia siinä, missä esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen on yksi iso muutos (Mustajoki & Lappalainen 2001, 20-21). Käyttäytymisen muuttuminen vaatii aikaa ja se edellyttää toistuvaa asioiden käsittelyä (Mustajoki & Lappalainen 2006, 274). Pelkkä päätös ei vielä riitä painonhallinnan onnistumiseksi, vaan lisäksi tarvitaan tietoa ja taitoa toteuttaa tarvittavat muutokset itselle sopivalla tavalla ja tässä kohtaa tarvitaan asiantuntevan ohjaajan ammattitaitoa. Ohjauksessa on tärkeää saada ohjattava henkilö itse aktiivisesti löytämään muutosvaihtoehtoja ja kokeilemaan niitä käytännössä, sillä ohjattava itse ratkaisee sen, mitä muutoksia on valmis tekemään ja miten niitä sovelletaan käytännön tasolla arjessa. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 21.)

Asiantuntija-arvioiden mukaan sepelvaltimotauti on 80 prosenttisesti ja tyypin 2 diabetes jopa 90 prosenttisesti ehkäistävissä elintapojen avulla (Turku 2007, 14). Vaikka ennaltaehkäisevää työtä tehdään jo paljon, näkyy perusterveydenhuollossa kuitenkin se valitettava tosiasia, että monien kohdalla ennaltaehkäisyssä ei ole onnistuttu vaan ongelma on päässyt jo syntymään. Ammatillaiset näkevät suurimpana esteenä elintapaohjauksen onnistumiselle potilaan muutoshaluttomuuden (Absetz 2010, 8); motivaation syntymiseen voi kuitenkin vaikuttaa vuorovaikutukseen ja ohjauksen rakenteisiin liittyvillä toimintatavoilla. Tässä opinnäytetyössä syvennymme näihin toimintatapoihin ja etsimme tapoja soveltaa niitä Haukiputaan terveysaseman hoitajan vastaanotolla lihavien potilaiden elintapamuutokseen pyrkivässä yksilöohjauksessa.

## **2 TYÖIKÄISTEN LIHAVUUS**

### **2.1 Lihavuuden syyt**

Lihavuus johtuu energiansaannin ja energiankulutuksen epätasapainosta; kun ihminen ei kuluta kaikkea ravinnosta saamaansa energiaa, hän lihoo. Selittäviä tekijöitä ovat esimerkiksi ruumiillisen työn väheneminen, ravinnon laadun ja ruokailutottumusten erittäin suuret muutokset. Nykyajan elämäntyyli televisioineen ja autoineen edistää lihomista (Andrén & Bjurman 2011, hakupäivä 25.11.2013). Myös perimällä on vaikutusta siihen, kuka lihoo ja kuka ei; perimän vaikutusta ei kuitenkaan ole pystytty vielä täysin selvittämään. (Kaukua 2009, 882.)

Lisäksi jotkut sairaudet voivat aiheuttaa lihomista, mutta väestötasolla endokriinisten sairauksien merkitys on pieni verrattuna yhteiskunnallisiin muutoksiin, jotka ovat johtaneet väestön lihomiseen (Kaukua 2009, 882). Sairauksien lisäksi jotkut lääkkeet kuten esimerkiksi kortisoni, epilepsialääkkeet ja eräät psyykenlääkkeet, voivat aiheuttaa painonnousua (Andrén & Bjurman 2011, hakupäivä 25.11.2013).

### **2.2 Lihavuus kansansairauksien riskitekijänä**

Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima Finravinto-tutkimus selvittää suomalaisen aikuisväestön ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saamista osana FINRISKI-tutkimusta viiden vuoden välein (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, hakupäivä 25.9.2013). Kyseisen tutkimuksen mukaan vuonna 2012 suomalaisista miehistä 20,4 ja naisista 19 prosenttia oli lihavia (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 220).

Lihavuus on yleistynyt naisilla 34 prosenttia ja miehillä 75 prosenttia viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana. Haitalliset elämäntavat näkyvät korostuneesti myös terveydenhuollossa. Väestöryhmien väliset erot näkyvät terveyskäyttäytymisessäkin, hyvätuloisten ja koulutettujen sairastavuus on vähäisempää kuin alemmilla koulutustasoilla. Myös ruokailu- ja liikuntatavoissa on eroja. Vuonna 2006 uusittu kansanterveyslaki

määrittelee kunnallisen perusterveydenhuollon tehtävät ennalta ehkäisevässä työssä selkeämmin. Ennalta ehkäisevän työn merkitys korostuu kansansairauksien kohdalla, sillä on arvioitu, että aikuistyyppin diabeetikkojen määrä lisääntyy lähes 70 prosenttia seuraavan kymmenen vuoden kuluessa, mikäli ennaltaehkäisevää ohjausta ei tehosteta. (Turku 2007, 13-14.)

Ravitsemus vaikuttaa huomattavasti useiden kansanterveydellisesti merkittävien sairauksien syntyyn ja on sitä kautta merkittävä kansanterveyden riskitekijä. Ravitsemukseen vaikuttavat niin yksilön valinnat kuin yhteiskunnan toimetkin. Ravitsemuksella on todettu olevan merkitystä esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien, diabeteksen, monien syöpien ja osteoporoosin yhteydessä. Turku (2007, 13) toteaa, että miehillä peräti puolet sydän- ja verisuonisairauksien sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairauksien aiheuttamasta työkyvyttömyydestä johtuu lihavuudesta. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 217-218.)

Veren rasva-arvot, verenpaine ja lihavuus ovat keskeisimpiä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä lisäten ateroskleroosia eli lipidien kertymistä valtimon seinän sisimpään kerrokseen niin, että erityisesti sepelvaltimot, alaraajojen valtimot ja aivoverisuonet ahautuvat (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 224). Lihavuus ja erityisesti vyötärölihavuus muiden metabolisen oireyhtymän piirteiden ohella kuuluu myös tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöihin (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 226; Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009, 260). Tutkimukset osoittavat, että elintapojen muutoksella voidaan merkittävästi pienentää riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen ja sitä kautta ehkäistä valtimotauteihin sairastumista (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 226-227). Lihavuuden aiheuttamien aineenvaihduntamuutosten on havaittu lähes normalisoituvan laihduttamisen jälkeen (Turku 2007, 15). Aikuisten lihavuuden käypä hoito- suosituksen mukaan laihduttaminen vaikuttaa positiivisesti hoitoon muun muassa diabeteksen, dyslipidemian, sydän- ja verisuonisairauksien, uniapnean, astman ja polven nivelrikon kohdalla (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013, hakupäivä 17.12.2013).



### **3 LIHAVUUDEN HOITO**

#### **3.1 Lihavuuden hoito terveysasemalla**

Lihavuuden hoito kuuluu pääasiassa perusterveydenhuollon tehtäviin ja on helposti toteutettavissa, sillä siihen ei tarvita teknisiä resursseja (Mustajoki & Lappalainen 2006, 272). Työ on moniammatillista ja vaatii sekä hoitoryhmältä että muilta hoitoyhteisössä työskenteleviltä hoidon periaatteiden tuntemista, jotta hoitoonohjaus ja suhtautuminen olisi yhtenäistä (Mustajoki & Lappalainen 2006, 273). Laihdutusohjaaja on keskeinen henkilö työryhmässä, johon kuuluu lisäksi ainakin lihavuuden hoitoon perehtynyt lääkäri ja mahdollisuuksien mukaan myös esimerkiksi ravitsemusterapeutti, psykologi ja fysioterapeutti. Lihavuuden hoito on ryhmätyötä, joka edellyttää hoitoryhmän säännöllistä kokoontumista hoidon kehittämiseksi. (Mustajoki & Lappalainen 2006, 273.)

Tällä hetkellä lihavuuden hoito toteutetaan Haukiputaan terveysasemalla pääasiassa yksilöohjauksena. Yksilöhoidon hyviin puoliin kuuluu mahdollisuus yksilölliseen käyttäytymisanalyysiin ja siihen perustuviin yksilöllisiin hoitotoimenpiteisiin (Mustajoki & Lappalainen 2006, 282). Lisäksi yksilöohjausta puoltaa luottamuksellisen ohjaussuhteen mahdollisuus, jossa henkilökohtaisten ja arkojenkin asioiden käsittely on helpompaa ja tämä korostuu suhteellisen pientä väestöpohjaa palvelevan terveysaseman kohdalla, sillä ryhmässä potilaat joutuisivat muodostamaan luottamuksellisen suhteen myös muiden ryhmän jäsenten kanssa ja voivat kokea yksityisyytensä kärsivän. Ryhmäohjauksen hyviin puoliin kuuluvat taloudellisuus ja työskentelytavat, jotka hyödyntävät koko ryhmän panosta (Mustajoki & Lappalainen 2001, 32), mutta tällä hetkellä ryhmäohjausta annetaan Haukiputaan terveysasemalla ainoastaan vaikeasti lihaville, joiden BMI on yli 35. Tulevaisuudessa ryhmäohjausmahdollisuutta muillekin potilasryhmille kannattaa pohdita, mutta tässä työssä tarkastelemme ohjausta yksilöohjauksen näkökulmasta toimeksiantajan tarpeiden mukaisesti. Ryhmäohjaus vaatii ohjaajalta erilaisia ohjaus- ja opetustaitoja kuin yksilöohjaus ja ryhmän ohjaamisessa etukäteissuunnittelu vie enemmän aikaa ja työpanosta ohjaajalta (Mustajoki & Lappalainen 2001, 33-36).

Haukiputaan terveysasemalla painonpudotusta ohjaa sairaanhoitaja ja Mustajoki & Lappalainen (2006, 273) toteavatkin, että laihdutusohjaajaksi sopii esimerkiksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Ohjaajiksi kannattaa kouluttaa henkilöitä, jotka ovat kiinnostuneita ohjaustyöstä ja innostuneita aiheesta. Grace (2011, 19) toteaa ohjaajan vuorovaikutustaitojen olevan ratkaisevan tärkeässä asemassa paitsi potilaan kokemukselle ohjaustilanteesta myös hoidon tulosten kannalta. Laihdutusohjaajalla tulisi olla tietoa kaikista ohjaustyön osa-alueista, joihin kuuluvat lihavuus ilmiönä taustoineen ja seurauksineen, ravinto ja ruoka, syömisen hallinnan menetelmät, liikunta, erittäin niukka-energinen dieetti ja laihduttamisen keskeiset vaikutukset. Koska ohjaajan rooli ei ole pelkkä tiedonvälittäjän rooli, hänellä täytyy olla myös potilasohjauksen taitoja. Ohjaaja voi omilla taidoillaan vaikuttaa merkittävästi uusien elämäntapojen oppimisen prosessiin (Turku 2007, 16). (Mustajoki & Lappalainen 2006, 273.)

Haukiputaan terveysasemalla ei ole yhtenäistä käytäntöä ja ohjeistusta sairaanhoitajille potilasohjaukseen lihavuuden hoidossa. Ruokavalio- ja liikuntaohjausta annetaan sekä lihavuuden hoitoon keskittyvissä ohjaustilanteissa että myös pitkäaikaissairauksien kontrollikäynneillä. Sairaanhoitajat kokivat, että heillä ei ole tarpeeksi taitoja ja tietämystä ohjauksen syventämiseksi ja ohjaus on ollut tiedon ja painonhallintaan liittyvän materiaalin jakamista. Ohjausaikoja on vähennetty ja sairaanhoitajat laittavat ohjausmateriaalia esimerkiksi Oulun Omahoito-internetpalveluun, josta potilaat voivat niitä käydä katsomassa. Tietoa siis on saatavilla, mutta ongelmaksi koetaan se, miten potilasta ohjataan yksilöohjaustilanteissa.

Lihavuuden perushoidolla tarkoitetaan yleisesti kaikkialla maailmassa käytettävää mallia, joka perustuu ohjaukseen ja neuvontaan, jolla autetaan potilasta tekemään muutoksia ruoka- ja liikuntatottumuksissa (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 164). Se käsittää kaikki elämäntapojen muuttamiseen liittyvät alueet eli muutokset ruokavaliossa, syömisen hallinnan, liikunnan sekä ajatusten ja asenteiden muutokset. Tällaiseen kokonaisvaltaiseen ohjaukseen tarvitaan yleensä monta ohjauskertaa ja Mustajoki, Rissanen ja Uusitupa (2006, 164) mukaan kertoja tarvitaan yleensä vähintään kymmenen. Tämä on myös käypä hoito-suosituksen mukaan ensisijainen hoitomuoto (Suomalainen Lääkärisseura Duodecim 2013, hakupäivä 17.12.2013).

Terveydenhuollon resurssit asettavat omat haasteensa lihavuuden perushoidolle eikä ohjausta ole mahdollista tarjota kaikille tarvitseville (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 164). Siksi joskus voidaan käyttää lyhyttä interventiota, jossa tavoitteena on elämäntapojen muuttamiseen tähtäävän ohjauksen sijaan lähinnä kiinnittää asiaan huomiota ja kannustaa potilasta omahoitoon tai terveydenhuollon ulkopuolisten tahojen piiriin. Mustajoki, Rissanen ja Uusitupa (2006, 165) kuitenkin suosittelevat lyhyttä interventiota ensisijaiseksi hoitomuodoksi vain 25-29-vuotiaille terveille henkilöille. Toisaalta aiheesta tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että lyhytinterventio, jossa yhden tai muutaman kerran tapaaminen on yhdistetty kirjalliseen materiaaliin voi johtaa kohtalaiseen painonlaskuun (Mustajoki & Lappalainen 2006, 273). Lyhytintervention vahvuuksiin kuuluu se, että sitä voi toteuttaa kuka tahansa potilastyötä tekevä (Kaukua 2009, 888). Resurssikysymyksen vuoksi rajaamme tässä työssä yksilöohjauksen kohdistuvaksi henkilöihin, joiden BMI on vähintään 30, vaikka suotuisia tuloksia voitaisiin saada myös ylipainoisilla henkilöillä eli heillä, joiden painoindeksi on 25,0-29,9.

Mustajoki ja Lappalainen (2006, 274) esittävät, että yksinkertaisimmillaan lyhythoito voi olla sitä, että potilaalle annetaan tietoa elämäntavoista ja terveydestä ja kannustetaan elintapojen muuttamiseen. Tueksi voidaan antaa kirjallista materiaalia, ohjeita ja tehtäviä ja sopia seurantatapaaminen, jossa tehdään yhteenveto asiakkaan kokemuksista. Jos lyhythoidosta ei seurantatapaamisessa todeta olleen hyötyä, voidaan potilas ohjata laajemman yksilöohjauksen pariin. Mustajoki ja Lappalainen (2006, 274) ehdottavat, että lyhytinterventiot voitaisiin käyttää tapana aloittaa painonhallinta ennen mahdollista siirtymistä laajempiin ohjelmiin. Lyhytinterventiossa täytyy valikoida menetelmiä ja jaettavaa tietoa, sillä yhdellä tapaamiskerralla voidaan jakaa vain rajallinen määrä tietoa. Etukäteissuunnittelu onkin tärkeää, jotta voidaan keskittyä yksittäisen potilaan kohdalla juuri hänelle olennaisimpiin asioihin painonpudotuksen kannalta. Ohjauksessa kannattaa keskittyä vain muutamiin asioihin. (Mustajoki & Lappalainen 2006, 274.)

Käytännössä perusterveydenhuollon resurssit vaativat aina taitoa keskittyä ohjauksessa olennaisiin asioihin riippumatta siitä, onko käytössä lyhytinterventio vai kokonaisvaltainen lihavuuden perushoito. Tässä opinnäytetyössä painonpudotukseen liittyvää elämäntapaohjausta lähestytään transteoreettisen muutosvaihemallin ja motivoivan haastattelun näkökulmasta ja ohjauksen ajallista kestoa enemmän painotamme muutosvaiheiden tunnistamista ja oikeanlaisen ohjauksen tarjoamista eri muutosvaiheissa oleville po-

tilaille. Tavoitteena on löytää keinoja vastata hoitajien kohtaamaan haasteeseen eli potilaiden muutoshaluttomuuteen, johon voidaan vaikuttaa systemaattisilla vuorovaikutukseen ja ohjauksen rakenteeseen liittyvillä toimintatavoilla (Absetz 2010, 8).

### **3.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli**

Transteoreettinen muutosvaihemalli kuvaa muutosprosessia, jonka riippuvuuskäyttäytymistään muuttamaan pyrkivät ihmiset käyvät läpi ja jonka vaiheiden on tutkimuksissa todettu toistuvan hyvin samankaltaisina riippumatta siitä, millaisesta käyttäytymisen muutoksesta on kyse (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992, 1102). Transteoreettisen muutosvaihemallin tavoitteena on ollut yhdistää erilaisten riippuvuuksien hoitomenetelmien tuottamaa tietoa ja käytäntöjä niin, että sitä voidaan soveltaa kestoaltaan erilaisiin hoitomuotoihin ja laajalti erilaisten riippuvuuksien hoitoon (Prochaska & DiClemente 1986, 3-4). Mallin ydinajatus on, että muutosta tuettaessa eri muutosvaiheissa olevia ihmisiä voidaan auttaa eri keinoin (Prochaska & DiClemente 1986, 4).

Transteoreettista muutosvaihemallia on ajan mittaan kehitetty ja tarkennettu ja tutkimustyön perusteella muutoksen vaiheita on tunnistettu viisi. Vaiheet ovat esiharkinta- (precontemplation), harkinta- (contemplation), päätöksenteko- (preparation), toiminta- (action) ja ylläpitovaiheet (maintenance) (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992, 1103-1104). Taitava ohjaaja ottaa huomioon ohjattavan lähtötilanteen ja räätälöi oman ohjauksensa näiden yksilöllisten lähtökohtien mukaiseksi. Taito muokata ohjausta yksilölliseksi erottaa kokeneen ohjaajan aloittelevasta ohjaajasta, joka keskittyy lähinnä informaation antamiseen. Muutosvaiheen tunnistaminen säästää resursseja ja potilaan eteneminen muutosvaiheesta toiseen on myös hyvä ohjauksen vaikuttavuuden mittari (Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs & Laitinen 2009, 149). Elintapojen muutos on prosessi, joka etenee eri vaiheiden kautta, kunnes ollaan valmiita toimintaan. Vaiheiden yli ei yleensä voi hypätä, vaan ne on käytävä läpi ja prosessin nopeus vaihtelee suuresti eri ihmisten kesken (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 162). (Turku 2007, 17.)

### 3.3 Motivoiva haastattelu potilasohjauksessa

Motivoiva haastattelu on menetelmä, jota käytetään riippuvuuksia hoidettaessa ja jota on mahdollista soveltaa myös painonhallinnan kaltaisen elämänmuutoksen ohjaamisessa. Se on vuorovaikutuksen väline, joka tukee muutoshalukkuutta ja tavoitteellista toimintaa ja tarjoaa hyviä, konkreettisia työkaluja ohjaajalle (Absetz 2010, 11). Motivoivan haastattelun periaatteita noudatetaan kaikissa muutosvaiheissa ja sitä voidaan käyttää aina, kun potilaan oma toiminta on keskiössä esimerkiksi elintapamuutokseen ohjattaessa (Absetz 2010, 11).

Motivoivan haastattelun avulla voidaan saavuttaa parempia tuloksia erityisesti muutosvastaisten potilaiden ohjauksessa (van Nes & Sawatzky 2010, 655) ja perusterveydenhuollossa motivoiva haastattelu on ollut tehokas keino esimerkiksi kohonneen verenpaineen hoidossa ja painonpudotuksessa (Searight 2009, 281). Vaikka perinteisemmillä, ohjeiden antamiseen keskittyvillä ohjaustekniikoilla voidaan päästä hyviin tuloksiin muutosmotivoituneiden potilaiden kohdalla, tällaiset tekniikat voivat muutosvastaisten potilaiden kohdalla ennestään lisätä muutosvastaisuutta ja johtavat samalla ohjaajan turhautumiseen (van Nes & Sawatzky 2010, 656). Absetz (2010, 9) toteaa, että muutoshaluttomuus voi liittyä tiedon jakamisen ja vastaanottamisen ongelmiin eli siihen, että sopivan tietomäärän arvioiminen ja tiedon sovittaminen asiakkaan tilanteeseen, tarpeeseen ja kykyyn ottaa tietoa vastaan on vaikeaa. Tämän haasteen voi Absetzin (2010, 9) mukaan ratkaista vuorovaikutuksen keinoin.

Motivoivan haastattelun katsotaan saaneen alkunsa 1980-luvun alussa amerikkalaisen psykologi William Millerin ja norjalaisen Hjellestad-klinikan nuorten terapeuttien välillä käytyjen keskustelujen pohjalta. Terapeutit esittivät Millerille pulmallisia asiakastapauksia ja Miller keksi niihin vaihtoehtoisia ratkaisuja. Vuonna 1983 Miller julkaisi ensimmäisen aiheeseen liittyvän artikkelin, joka perustui käytännön kokemuksiin. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 42.)

Miller & Rollnickin (2002, 41) mukaan motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen, direktiivinen menetelmä, jonka avulla voidaan lisätä asiakkaan sisäistä muutosmotivaatiota tutkimalla ja selvittämällä ambivalenssia, eli myötä- ja vastatunteiden välistä ristiriitaa. Motivoiva haastattelu on helppo oppia ja sitä voidaan käyttää lyhyissäkin potilas-

kohtaamisissa, vaikkakin siitä saatava hyöty on suurin, kun potilaskäyntejä on useita (van Nes & Sawatzky 2010, 654). Tärkeintä yhteistyösuhteessa on kuitenkin ohjaajan auttava, aito ja vastaanottavainen vuorovaikutustyyli (Ehrling & Rakkolainen 2008, 7). Motivoivassa haastattelussa kunnioitetaan ihmisen itsemääräämisoikeutta ja on ehdotoman tärkeää ymmärtää, että on potilaan oma päätös, haluaako hän ryhtyä elintapamuutoksen vai ei (Chur-Hansen 2012, 239). Potilaskeskeisyys on motivoivan haastattelun ydinajatus. Potilaskeskeisyys on sitä, että potilas on aktiivinen päätöksentekijä muutosprosessissa ja hänen tarpeensa ja toiveensa ovat lähtökohta ohjaukselle. Se on vastaakohta ajattelulle, jossa potilasta pidetään passiivisena tiedon vastaanottajana ja ohjaajan neuvojen toteuttajana (Chur-Hansen 2012, 236).

### **3.3.1 Motivoivan haastattelun pääperiaatteet**

Motivoiva haastattelu sisältää neljä pääperiaatetta, joista ensimmäinen on empatian ilmaiseminen. Kun haastattelijä osoittaa todella kuuntelevansa potilasta sekä eläytyvänsä potilaan tunteisiin ja tilanteeseen ilman kritisointia, arvostelua tai syyttelyä, haastattelijan ja potilaan välinen vuorovaikutus paranee. Kyky ilmaista empatiaa on ohjaajan yksi tärkeimmistä ominaisuuksista (Grace 2011, 13). Luomalla empaattisen keskusteluilma-  
piirin haastattelijä viestittää potilaalle, että tämä voi turvallisesti tuoda esille omia pelkojaan ja huoliaan. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 46.)

Koski-Jännes, Riittinen & Saarnion (2008, 46-47) mukaan toinen motivoivan haastattelun pääperiaatteista on ambivalenssi, eli ristiriita, joka vallitsee potilaan ongelmakäyttäytymisen ja hänen henkilökohtaisten arvojensa välillä. Tätä ristiriitaa tulee saada voimistettua ja suunnattua kohti muutosta, eli esimerkiksi elintapojen muutosta ja sitä kautta painonpudotusta. Potilaan päätöksentekoa ja siinä pysymistä voidaan tukea suuntaamalla huomiota vallitsevan tilanteen ja toivotun tilanteen väliseen ristiriitaan. Ratkaisun tekeminen helpottuu, kun keskeiset näkökohdat on saatu selkeästi potilaan nähtäville.

Kolmas periaate on väittelyn välttäminen haastattelutilanteessa. Potilas saattaa osoittaa vastustelua tai jopa vihamielisyyttä, mutta haastattelijä ei saa provosoitua vastaamaan samalla tavalla. Potilaan moralisointi ja konfrontoiva puhetyyli ajavat haastattelun herkästi umpikujaan ja saavat aikaan väittelyä sekä ärtymystä, mutta oikeanlaisella suhtau-

tumisella haastattelija saa keskustelun jatkumaan. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 47-48.)

Neljäntenä periaatteena on potilaan oman pystyvyyden tunteen korostaminen ja vahvistaminen. Haastattelija voi vahvistaa potilaan käsitystä omista voimavaroista nostamalla esille hänen aiempia onnistumisiaan sekä käyttämällä kannustavia ja rohkaisevia kommentteja ja Absetz (2010, 9) toteaaakin, että potilaan taitoja kartoitettaessa tulee puutteiden ja vaikeuksien korostamisen sijaan keskittyä voimavarojen vahvistamiseen. Tunnetta muutoksen onnistumisesta voi vahvistaa myös se, että tiedostaa muiden vastaavanlaisessa tai jopa haasteellisemmassa tilanteessa olleiden onnistuneen muutoksessa. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 49.)

### **3.3.2 Motivoivan haastattelun keskeiset vuorovaikutustaidot**

Motivoivan haastattelun onnistunut toteuttaminen edellyttää haastattelijalta tiettyjä taitoja, joita tulisi käyttää kaikissa potilaan muutosprosessin vaiheissa. Näistä taidoista ensimmäinen on vahvistaminen, jolla voidaan lisätä potilaan omaa asiantuntemusta sekä parantaa potilaan itsetuntoa. Lisäksi vahvistamisella tarkoitetaan potilaan omien vahvuuksien tunnistamista ja nimeämistä sekä ymmärryksen osoittamista hänen reaktioitaan kohtaan. Potilaan itseluottamusta voi myös vahvistaa osoittamalla aitoa kiinnostusta esimerkiksi ilmeiden ja eleiden avulla sekä käyttämällä kannustavia kommentteja tai huomautuksia hänen toimintaansa tai esittämiinsä ajatuksiin liittyen. Kehujen ja kohteliaisuuksien esittämisessä tulee käyttää harkintaa ja ellei niiden esittämisessä voi olla vilpittömyyttä, niitä ei kannata esittää lainkaan. Suomalaisessa kulttuurissa liiallinen kehuminen ei vaikuta uskottavalta ja potilas huomaa helposti jos hänelle esitetyt kehut ovat teennäisiä. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 50-51.)

Suljettujen kysymysten sijasta motivoivassa haastattelussa tulisi käyttää avoimia kysymyksiä, joihin ei voi vastata pelkästään ”kyllä” tai ”ei”. Avoimien kysymyksien avulla haastattelija saa syvempää tietoa potilaan ajattelusta ja hänet saadaan kertomaan enemmän omista taustoistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Kun potilaalle esitetään avoimia kysymyksiä, hän saa mahdollisuuden miettiä asioita omalta kannaltaan ja tuoda esiin niitä asioita, jotka ovat hänelle itselleen tärkeitä (Absetz 2010, 11-12). Useimmat potilaat tietävät jo valmiiksi ne asiat, jotka ammattilainen haluaisi heille sanoa; esittämällä

oikeita kysymyksiä ohjaaja välttää turhan tiedon jakamisen ja aikaa säästyy tärkeämmille asioille (Absetz 2010, 12). Avoimien kysymyksien lisäksi motivoivassa haastattelussa kannattaa keskusteluaiheesta riippumatta aina esittää lisäkysymyksiä, joilla päästään syvemmälle tasolle haastattelussa. Jos haastattelija siirtyy liian nopeasti uuteen kysymyseen, saattaa aiheen käsittely jäädä keskeneräiseksi. Esittämällä pelkästään suljettuja kysymyksiä ohjaaja päättää, mistä asioista ohjaustilanteessa keskustellaan ja tulee samalla rajanneeksi keskustelua omilla etukäteisolettamuksillaan (Absetz 2010, 12). (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 51-52.)

Haastattelijalta vaaditaan motivoivassa haastattelussa myös heijastavan kuuntelun osaamista eli toimimista ikään kuin potilaan tunteiden ja ajatusten peilinä, jotta potilaan olisi helpompi tunnistaa omia tunteitaan ja ajatuksiaan. Avoimien kysymysten esittämisestä on hyötyä vain silloin, kun ohjaaja malttaa kuunnella potilaan vastaukset (Absetz 2010, 12). Haastattelija yrittää havaintojensa ja kuulemansa perusteella arvata mitä potilas tarkoittaa ja ilmaisee arvauksensa ääneen tarkastaakseen, onko hän ymmärtänyt potilasta oikein. Sekä sanallisesti että sanattomasti ilmaistujen tunteiden heijastaminen on todella tärkeää, koska ihmisten erilaisiin elämänongelmiin liittyvät tunteet ja tuntemukset vaikuttavat yleensä voimakkaasti heidän käyttäytymiseensä. Ohjaajan kääntyminen kohti puhujaa, silmiin katsominen ja pään nyökyttely ovat sanatonta viestintää, joka kertoo aktiivisesta kuuntelusta (Absetz 2010, 12). (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 52-53.)

Yksinkertaisten reflektioiden eli heijasteiden käyttö tarkoittaa sitä, että haastattelija toistaa potilaan kertomuksen enemmän tai vähemmän samoin sanoin. Tällä päästään yleensä siihen, että potilas jatkaa tai tarkentaa kertomaansa ja haastattelija saa taas keskustelun kulkemaan eteenpäin. Tällaiset vahvistavat toteamukset osoittavat sanallisesti, että ohjaaja kuuntelee aktiivisesti ja on kiinnostunut potilaan ajatuksista (Absetz 2010, 12). Monimuotoisia reflektioita käyttämällä haastattelija tuo keskusteluun jonkin kokonaan uuden näkemyksen, jolla hän pyrkii viemään keskustelua eteenpäin. Heijastavaa kuuntelua voidaan kutsua motivoivan haastattelun ohjaavaksi työkaluksi, koska sen avulla haastattelija saa suunnattua potilaan huomion asioihin, jotka saattavat olla tämän ongelman ratkaisemiseksi ensiarvoisen tärkeitä. Se, mitä potilaan puheesta heijastetaan ja vahvistetaan on reflektoinnissa ratkaisevan tärkeää; ohjaajan täytyy siis sekä huomata



potilaan muutospuhe että pystyä reflektioillaan vahvistamaan sitä (Ehrling & Rakkolainen 2008, 7). (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 52-53.)

Neljäs motivoivassa haastattelussa tarvittava taito on keskustelun tiivistäminen tai yhteenveto. Tiivistelmien avulla haastattelijä voi kiinnittää potilaan huomion muutoksen kannalta kaikkein olennaisimpiin seikkoihin ja potilas saa mahdollisuuden korjata mahdolliset väärinkäsitykset. Niitä voidaan käyttää ristiriidan esiintuomiseen ja keskustelun suuntaamiseen ristiriitaa ratkaiseviin muutoksen tekemisen tapoihin (Chur-Hansen 2012, 240). Yhteenvedot auttavat potilasta jäsentämään omaa tilannettaan ja arvioimaan ratkaisumahdollisuuksia ja näin vievät ohjausta konkreettisesti eteenpäin (Absetz 2010, 12). Absetz (2010, 12) sanoo yhteenvedojen toimivan siltana ohjauksen eri vaiheiden välillä ja keinona rakentaa toimintasuunnitelmaa muutoksen tekemiselle yhdessä potilaan kanssa. Haastattelijä ei saisi tiivistelmässään esittää omia tulkintoja, koska ne antavat kuvan siitä, että haastattelijä asettuu asiantuntija-asemaan. Pahimmassa tapauksessa harhaan osuneet tulkinnat saattavat jopa pilata haastattelijan ja potilaan välille syntyneen keskusteluyhteyden ja alkaneen yhteistyön. Yhteenvetoa tarvitaan jokaisen tavoitteellisen ohjaustapaamisen lopuksi, jotta voidaan kerrata sovitut asiat (Absetz 2010, 11). (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 53.)

Motivoivan haastattelun viidentenä ja erityisen tärkeänä taitona pidetään muutospuheen eli itseä motivoivien lauseiden esiin kutsumista. Muutospuheella tarkoitetaan potilaan puhetta vallitsevan tilanteen haitoista sekä muutoksen mukanaan tuomista eduista ja sen avulla haastattelijä saa käsityksen potilaan muutosoptimismista ja – aikomuksista. Käytämällä potilaan näkemyksiä vahvistavia kommentteja sekä kartoittamalla tilanteita, joissa potilas on kokenut onnistumisia, haastattelijä pystyy lisäämään tämän muutosoptimismia. Kun ohjaustilanteessa houkutellaan muutospuhetta esiin, se voi parhaimmillaan käynnistää muutosprosessin (Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kynäs & Laitinen 2009, 156). Ratkaisukeskeisestä terapiasta tuttuja menetelmiä, kuten asteikkoja, voidaan myös käyttää apuna siinä, että potilaan luottamus muutoksen mahdollisuudesta lisääntyy. Potilasta voidaan esimerkiksi pyytää arvioimaan omaa luottamustaan muutoksen mahdollisuuteen asteikolla 1-10. Jos potilas vastaa 5, haastattelijä voi pyytää perusteluja miksi luku ei ollut 3 tai 4, jolloin potilas joutuu miettimään omia voimavarojaan sekä kykyjään, joilla hän kaikesta huolimatta voi toteuttaa muutoksen. Näiden kykyjen ja voimavarojen esille tuominen ja niiden tunnistaminen lisää potilaan

itseluottamusta sekä vahvistaa näkemystä siitä, että muutos on mahdollinen. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 54.)

### **3.3.3 Motivoivan haastattelun eteneminen**

Motivoiva haastattelu voidaan jakaa kahteen vaiheeseen sen mukaan, missä muutoksen vaiheessa potilas on. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään ennen kaikkea potilaan sisäisen motivaation vahvistamiseen sekä potilaan ongelmaan liittyvän ambivalenssin ratkaisemiseen. Tavoitteena on rakentaa toimiva yhteistyösuhde ohjaajan ja potilaan välille (Ehrling & Rakkolainen 2008, 7). Muutospuheen esiin kutsumisella kasvatetaan potilaan halua, kykyä, syitä ja tarvetta muuttua (Ehrling & Rakkolainen 2008, 7). Toisessa vaiheessa päätavoitteena on muutossuunnitelman laatiminen sekä potilaan muutokseen sitoutumisen vahvistaminen. Ohjaajan tehtävä on poimia potilaan puheesta niitä ilmaisuja, joissa hän puhuu muutoksen puolesta ja ilmaisee sitoutumistaan muutoksen toteuttamiseen ja vahvistaa tätä puhetta (Ehrling & Rakkolainen 2008, 7). (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 56-57.)

Ensimmäisestä vaiheesta toiseen siirtymisen aikataulu on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllistä ja haastattelijan olisikin todella tärkeää tunnistaa jokaisen potilaan kohdalla etä milloin tämä on valmis etenemään toiseen vaiheeseen eli neuvottelemaan varsinaisesta toimintasuunnitelmasta. Muutosvalmiutta viestittävät esimerkiksi potilaan rauhoittuminen, vastustuksen väheneminen, muutospuhe sekä muutokseen liittyvät kysymykset ja kokeilut. Haastattelija voi osaltaan auttaa potilaan päätöstä huolehtimalla siitä, että potilaalla on kaikki tarvittava tieto. Toinen vaihe aloitetaan tekemällä yhteenveto potilaan tilanteesta sekä tiedustellaan potilaan omia ajatuksia tilanteestaan sekä siitä, mitä tämä aikoo nyt tehdä. Seuraavaksi haastattelija keskustelee potilaan kanssa eri toimintavaihtoehtoista ja lopuksi laaditaan lopullinen suunnitelma muutoksen konkreettiseksi toteuttamiseksi. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 56-57.)

Motivoivan haastattelun onnistumisen kannalta olisi ideaalista, että haastattelija saa välittömästi palautetta siitä, eteneekö haastattelu oikeaan suuntaan. Haastattelijan on näin helpompi tarvittaessa korjata toimintatapojaan. Tutkimukset osoittavat, että käyttäytymistason muutokset ovat todennäköisempiä, jos potilaan muutos- ja sitoutumispuhe voimistuu motivoivan haastattelun aikana. Haastattelun aikana tai sen loppua kohden

esiintynyt empiminen viestittää yleensä siitä, että potilas tarvitsee enemmän tukea ja aikaa toteuttaakseen muutoksen. Potilaan esittämät vastustusreaktiot eivät yleensä ole muutoksen kannalta hyvä merkki, mutta esille tuodut toimeenpanoaikomukset kertovat hyvistä mahdollisuuksista onnistua tavoitteissa. Haastattelijan kannattaa siis välttää puhetta, joka saa potilaassa aikaan ärtymystä sekä halua olla eri mieltä kuin haastattelija. Jokaisen potilaan kohdalla tulee kuitenkin muistaa yksilöllisyys, eikä sama menetelmä sovi kaikille. Kyseisen haastattelutavan on parhaiten todettu toimineen vastahakoisten potilaiden kanssa sekä sellaisilla potilailla, jotka haluavat itse kontrolloida elämäänsä mahdollisimman tarkasti. Tarkkaa ohjausta haluavat potilaat puolestaan saavat parempia tuloksia perinteisellä, tarkemmin strukturoidulla hoidolla. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 58-59.)

## 4 POTILASOHJAUS ERI MUUTOSVAIHEISSA

Elämäntapaohjausta toteutettaessa on huomioitava potilaan yksilölliset tekijät ja niistä erityisesti muutosvalmius. Muutosvalmiutta tarkastelemme transteoreettisen muutosvaihemallin vaiheiden mukaisesti. Potilaan tilanteen kartoittamisessa voidaan käyttää erilaisia mittareita, esimerkiksi oman terveydentilan avaintekijät, eli OTA-mittari on laadittu nimenomaan selkiyttämään alkuohjauksen tavoitteiden laatimista ja ohjauksen suuntaa (Turku 2007, 66). Ohjaaja auttaa potilasta eteenpäin muutosprosessissa esimerkiksi esittämällä kysymyksiä, joiden avulla pyritään parantamaan potilaan muutosmotivaatiota, kunnes potilas saavuttaa toimintavaiheen (Searight 2009, 280).

Kun lähdetään työstämään lihavuuden kaltaista monisyistä ongelmaa, on ohjaajan rooli merkittävä ja tällöin voidaan puhua valmentavasta elämäntapaohjauksesta. Valmentavan elämäntapaohjauksen taustaideologiana on voimaannuttaminen, joka määritellään ”prosessiksi, jossa tunnistetaan ihmisen kyky määritellä omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä tähän tarvittavia voimavaroja” (Turku 2007, 21). Ohjaussuhteessa vuorovaikutus on kunnioittavaa ja arvostavaa ja ohjaajan rooli on toimia mahdollistajana, joka rohkaisee potilasta ratkaisemaan itse omia ongelmiaan ja ottamaan vastuun omasta terveydestään. Vaikka vastuu ohjaustarpeiden määrittelystä ja ongelmakohdan ratkaisusta on sekä ohjaajan että potilaan yhteinen, on ohjaajalla ammattilaisena yksin vastuu voimaannuttamista tukevan ilmapiirin rakentamisesta. (Turku 2007, 21-23.)

Esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteihin liittyvän elintapaohjauksen on todettu perinteisessä muodossaan olevan melko tehotonta; kun transteoreettinen muutosvaihemalli yhdistetään motivoivan haastattelun tekniikkaan, on mahdollista päästä parempiin tuloksiin erityisesti muutosvastaisten potilaiden kohdalla (van Nes & Sawatzky 2010, 654). Transteoreettisen muutosvaihemallin soveltaminen elintapaohjauksessa on osoittautunut tehokkaaksi pitkäaikaissairauksien itsehoitoon kannustamisessa (Searight 2009, 280).

Valmentavan ohjaustyylin perusteina toimivat voimaannuttavan ohjausideologian lisäksi ohjaajan pedagogiset taidot eli kyky toimia oppimisen ohjaajana sekä vuorovaikutukselliset taidot eli kyky tukea motivaatiota muutosprosessin eri vaiheissa. Kun nämä edellytykset täyttyvät, tarjoutuu muutoksen tekijälle eli potilaalle itselleen mahdollisuus

muutokseen ja itsenäiseen päätöksentekoon, muutoksenteossa tarvittavat tiedot ja taidot sekä motivaatiota pysyvään elämäntapamuutokseen. (Turku 2007, 32.)

Kun elintapamuutosten ohjaamista tarkastellaan muutosvaihemallin kautta, on hyvä muistaa, että osa ohjausmenetelmistä ja työkaluista on sellaisia, jotka voidaan ottaa käyttöön jo prosessin alkuvaiheessa ja niitä voidaan toteuttaa koko muutoksen ajan. Onnistunutta elintapamuutosta tarkasteltaessa voidaan löytää piirteitä, jotka ovat yhteisiä onnistujille; tällaisia ovat esimerkiksi konkreettiset elintapamuutokset, tavoitteiden asettaminen ja voimavarat, toivon säilyminen ja positiivisuus (Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs & Laitinen 2009, 148). Painonhallinnan välineistä oma-seuranta palvelee eri muutosvaiheissa erilaisia tavoitteita eikä sitä voida sitoa vain yhteen muutosvaiheeseen liittyväksi työkaluksi. Myös sosiaalisen tuen tarpeesta keskustelu ja sen etsimiseen esimerkiksi vertaisryhmistä kannattaa kannustaa kaikissa muutosvaiheissa (Chur-Hansen 2012, 240). Tietyn ohjauskeinon käyttö ei myöskään tarkoita, että sen perusteella voitaisiin suoraan päätellä, missä muutosprosessin vaiheessa ollaan menossa. On myös hyvä muistaa, että ihmiset eivät välttämättä kulje vaiheesta toiseen loogisessa järjestyksessä, vaan muutosprosessin aikana siirtymistä tapahtuu molempiin suuntiin (Absetz 2010, 10).

Kun ohjauksen rakenne on hyvä, se takaa kolme onnistumisen kannalta olennaista seikkaa. Ensinnäkin olennaiset asiat tulevat käsitellyiksi käytettävissä olevan ajan puitteissa. Toisekseen ohjaustilanteen seurauksena potilaan tiedoissa, taidoissa tai tunteissa on tapahtunut positiivisia muutoksia. Kolmanneksi potilaalla on ohjaustilanteen tuloksena konkreettinen tavoite, johon hän on sitoutunut sekä suunnitelma sen toteuttamiseksi ja tunne, että hän kykenee tekemään sen, mitä suunnitelman täytäntöönpano vaatii. (Absetz 2010, 10.)

#### **4.1 Esiharkintavaihe**

Esiharkintavaiheessa olevilla ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa. He eivät itse näe ongelmaa käyttäytymisessään, vaikka esimerkiksi lähiympäristö kiinnittäisi asiaan huomiota. Oma tilannettansa kuvaillessaan esiharkintavaiheessa olevat käyttävät ilmaisuja kuten ”mielestäni minulla ei ole ongelmaa, joka vaatisi muutosten tekemistä”. (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1103.)

Esiharkintavaiheessa olevaakin on mahdollista auttaa ohjauksen keinoin. Mustajoki, Rissanen ja Uusitupa (2006, 159) toteavat, että potilaan hakeutuessa vastaanotolle muun sairauden vuoksi tulisi lihavuuden hoito ottaa esille asteittain sopivilla avoimilla kysymyksillä. Koska lihavuuden hoito edellyttää pysyviä elintapamuutoksia, hienovaraisen lähestymisen tarkoituksena on jättää potilaalle itselleen aikaa muodostaa käsityksensä lihavuuden hoidon tärkeydestä (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 159). Erilaisista hoitovaihtoehdoista voidaan keskustella jo ensimmäisen käyntikerran yhteydessä, mutta mahdollisesta hoitopäätöksestä kannattaa keskustella potilaan kanssa vasta toisella käynnillä (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 159). Näin vältetään se, että esiharkintavaiheessa olevaa potilasta ohjataan keinoin, jotka soveltuvat paremmin muutosprosessin myöhäisempiin vaiheisiin ja kohdataan siksi potilaan taholta muutosvastarintaa.

Ohjaaja voi kokea esiharkintavaiheen turhauttavaksi. Potilas tekee itse tärkeimmät valinnat arkirutiineissaan, eikä ohjaajan luoma valmis toimintamalli aina vastaa potilaan näkemystä omasta itsehoidostaan. Tärkeintä olisikin perustaa ohjaus potilaan arkea tukeväksi yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Vastuu päätöksistä on potilaalla. Voimaannuttava ohjausideologia vapauttaa ohjaajan turhasta syyllisyydestä ja liiallisesta vastuunotosta; potilaan muutosvastaisuutta ei nähdä ohjaajan epäonnistumisena vaan potilaan omana kannanottona. Koko muutosprosessin ajan on hyvä pitää mielessä, että ne ohjaustavat, jotka eivät potilaan kohdalla onnistuneet, nähdään toimimattomina sen sijaan että etsittäisiin syyllisiä ja tuhlattaisiin niihin enempää aikaa. (Turku 2007, 22.)

Esiharkintavaiheessa haasteena on se, miten saada sellainen potilas motivoitua mukaan, jolla selkeästi on tarve muutokseen, mutta hän ei ole siitä itse kiinnostunut. Painopisteen tulisi olla potilaan itsemääräämistunteen vahvistamisessa ja kun ohjauksessa korostetaan potilaan omaa päätöksentekoa ja valinnanvapautta, ohjaus tukee potilaan hallinnan tunteen säilyttämistä (Turku 2007, 66). Koska tavoitteellisen toiminnan perusteena on tilannearvio, täytyy ohjausprosessin alussa kartoittaa potilaan nykytilannetta motivoivan haastattelun tarjoamilla keinoilla eli esimerkiksi esittämällä potilaalle avoimia kysymyksiä. Niiden avulla saadaan tietoa siitä, mitä potilas itse tahtoo omalta elämältään, miten hän kokee oman hyvinvointinsa ja millaiset ovat hänen tietonsa terveydentilastaan ja elintapojen yhteydestä siihen. Kannattaa myös selvittää, onko potilaalla takanaan aikaisempia muutosyrityksiä ja millaisia voimavaroja potilaalla on muutosprosessia aja-

tellen, sillä näin päästään yhteisymmärrykseen muutostarpeesta, muutoshalusta ja siihen käytettävissä olevista voimavaroista. Tilannearviota tehtäessä kannattaa edetä yleisemmistä kysymyksistä tarkentaviin lisäkysymyksiin, jotta potilas saa itse sanoittaa omia ajatuksiaan mahdollisimman vapaasti. (Absetz 2010, 10-11.)

Valmentavassa elämäntapaohjauksessa tulee ohjaus muokata tukemaan potilaan jokaista muutosvaihetta. Se, että potilas tekee päätöksen elämäntapamuutoksesta, ei tarkoita vielä pysyvää muutosvalmiutta (Turku 2007, 55). Alkuvaiheessa ohjaajan täytyy miettiä miten lähestyä potilasta. Potilaalle tulee tehdä selväksi, ettei ohjauksessa tulla esittämään mitään vaatimuksia häntä kohtaan. Alkuvaiheen tavoitteena voi olla pelkästään luottamuksellisen ja tasavertaisen ohjaussuhteen luominen. Luottamuksen rakentumisessa tärkeää on, että potilas tulee kuulluksi sekä hyväksytyksi. Ohjauksen tulisi lähteä potilasta omassa terveydentilassaan eniten mietityttävien tekijöiden käsittelystä. Kuuntelu ja tilan antaminen on ohjaajan tärkeimpiä tehtäviä tässä vaiheessa, ohjaajan tulee välttää antamasta valmiita ratkaisumalleja ja arvioita. Jos potilas ilmaisee muutosvastaisuutta, voidaan keskittyä pohtimaan syitä siihen, miksi muutos tuntuu tarpeettomalta tai vastenmieliseltä (Chur-Hansen 2012, 239). Keskustelussa voi varovasti kannustaa potilasta pohtimaan muutosvastaisuutta tukevia asenteitaan ja uskomuksiaan (Chur-Hansen 2012, 239), sillä pohdiskelu voi herättää potilaassa ristiriidan tunnetta ja asenteiden uudelleenarviointia. Ohjaajan tehtävä on kannustaa ajattelua muutoksen mahdollisuudesta (Chur-Hansen 2012, 239). Painonpudotuksessa kannattaa lähteä liikkeelle pienenkin muutoksen tuomista hyödyistä ja sen kautta ohjattavan maltillisista tavoitteista. Itsemääräämistunteen säilyttäminen ja hallinnan tunteen säilyttäminen on tärkeää ohjaussuhteen alkuvaiheessa. Kun nähdään potilaan kokonaistilanne, voidaan jatko-ohjauksen suuntaa ja päätösvastuuta siirtää myös potilaalle. (Turku 2007, 66.)

## **4.2 Harkintavaihe**

Harkintavaiheessa olevat painonpudottajat tiedostavat tarpeen laihtua ja harkitsevat vakavissaan painonpudotuksen aloittamista. Toiminnan ilmaisut, kuten ”pitäisi muuttaa ruokailutottumuksia”, ovat merkkejä muutosaikeesta (Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs & Laitinen 2009, 154). Tässä vaiheessa potilaat eivät kuitenkaan ole vielä sitoutuneet toimimaan elämäntapamuutosta edistävästi. Harkintavaihe voi kestää hyvinkin pitkään ja esimerkiksi tupakoitsijoiden kohdalla tutkimukset ovat osoitta-

neet, että kesto voi olla jopa kaksi vuotta. (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1103.)

Harkintavaiheessa usein punnitaan ongelmakäyttäytymisen hyötyjä ja haittoja ja mietitään ratkaisua tilanteeseen (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1103; Chur-Hansen 2012, 239). Hyötyjen ja haittojen pohtiminen edesauttaa motivaation rakentumista ja motivaatio on onnistumisen kannalta erittäin tärkeä ohjauksessa huomioitava asia (Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009, 263). Ohjaajan tehtävä on kannustaa tähän hyötyjen ja haittojen pohdintaan (Chur-Hansen 2012, 239). Ulkoista motivaatiota edustavat esimerkiksi terveys, toimintakyky ja ulkonäkö ja sisäistä motivaatiota itsetunnon kohoaminen ja positiivinen mieliala. Nimenomaan sisäinen motivaatio on tärkeää elintapamuutosta tehdessä, sillä se on pitkäkestoista ja tehokasta ja voi johtaa pysyviin muutoksiin. Elintapojen pysyvän muutoksen saavuttaminen kohottaa itsetuntoa ja tuottaa elämän- ja tunteidenhallinnan kokemuksia. Kun ohjauksessa lisätään sisäisiä motivaatiotekijöitä, voidaan tukea potilaan elintapamuutoksen onnistumista ja pysyvyyttä (Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009, 267). (Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009, 263.)

Harkitsijat käyvät sisäistä kamppailua käyttäytymisensä positiiviseksi mieltämiensä seikkojen ja käyttäytymisen muuttamisen vaatimien ponnistusten ja uhrausten välillä. Tässä vaiheessa ongelmaa kuvataan esimerkiksi ilmauksella ”minulla on ongelma ja sille pitäisi tehdä jotain” tai ”olen ajatellut, että haluaisin muuttaa jotain itsessäni” (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1104). Tässä muutosvaiheessa potilaalle tulisi saada tunne, että hän voi ilman muutosvaatimuksia ja kiirehtimistä harkita omaa tilannettaan (Turku 2007, 65). (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1103.)

Painonhallinnan ohjauksessa pyritään tukemaan ohjattavan motivaatiota, itseluottamusta sekä halua ja kykyä ottaa painonhallinta omiin käsiinsä (Mustajoki & Lappalainen 2001, 21). Oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta voidaan edistää kannustavan ja aktiivisen ilmapiirin, muutosten kokeilemisen ja omaseurannan avulla (Mustajoki & Lappalainen 2001, 21-28). Kannustava ohjaus on tasa-arvoista ja avointa toimintaa, jossa ajatellaan sekä ohjaajan että ohjattavan olevan asiantuntijoita ja jossa vaihdetaan mielipiteitä ja mietitään erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Keskustelun tulee olla neutraalia ja negatiiviselta kuulostavia sanoja on vältettävä (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 158). Ohja-



uksessa ei tarvitse ratkaista kerralla kaikkia ongelmia, vaan tavoitteena on laittaa alulle prosessi, josta on hyötyä ohjattavalle. Aktiivisuutta edistävinä toimintatapoina Mustajoki ja Lappalainen (2001, 24) esittävät valmiiden ohjeiden antamisen välttämisen, valintavaihtoehtojen tarjoamisen, muutuskokeiluista keskustelemisen, erilaiset kotitehtävät ja harjoitukset, myönteisten muutosyritysten huomioinnin ja tukemisen sekä epäonnistumisten hyväksyminen osana oppimisprosessia. Osa keinoista soveltuu paremmin myöhempiin muutosvaiheisiin, mutta harkintavaiheessa voi hyvin ottaa esille teemoja, jotka toistuvat myös muutoksen edetessä. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 23.)

Kun potilas on harkintavaiheessa, hän pohtii mitä hän mahdollisesti hyötyy muutoksesta. Motivoivan haastattelun keskeinen ajatus on se, että suurin muutoksen este on potilaan ristiriitainen ajattelu eli samanaikaisesti ilmenevä muutosmyönteinen ja muutosvastainen puhe (Ehrling & Rakkolainen 2008, 6). Työskentelyn tärkein tavoite on ristiriidan tutkiminen ja sen ratkaiseminen tavalla, jossa potilas itse puhuu muutoksen puolesta ja jossa ohjaajan tehtävänä on viedä keskustelua eteenpäin kohti muutostavoitetta (Ehrling & Rakkolainen 2008, 6). Ohjauksessa tulee käyttää ajantasaisia ja luotettavia tutkimustuloksia, räätälöitynä ohjattavan tarpeet huomioiden. Ohjaajan kannattaa tuoda esille pienenkin muutoksen positiiviset vaikutukset potilaan terveydentilaan. Potilaalle annettava tieto tulee räätälöidä juuri hänelle sopivaksi, eikä kaataa kaikkea tietoa potilaalle; tässä korostuu ohjaaja rooli muutoksen tukijana eikä pelkästään tiedonvälittäjänä. (Turku 2007, 66.)

#### **4.3 Päätöksentekovaihe**

Jos potilas on tilannearvion jälkeen halukas muutuskokeiluihin, voidaan edetä asettamaan konkreettisia tavoitteita (Absetz 2010, 11). Päätöksentekovaiheessa olevat aikovat ryhtyä toimeen muutoksen aikaansaamiseksi seuraavan kuukauden aikana ja heillä voi olla kuluneen vuoden ajalta takanaan epäonnistunut yritys muuttaa asioita toiminnallaan. He ovat mahdollisesti jo tehneet pieniä muutoksia käyttäytymiseensä, mutta vielä ei ole kysymys merkittävistä muutoksista. (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1104.)

Ohjaajan tehtävät päätöksentekovaiheessa ovat auttaa potilasta tunnistamaan mahdollisia esteitä muutokselle ja etsimään ratkaisuja niiden voittamiseksi, kannustaa ottamaan

pieniä askeleita tavoitteen saavuttamiseksi ja auttaa potilasta tunnistamaan omia voimavarojaan sekä vahvistaa niitä (Chur-Hansen 2012, 239). Tässä vaiheessa ohjattavan tavoitteet ja suunnitelma kirjataan arjessa toteutettaviksi toimintatason tavoitteiksi, jotta vältetään jäämistä pelkästään puheen tasolle. Suunnitelma laaditaan nimenomaan ohjattavan lähtökohdasta, ei pelkästään terveys-suositusten mukaisena toimintana. Tavoitteet tulee pitää hyvin maltillisina, sillä se lisää potilaan luottamusta omiin kykyihinsä (Turku 2007, 66). Realistiset tavoitteet ovat toteutettavissa osana potilaan arkielämää, jolloin edetään kohti pysyvää muutosta (Turku 2007, 71). Tavoitteiden tulisi olla mitattavia ja kuvata toimintaa: esimerkki tällaisesta tavoitteesta olisi kävelylenkin pidentäminen varilla joka ilta tai kasvien nauttiminen kahdella aterialla päivässä (Absetz 2010, 11). Tavoitteita muokataan muutosprosessin edetessä niin, että kohtuullisten tavoitteiden saavuttamisen jälkeen arvioidaan tilanne ja mahdolliset lisätavoitteet uudelleen (Turku, 2007, 71). Oikein valitut keinot voivat parhaassa tapauksessa sysätä liikkeelle onnistumisen ketjun (Absetz 2010, 11). Valmiit testipohjat ovat nopeakäyttöisiä ja ne toimivat hyvin ohjauskeskustelun tukena. Usein ohjattava kokee testit mielenkiintoisina ja ne ohjaavat suunnitelman teon yksilölliseen toimintasuunnitelmaan ja kirjaukseen. (Turku 2007, 69-70.)

Potilasohjauksessa voidaan käyttää apuna ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja, joiden avulla potilas itse näkee oman todellisen tilanteensa ja mahdolliset muutostarpeet. Päätöksentekovaiheessa ne auttavat tavoitteiden asettamisessa ja muutossuunnitelmien tekemisessä ja myöhemmissä muutosvaiheissa arvioimaan muutoksen edistymistä matkan varrella. Mustajoki & Lappalainen (2001, 25-26) esittävät ohjausperiaatteeksi muutosten kokeilemista niin, että ohjauksessa pohditaan yhdessä mahdollisia muutosvaihtoehtoja ja kokeilujen kautta saadaan uutta tietoa siitä, millaiset muutokset henkilön kohdalla toimivat ja tuntuvat sopivilta. Muutuskokeilut voivat toimia konkreettisina keinoina auttaa potilasta eteenpäin muutosprosessissa.

Tavoiteltaessa pysyvää elintapamuutosta omaseuranta on onnistumisen kannalta keskeistä. Potilasohjauksessa tulisi pyrkiä auttamaan potilasta oivaltamaan, kuinka erilaisia omaseurantavälineitä voi käyttää muutosprosessin eri vaiheissa. Mitä pitemmällä muutosprosessissa ollaan menossa, sitä haastavampia omaseurantavälineitä voidaan käyttää ja omaseuranta on tärkeää kaikissa muutosvaiheissa oleville (Alahuhta, Ukkola, Kor-kiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010, 10). Myös punnitseminen

kuuluu omaseurantaan ja Mustajoki & Lappalainen (2001, 27) suosittelevat, että ohjattava itse punnitsee itsensä ja tulee näin vahvistaneeksi omaa vastuutaan painonhallinnasta. Ohjauksessa voidaan sopia yhdessä, ilmoittaako ohjattava painonsa ohjaajalle tapaamisissa (Mustajoki & Lappalainen 2001, 27). (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 54.)

Ohjauksen tavoitteena on saada potilaalle ote omasta elämästä. Tärkeää on rakentaa ohjaus potilaan oman tiedon, taidon, tunteen ja ennen kaikkea potilaan asenteen pohjalta. Ohjattavan tulisi olla oman elämänsä ohjaaja ja hoitaja (Turku 2007, 23). Jos potilas kokee hallitsevansa omaa elämäänsä, vastoinkäymiset tuntuvat enemmänkin haasteilta joita lähdetään luottavaisesti ratkaisemaan. Oman elämän hallinta ja sen vahvistaminen on valmentavassa elämäntapaohjauksessa samalla tavalla tavoite kuin tunnettujen terveysriskienkin välttäminen (Turku 2007, 25-26). Realistisesti asetetut tavoitteet ja niiden saavuttaminen vahvistavat potilaan onnistumisen ja elämänhallinnan tunnetta ja sitä kautta lisäävät hänen sitoutumistaan muutosprosessiin (Chur-Hansen 2012, 238). Tavoitteena ovat muutokset toiminnan tasolla eikä pelkkä terveysriskeistä puhuminen, joka yleensä loitontaa potilasta kauemmas ohjaajasta ja tasavertaisen yhteistyön mahdollisuudesta (Turku 2007, 31). Jos ohjaustilanne etenee ohjaajan ehdoilla, seurauksena voi olla potilaan itsemääräämistunteen horjuminen, joka taas saa aikaan muutosvastarintaa (Turku 2007, 81).

Ohjauksessa keskitytään perinteisesti riskitekijöihin, ja arvioidaan todennäköisyyttä sairastua tiettyihin tauteihin. Terveyttä edistävässä ohjauksessa riskitekijöiden rinnalla nähdään täydentämässä selviytymisstrategia, jossa ohjauksessa kiinnitetään huomiota myös ohjattavan sen hetkiseen elämäntilanteeseen ja arjessa selviytymiseen ja tuetaan potilasta siitä näkökulmasta. Esimerkiksi liikkumattoman ylipainoisen potilaan kohdalla ei keskitytä pelkästään puhumaan liikkumattomuuden riskeistä, vaan puhutaan säännöllisen, mutta kohtuullisen liikunnan tuomista hyödyistä. Ohjauksessa ei kannata keskittyä pohtimaan potilaan aikaisempien elämäntapojen merkitystä sairauksien synnyssä vaan kartoittaa potilaan nykytilanne ja suunnitella jatko-ohjausta sen perusteella (Turku 2007, 30). (Turku 2007, 27.)

#### 4.4 Toimintavaihe

Toimintavaiheessa tehdään varsinaiset muutokset käyttäytymisessä. Tämä vaihe vaatii muutoksentehtävältä huomattavaa sitoutumista sekä aikaa ja energiaa ja usein myös ulkopuoliset huomaavat, että henkilö on tehnyt näkyviä muutoksia käyttäytymisessään. Toimintavaihe on helppo sekoittaa muutoksen käsitteeseen, mutta todellisuudessa aikaisemmissa vaiheissa tehty työ on tärkeää, jotta muutos onnistuu myös pitkällä aikavälillä. Tässä vaiheessa ohjaajan tuen on todettu olevan tehokasta, sillä potilaan motivaatio on hyvin korkealla (Chur-Hansen 2012, 239). Toimintavaiheessa olevaksi katsotaan henkilö, joka on menestyksekkäästi toteuttanut käyttäytymisen muutosta yhdestä päivästä kuuden kuukauden mittaiseen ajanjaksoon asti. Tässä vaiheessa henkilöt itse käyttävät tyypillisesti ilmaisuja kuten ”teen kovasti töitä muuttuakseni” tai ”muutoksen tekemisestä voi puhua kuka tahansa, minä todella teen jotain muuttuakseni”. (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1104.)

Toimintavaiheessa hyödynnetään potilaan omia muutosvaiheen kokemuksia. Tavoitteita ja suunnitelmaa tarkennetaan, jotta se ohjaa potilasta oikeaan suuntaan muutoksen teossa. Tapaamisissa ohjaajan kanssa arvioidaan miten muutos on suunnitelman mukaan toteutunut, missä kohtaa on pohdittava tavoitteen realistisuutta ja mahdollisia tukihenkilöitä. Motivoivan haastattelun periaatteiden mukaisesti ohjaajan kannattaa tässä vaiheessa osoittaa empatiaa erityisesti keskusteltaessa menetyksen tunteista painonpudotukseen liittyen (Chur-Hansen 2012, 239); tällaisia menetyksiä voivat potilaalle olla esimerkiksi kieltäytyminen ravintolaillallisista tai herkuttelusta juhliissa. Tavoitteet ja suunnitelma on muokattava elämäntilanteiden muuttuessa uutta tilannetta vastaavaksi. On huomioitava ohjattavan läheiset, joiden joukossa voi olla myös muutoksen vastustusta, jolloin läheisten tuki ja kannustus tulee korvata esimerkiksi sähköpostin käytöllä tapaamisten tukena. Arvioinnissa on tärkeää huomata pienetkin muutokset oikeaan suuntaan ja tukea niitä (Absetz 2010, 11; Chur-Hansen 2012, 239). Motivointi- ja palkkiojärjestelmä auttaa potilasta saavuttamaan lyhyemmän aikavälin tavoitteita. Potilasta kannustetaan pohtimaan omia palkintoja ja liittämään ne osaksi muutossuunnitelman toteutusta. Näkyvät muutokset, jotka saavutetaan pitemmällä aikavälillä kannustavat ohjattavaa eteenpäin, mutta tasaisten vaiheiden ylipääsemiseksi voi hyödyntää ohjattavan henkilökohtaisia palkintoja. (Turku 2007, 72-73.)

Omaseurannan jatkaminen toimintavaiheessa on erittäin tärkeää. Oman toiminnan tarkailulla on suuri merkitys painonhallinnassa esimerkiksi ruokamäärien hillitsemisen yhteydessä ja liikunta-aktiivisuuteen kannustamisessa. Säännöllinen painon seuraaminen ja kirjaaminen on hyvä tapa selvittää, millainen vaikutus muutuskokeiluilla on painoon (Mustajoki & Lappalainen 2001, 28). Sekä ruoka- että liikuntapäiväkirjojen pitämiseen löytyy paljon ilmaisia välineitä internetistä. Menetelmiä on monenlaisia ja jotkin ruokapäiväkirjat auttavat seuraamaan energiansaannin lisäksi esimerkiksi päivittäistä kasvis-ten syöntiä ja ravinnosta saatavan kuidun määrää. Päiväkirjojen käytössä ohjausmenetelmänä on tärkeää, että käytetyt päiväkirjat ovat perusteellisesti ohjeistettuja ja selkokielisiä. Puutteellinen ohjeistus ja käytön kokeminen hankalaksi voi johtaa siihen, että potilas ei käytä päiväkirjaa, mutta toisaalta päiväkirjan täyttäminen koetaan usein työlääksi silloin, kun muutosvalmius ei vielä ole riittävää. Toimintavaiheessa muutosvalmiuden kuitenkin pitäisi olla jo riittävää ja siksi päiväkirjojen käyttö tässä vaiheessa on perusteltua. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 52-53.)

Omaseuranta kannattaa kannustaa tekemään myös fyysisen aktiivisuuden seuraamisessa. Liikunnan osalta askelmittari on hyvä väline oman fyysisen aktiivisuuden näkyväksi tekemiseen ja sitä kautta muutostarpeen tunnistamiseen. Se auttaa myös konkreettisten tavoitteiden asettamisessa lyhyellä aikavälillä. Kun tavoitteita saavutetaan ja sitä kautta saadaan onnistumisen kokemuksia voivat havainnot askelmäärien lisääntymisestä ja siihen vaikuttaneista pienistä, jokapäiväisistä asioista motivoida edelleen liikkumiseen. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 54.)

#### **4.5 Ylläpitovaihe**

Ylläpitovaiheessa pyritään vakiinnuttamaan ne positiiviset muutokset, jotka on jo tehty ja välttämään repsahduksia. Ylläpito tulee nähdä muutoksen jatkamisena ja riippuvuuskäyttäytymisessä tämän vaiheen kesto voi vaihdella puolesta vuodesta määrittelemättömän mittaiseksi, jopa koko loppuelämän pituiseksi. Tässä vaiheessa olevat voivat käyttää seuraavantyyppisiä ilmauksia: ”tarvitsen ehkä hieman apua pysytelläkseni hyvissä elämäntavoissa” ja ”yritän välttää repsahduksia”. (Prochaska, Diclemente & Norcross 1992, 1104.)

Omaseuranta on tärkeä työkalu koko muutosprosessin ajan ja sitä on syytä jatkaa myös ylläpitovaiheessa. Harkintavaiheessa omaseuranta auttaa tiedostamaan ja arvioimaan omaa tilannetta, päätöksentekovaiheessa se tarjoaa tietoa, jonka avulla pystytään asettamaan itselle sopivia ja konkreettisia käyttäytymistavoitteita ja toiminta- ja ylläpitovaiheessa se tarjoaa palautetta omasta toiminnasta. Yksi ohjauksen pitkän aikavälin tavoitteista on motivoida omaseurantaan kullekin sopivimmassa muodossa ja korostaa sen merkitystä muutostyökaluna. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010, 10.)

Omaseurannassa vastuu on ihmisellä itsellään, jolloin irrottautuminen ulkopuolisesta ohjauksesta helpottuu ja vastuun siirtyminen itselle edistää omaa päätöksentekoa (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 54). Ohjaajan tehtävä on käyttää omaaloitteisuutta ja aktiivisuutta edistäviä ohjausmenetelmiä (Mustajoki & Lappalainen 2001, 23). Omalla toiminnalla saavutetut onnistumisen kokemukset saavat myös luottamaan omiin kykyihin (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010, 10). Olennaista on, että potilas osaa itse esimerkiksi tulkita omaa ruokapäiväkirjaansa ongelmien ja vahvuuksien osalta ja tehdä tarvittavat muutokset ruokattumuksiinsa, jolloin päiväkirjan pitämisestä koituu todellista hyötyä muutosprosessissa. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 54.)

Muutosprosessiin kuuluu olennaisena osana taantumavaiheita, jotka usein käsitetään niin sanotuiksi repsahdusvaiheiksi. Ohjauksessa tärkeää on tuoda esille jo ohjauksen alkuvaiheessa, että repsahdukset kuuluvat osaksi muutosprosessia. Sen sijaan että keskitytään repsahdusvaiheiden ehkäisyyn, ohjauksessa painopisteen tulee olla siinä, miten repsahdusvaiheista huolimatta päästään niistä eteenpäin ja opitaan niistä. Repsahduksista keskusteleminen on yksi ylläpitovaiheen tärkeimmistä tehtävistä (Chur-Hansen 2012, 239). Ohjauksessa käydään läpi niitä keinoja, millä vaikeista tilanteista päästään yli ilman, että ohjattavan itseluottamus kärsii. Muutoksen pysyvyys on kyseenalainen, mikäli repsahdusten hallinta on pelkästään riskitilanteiden välttämistä ja kuuriluontoista pinnistelyä. Riskitilanteiden ennakointi ja uusien toimintatapojen omaksuminen on osa ohjausmenetelmää (Turku 2007, 75; Chur-Hansen 2012, 239). Potilas käy läpi itselleen todennäköisiä riskitekijöitä ja tilanteita ja ohjauksessa mietitään niiden tilanteiden varalle toimintasuunnitelma joka kirjataan myös ylös. Ylläpitovaiheessa niiden toimivuutta arvioidaan samalla tavalla kuin muidenkin tavoitteiden saavuttamista ja tuloksellisuutta.

Joissakin tapauksissa repsahdukset sallitaan ilman syyllisyyden ja häpeän tunnetta kuten esimerkiksi silloin, kun repsahduspäivä suunnitellaan etukäteen. Ohjattava ei koe suunniteltua repsahdusta hallinnan menettämisenä, sillä se on ohjauksessa suunniteltu ja ohjauksessa sovittu. Tämä tukee myös tavoitteiden realistisuutta ja muutoksen etenemistä maltillisesti. Ohjattavan kokonaistilanteen selkeyttämiseksi voidaan käyttää motivatiokäyrää, jossa näkyy ohjattavan ylä- ja alamäet sekä repsahdukset ja miten ohjattava näkee tulevaisuuden itsensä arvioimana. (Turku 2007, 74-76.)

Ylläpitovaiheen haaste on muutoksen ylläpidossa, ettei saavutettu muutos jää kuuriluontoiseksi ja tätä vaihetta voidaankin pitää painonpudotuksen vaiheista haasteellisimpana. Tämän vaiheen ohjauksessa laaditaan suunnitelma pidemmälle aikavälille. Aktiivinen muutosvaihe ei ole enää pääroolissa, vaan se, miten potilas ylläpitää jo saavutettua muutosta ja uusia elämäntapoja. Ohjauksen suunnittelussa hyödynnetään muutosvaiheessa koettuja vaiheita ja tietoa siitä, missä on onnistuttu ja minkälaisissa vaiheissa potilas tarvitsee lisätukea. Potilaan kanssa sovitaan jatkotapaamisista yksilöllisesti. Painonpudotuksessa välitavoitteiden saavuttaminen, esimerkiksi tietty kilomäärä, laboratorioarvojen kontrolli tai verenpainelukema voivat olla niitä vaiheita, jolloin potilas on jälleen yhteydessä ohjaajaan. Kirjaaminen on tärkeää myös ylläpitovaiheessa ohjauksen jatkuvuuden takaamisen vuoksi. Jatkuvuuteen voi vaikuttaa esimerkiksi ohjaajien vaihtuvuus. Ajankohta, milloin siirrytään tehostetusta elämäntapaohjauksesta perusseurantaan, on tärkeä vaihe kun jatkosuunnitelmaa laaditaan. On muistettava, että kaikki vaiheet ja eteneminen tapahtuvat yksilöllisesti ja suunnitelmaa laadittaessa edetään potilaan itsearvioinnin ja jatkomotivaation pohjalta. (Turku 2007, 78-79.)

Ohjaajan ja ohjausmenetelmien kehittymisen kannalta tärkeää on myös ohjaajan itsearviointi. Pelkästään saavutetut muutokset mittaustuloksineen eivät anna kokonaiskuvaa ohjauksesta. Ohjaajan on hyvä nähdä kokonaisuus prosessina, jossa oman työn laadun reflektointi ja jatkuva arviointi ovat takeena onnistuneeseen ja laadukkaaseen ohjaustyöhön. (Turku 2007, 84.)

#### **4.6 Hoidon tavoitteet ja tulosten seuranta**

Ohjauksessa tulisi keskustella ohjattavan henkilökohtaisesta painotavoitteesta ja korostaa, että laihtumistavoitteen ei välttämättä tarvitse olla normaalipainon saavuttaminen.

Hyvä tavoite on 5-10 prosentin painon pudotus, sillä sen on todettu vaikuttavan suotuisasti esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin eli esimerkiksi veren rasva-arvoihin, verenpaineeseen ja sokeritasapainoon (Tuomilehto, Lindström, Eriksson, Valle, Hämäläinen, Ilanne-Parikka, Keinänen-Kiukaanniemi, Laakso, Louheranta, Rastas, Salminen, Aunola, Cepaitis, Moltchanov, Hakumäki, Mannelin, Martikkala, Sundvall & Uusitupa 2001, 1345). Ohjattava asettaa itse oman tavoitteensa, mutta ohjaajan on syytä muistuttaa pitkin matkaa siitä, että pelkän laihdutetun kilomäärän sijaan lopullinen tavoite on saada aikaan muutoksia, sillä se on ainoa tapa päästä pysyviin tuloksiin (Mustajoki & Lappalainen 2001, 17; Mustajoki & Lappalainen 2006, 274). Mustajoki, Rissanen ja Uusitupa (2006, 161) toteavat, että laihduttamiseen ryhdyttäessä tulisi aina pyrkiä mahdollisimman pysyviin tuloksiin ja pysyvän tuloksen saavuttamiseksi ruokailu- ja liikuntatottumuksia on muutettava pysyvästi. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 17.)

Ohjaajan pitää muistaa potilaslähtöisyys myös tavoitteiden asettamisen yhteydessä. On tärkeää tunnistaa tilanne, jossa potilaan ja ohjaajan tavoitteet muutosprosessille ovat ristiriidassa keskenään; ammattilaisen näkökulmasta saavutettavat terveyshyödyt voivat olla tärkein tavoite, mutta potilaan näkökulmasta tavoitteet voivat olla itsetunnon kohelemiseen, ulkonäön parantamiseen tai esimerkiksi paremmin istuviin vaatteisiin liittyviä. Ohjaajan täytyy kunnioittaa niitä tavoitteita, jotka potilas on itselleen asettanut ja pyrkiä tukemaan potilaan motivaatiota niiden kautta. (Chur-Hansen 2012, 238.)

Painonhallinnan onnistumista tukevia tekijöitä ovat tavoitteet, itsestä lähtevä motivaatio, omiin kykyihin luottaminen, positiivinen mieliala ja sosiaalinen tuki ja onnistujalle tyypillisiä piirteitä ovat sopiva elämäntilanne työn ja perheen suhteen, hyvät ongelmanratkaisutaidot ja itsekuri. Terveellisten ruokailutottumusten ja liikunnan lisäämisen ohella painonhallinnan onnistuminen edellyttää tietoisuutta omasta toiminnasta ja tilanteesta. Ruokatottumuksiin liittyviä painonhallinnan onnistumista tukevia tekijöitä ovat aamupalan syöminen, säännöllinen ateriarhythmi ja tietoinen syömisen rajoittaminen (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010, 10). Sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden puuttuminen, epäterveelliset ruokailutottumukset ja liikunnan vähäisyys ovat puolestaan painonhallinnan riskitekijöitä. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010, 10-11.)



## 5 PROJEKTIN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Haukiputaan terveysaseman hoitajat kokivat ongelmaksi sen, että painonhallinnan yksilöohjaukseen ei ole ollut selkeää toimintamallia. Tämä on melko tavallista terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, sillä ohjaustapahtuman luonteeseen kuuluu usein potilaan yksilöllisten piirteiden huomiointi ja sitä kautta syntyvä ohjauksen systematisoinnin vaikeus (Absetz 2010, 8). Absetzin (2010, 9) mukaan ohjaukselle on kuitenkin mahdollista löytää perusrakenne, jonka sisällä on silti tilaa potilaiden yksilöllisyyden huomioimiselle. Motivoiva vuorovaikutus varmistaa asiakkaan näkökulman esiintulon ja systemaattisuus ohjauksen etenemisen (Absetz 2010, 12).

Toimeksiantajan kanssa käytyjen keskustelujen myötä tutkimustehtäväksemme täsmentyi se, että painonhallinnan yksilöohjaukseen tarvittiin selkeä toimintamalli. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa kirjallinen ohje, joka auttaa hoitajia yksilöohjauksessa. Varsinaisen ohjeen suunnittelu päätettiin tehdä sitten, kun kirjallisuuskatsaus on valmis, jotta pystyttäisiin yhdistämään kirjallisuuskatsauksen teoriatieto terveysaseman käytännön tarpeisiin.

Suunnitteluvaiheessa keväällä 2013 keskustelimme Haukiputaan terveysaseman hoitajien kanssa työn aiheesta, joka nousi hoitajien tarpeesta saada konkreettisia työkaluja lihavuuden yksilöohjaustapaamisia varten. Toukokuussa 2013 tapasimme ohjaajamme Maija Alahuhdan, jonka kanssa sovimme työn etenemisen aikataulusta. Näiden keskustelujen pohjalta saimme aiheemme rajattua ja työmme suunnitelman tehtyä ja kirjoitimme opinnäytetyön yhteistyösopimukset sekä toimeksiantajan että ammattikorkeakoulun edustajan ohjaaja Alahuhdan kanssa. Päätimme tehdä kirjallisuuskatsauksen painonhallintaan pyrkivästä elintapaohjauksesta ja rajasimme työn aiheen koskemaan ohjauksen menetelmiä. Lähestyimme aihetta motivoivan haastattelun ja transteoreettisen muutosvaihemallin kautta.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella laadimme ohjaustapaamisia pitävälle hoitajille lyhyen ohjeistuksen potilaan muutosvaiheen tunnistamisesta ja ohjauksen menetelmien mukauttamisesta potilaan muutosvaiheen mukaiseksi. Terveysasemalla on kirjallista mate-

riaalia, jota he voivat tarjota potilaille painonpudotuksen tueksi. Ohjeessa laadimme myös lyhyen koosteen erilaisista verkkosivustoista, joita hoitajat voivat suositella potilaille omaseurantaa varten. Koska tavoitteena oli kehittää ohjausta tiedon jakamisesta potilaslähtöisempään suuntaan parempien tulosten saavuttamiseksi, keskityimme työssämme ohjauksen sisällön sijaan ohjauksen menetelmien kehittämiseen terveysasemalla.

Kesällä ja syksyllä 2013 perehdyimme työmme lähdekirjallisuuteen ja kirjoitimme työn teoreettisen viitekehyksen valmiiksi. Syksyn aikana pyysimme työstämme palautetta Maija Alahuhdalta, joka kommentoi työtämme sähköpostin välityksellä. Olimme ajoittain yhteydessä myös yhteyshenkilöömme Haukiputaan terveysasemalla varmistaaksemme työhön liittyviä seikkoja ja tarkentaaksemme tutkimusongelmaa prosessin edetessä.

Työn tilaajan toiveena oli saada mahdollisimman selkeä ja helppokäyttöinen työkalu, jonka hoitaja saa käyttöön nopeasti ja helposti. Päädyimme tekemään ohjeistuksen sähköisessä muodossa, jonka tilaaja voi tallentaa omaan sisäiseen verkkoon, josta se on helposti kaikkien saatavilla. Pohdimme työkalun rakennetta ja päädyimme yhdessä työn tilaajan kanssa jakamaan sisällön aihealueittain eri kansioihin. Keräsimme kansioihin tiivistetysti tietoa motivoivasta haastattelusta, potilaan ohjauksesta transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisesti sekä hyvän yksilöohjauksen perusteista helpottaaksemme tiedon hakemista eri potilasohjauksen vaiheissa.

Jouduimme kuitenkin muuttamaan alkuperäistä suunnitelmaamme työkalun rakenteesta, koska saimme kuulla työn tilaajalta, ettei kaupungin sisäiseen verkkoon saa tallentaa omia tiedostoja. Pohdimme rakennetta uudelleen yhdessä työn tilaajan kanssa ja päädyimme toteuttamaan ohjeistuksen Word-tiedostona. Sovimme yhteyshenkilöemme kanssa, että hän lähettää tiedoston sähköpostitse terveysaseman sairaanhoitajille.

Työn lopullisen valmistumisen tavoitteeksi asetimme kevään 2014. Tammi-helmikuussa 2014 kokosimme potilasohjausmateriaalin tekemämme kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja lähetimme loppuraporttimme ohjausmateriaaliliitteineen ohjaajallemme sekä toimeksiantajallemme maaliskuussa 2014. Toimeksiantajamme pyynnöstä ja käytettävyyden varmistamiseksi esitimme työn Haukiputaan terveysaseman sairaanhoitajille 11.4. Saa-

mamme palaute osoitti, että olimme keskittyneet potilasohjauksen kannalta tärkeisiin ja olennaisiin asioihin ja onnistuneet tuottamaan oppaan, joka antaa konkreettisia toimintaohjeita käytännön potilastyöhön.

Vaikka projektiimme ei tarvittu taloudellisia resursseja, työryhmämme työpanokselle voidaan laskea rahallinen arvo, jonka perusteella projektin budjetti määritellään. Oulun ammattikorkeakoulussa opinnäytetyön laajuus on kokonaisuudessaan 15 opintopistettä ja yksi opintopiste vastaa 27 työtuntia. Yksi opiskelija käyttää tämän laskukaavan mukaan opinnäytetyöhön 405 työtuntia. Työryhmämme koostui kolmesta opiskelijasta, joiden opintopisteisiin perustuva työpanos on yhteensä 1215 työtuntia. Kun yhden työtunnin hinnaksi määritellään ammattikorkeakoulumme ohjeen mukaisesti 10 euroa, työn budjetti on yhteensä 12 150 euroa.

## 6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kirjallisuuskatsausta tehdessä täytyy kunnioittaa alkuperäisen julkaisun kirjoittajaa käyttämällä asianmukaisia ja tarkkoja lähdemerkintöjä. Toisen kirjoittamaa tekstiä ei saa plagioida eikä tekstin sisältö saa muuttua referoitaessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26). Olemme tehneet työmme lähdeviittaukset ja merkinnät asianmukaisesti joka lisää myös sisällön luotettavuutta.

Opinnäytetyömme aiheeseen liittyen on saatavilla paljon lähdemateriaalia. Suhtauduimme lähteisiin kriittisesti ja käytimme lähteinä yleisesti tunnettuja sekä luotettavia julkaisuorganisaatioita. Käyttämämme lähdekirjallisuus on tuoretta ja pyrimme aina myös etsimään julkaisujen pohjana käytetyn alkuperäistutkimuksen, jota olemme lainanneet hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Vaikka osa käyttämästämme lähdemateriaalista oli yli viisi vuotta vanhaa, tarkistimme näiden sisällön olevan yhtenäistä alan viimeisimpien julkaisujen kanssa.

Koska työmme tulee terveydenhuollon käyttöön, kiinnitimme erityistä huomiota lähteidemme luotettavuuteen. Määriteltymme työmme keskeisiä asiasanoja, joita olivat muun muassa lihavuus, työikäiset, painonhallinta ja potilasneuvonta, käytimme niitä hakustrategiassamme. Saimme muutamia lähdesuosituksia työmme ohjaajalta ja etsimme lähteitä käyttäen muun muassa sosiaali- ja terveysalan sähköisiä tietokantoja kuten Medic, Ebsco ja Terveysportti. Kriteerinämme oli käyttää lähteinä pääosin tieteellisissä julkaisuissa ilmestyneitä vertaisarvioituja artikkeleita. Tiedonhakua edisti myös se, että opinnäytetyöprosessimme aikana osallistuimme kursseille, joiden sisällöissä ja oppimateriaaleissa oli erityisesti motivoivaan haastatteluun ja transteoreettiseen muutosvaihemalliin liittyvää luotettavaa ja ajantasaista aineistoa.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimi lehtori TtT Maija Alahuhta. Hän on tarkastanut opinnäytetyömme, joka lisää asiasisällön luotettavuutta. Työmme käytettävyyden varmistamiseksi esitimme työmme Haukiputaan terveysaseman hoitajille saadaksemme potilasohjauksen oppaasta palautetta ja kehitysehdotuksia suoraan toimeksiantajalta ja voidaksemme vastata työhön liittyviin kysymyksiin.

## 7 POHDINTA

Tässä työssä olemme laatineet ohjeistusta lihavuuden hoitoon. Olemme käsitelleet potilasohjausta yksilöohjauksen näkökulmasta, mutta motivoivan haastattelun menetelmät soveltuvat hyvin myös ryhmäohjaukseen. Lähes kaikki terveydenhuollon piirissä laihduttavat potilaat ovat sopivia ja halukkaita osallistumaan ryhmähoitoon (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 166) ja käytännön resurssit huomioiden ryhmähoito olisi perusteltua myös kustannusten edullisuuden vuoksi verrattuna yksilöhoitoon (Mustajoki & Lappalainen 2001, 32).

Noin kymmenen hengen ryhmän vie keskimäärin kaksi tuntia tehokasta työaikaa ohjaajalta, kun käytetään valmiiksi jäsenneltyä laihdutusohjelmaa ja saman henkilömäärän yksilöohjaus ei yleensä mahdu yhden työpäivän sisään (Mustajoki & Lappalainen 2006, 281). Lisäksi ryhmäterapia mahdollistaa useampien ohjausmenetelmien käytön ja ryhmässä toteutuu myös vertaistuki (Mustajoki & Lappalainen 2006, 281). Mustajoki, Rissanen ja Uusitupa (2006, 166) suosittelevat yksilöhoitoa silloin, kun potilas ei esimerkiksi arkuuden vuoksi menesty ryhmässä tai laihduttamisella on kiire esimerkiksi sairauden tai suunnitellun leikkauksen vuoksi.

Opinnäytetyömme avulla hoitajat voivat kehittää omia yksilöohjaustaitojaan ja potilaat saavat yksilöllisempää, heille paremmin räätälöityä ohjausta. Lisäksi ohjaus on opastuena käyttävien hoitajien keskuudessa yhtenäistä, jolloin myös tulosten seuranta ja raportointi on luotettavaa. Olemme tyytyväisiä työmme tuotoksena syntyneeseen potilasohjausoppaaseen (LIITE 1) ja sen käytettävyyteen; toimeksiantajan palaute työstä osoittaa, että olemme onnistuneet tuottamaan käytännönläheisen ja työelämän tarpeita vastaavan opinnäytetyön. Projektiorganisaatiomme on toiminut hyvin ja työskentely on ollut suunnitelmallista ja tavoitteellista koko prosessin ajan. Oma ammatillisuutemme on kasvanut ja perehtymällä potilasohjaukseen olemme kehittyneet yhdellä hoitotyön olennaisimmista osa-alueista. Jatkotutkimusaiheeksi esitämme tutkimusta oppaan käytötavoista toimeksiantajan organisaatiossa.

## LÄHTEET

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveystieteiden tutkimus* 43 (1) 8-12.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. *Hoitotiede* 21 (4) 259-268.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46 (3) 148-158.

Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva hoitotyö* 8 (2) 4-13.

Andrén, P. & Bjurman, A. 2011. 1117 Vårdguiden. Fakta och Rad. Fetma. Hakupäivä 25.11.2013, <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/>.

Chur-Hansen, A. 2012. Cognitive-behavioural and other psychological techniques in the dietetic consultation: Suggestions for practice. *Nutrition & Dietetics* 69 (4) 236-241.

Ehrling, L. & Rakkolainen, M. 2008. Potilaan motivointi elämäntapamuutokseen. Motivoiva haastattelu terveydenhoitajan vastaanotolla. *Terveystieteiden tutkimus* 41 (8) 6-8.

Grace, C. 2011. A review of one-to-one dietetic obesity management in adults. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 24 (1) 13-22.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaukua, J. 2009. Lihavuus ja syömishäiriöt. Teoksessa M. Välimäki, T. Sane & L. Dunkel (toim.) Endokrinologia. Helsinki: Duodecim, 881-897.

Korkiakangas, E., Alahuhta M. & Laitinen J. 2011. Omaseuranta motivoi elintapamuutokseen. Sairaanhoitaja 84 (1) 52-54.

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Miller, W. R., & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing: Preparing People for Change. New York: Guilford Press.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2006. Lihavuuden hoidon käytännön toteuttaminen. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen, & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Helsinki: Duodecim, 272-282.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavan potilaan tutkiminen ja hoitomuodon valinta. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen, & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Helsinki: Duodecim, 158-166.

Prochaska, J. & DiClemente, C. 1986. Toward a Comprehensive Model of Change. Teoksessa W.R. Miller & N. Heather (toim.) Treating Addictive Behaviors. Plenum Publishing Corporation, 3-27.

Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. 1992. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist 47 (9) 1102-1114.

Searight, H. 2009. Realistic Approaches to Counseling in the Office Settings. American Family Physician 79 (4) 277-284.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2013. Käypä hoito. Hakupäivä 17.12.2013, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Finravinto-tutkimus. Hakupäivä 25.9.2013, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/hanke?id=27390](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=27390)

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Aunola, S., Cepaitis, Z., Moltchanov, V., Hakumäki, M., Mannelin, M., Martikkala, V., Sundvall, J. & Uusitupa, M. 2001. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle Among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. The New England Journal of Medicine 344 (18) 1343-1350.

Turku, R. (2007) Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita Publishing Oy.

van Nes, M. & Sawatzky, J. 2010. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22 (12) 654-660.



# **SAIRAANHOITAJAN TYÖKALU POTILAAN OHJAAMISEEN**

Junno Minna-Liisa  
Leppiaho Jonna  
Linnell Tiia  
Opinnäytetyö  
Kevät 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
OAMK

## SISÄLLYS

1	YKSILÖOHJAUKSEN PERUSPERIAATTEITA .....	3
1.1	Taustatietojen kartoittaminen.....	4
1.2	Tavoitteiden asettaminen .....	4
2	ASIAKKAAN OHJAAMINEN TRANSTEOREETTISEN MUUTOSVAIHEMALLIN MUKAISESTI .....	7
2.1	Esiharkintavaihe .....	7
2.2	Harkintavaihe .....	8
2.3	Päätöksentekovaihe .....	8
2.4	Toimintavaihe .....	9
2.5	Ylläpitovaihe .....	10
3	ASIAKKAAN MUUTOSVALMIUDEN ARVIOIMINEN .....	12
	OPPAASEEN KÄYTETTYÄ KIRJALLISUUTTA .....	14
	LIITTEET	

# 1 YKSILÖOHJAUKSEN PERUSPERIAATTEITA

Uusien asioiden oppimisen kannalta yksilöohjausta pidetään tehokkaimpana menetelmänä, vaikka se vaatii hoitajalta ryhmäohjausta enemmän aikaa. Yksilöohjauksessa hoitajan on helpompi oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä ja antaa tukea asiakkaalle. Lisäksi asiakkaalla on paremmat mahdollisuudet esittää kysymyksiä ja ohjaus kohdistuu paremmin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi. Yksilöohjaus tukee paremmin asiakkaan omaa aktiivisuutta sekä motivaatiota ja muodostaa ohjaustilanteeseen vapaaehtoisen ilmapiirin.

Jotta asiakas kokee tulevansa ymmärretyksi, vaatii se hoitajalta hyvää kuuntelutaitoa. Ohjauksen tulee rakentua asiakkaan voimavaroja tukevaksi ja hoitaja varmistaa tämän ottamalla huomioon asiakkaan välittämän viestin ja tekemällä siitä tulkintoja ohjaukseen.

Seuraavassa on esitelty kuusi kuuntelun perustaitoa:

- Taito seurata puheen sisällön rakentumista, jossa hoitajan tehtävä on johdatella keskustelu ohjauksen aihepiiriin, luoda ystävällinen ja kannustava ilmapiiri. Hoitajan on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä rohkaisemaan asiakasta ilmaistamaan itseään ja voimavarojaan.
- Taito eritellä kuultua ja tiivistää se. Hoitaja tiivistää asiakkaan kertomasta vain olennaisimmat hoitoon liittyvät seikat, tämä selkiyttää asiakkaan tilannetta ja ajatuksia.
- Taito erottaa keskeiset asiat. Asiakkaan itsenäistä toimintaa tuetaan antamalla hänelle palautetta ja mahdollisuus esittää kysymyksiä. Asiakasta ohjataan tuomaan esiin omia näkemyksiään, koska asiakkaan hyvinvoinnin kannalta on tärkeää että asiakas itse tuottaa ohjauskesustelun sisällön. Hoitaja voi tukea tätä myös esittämällä tarkentavia lisäkysymyksiä.
- Taito erottaa puhujan käyttämiä perustelemisen keinoja ja arvioida sanoman luotettavuutta. Hoitajan täytyy ohjaustilanteessa tukea asiakkaan tekemiä valintoja, perusteluita ja tuntemuksia omista näkemyksistään riippumatta. Ohjauksessa tu-

lee ottaa huomioon asiakkaan tuntemus- ja kokemuserustelut sekä asiakkaan tausta.

- Taito tehdä kuullusta päätelmiä. Hoitaja varmistaa tarkentavilla kysymyksillä ymmärtäneensä asiakkaan kertoman oikein. Hoitaja voi itse toistaa asiakkaan kertomaa tai pyytää asiakasta kertaamaan jonkin tietyn asian uudelleen. Näin asiakkaalla on mahdollisuus arvioida omaa sanomaansa.
- Taito antaa puhujalle asianmukaista palautetta. Hoitajan antama palaute tulee olla yksilöllistä, asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaa. Tavoitteena on saada asiakas vakuuttuneeksi toiminnan tarpeellisuudesta ja merkityksestä nimenomaan asiakkaalle itselleen. Asiakkaalle tulee jäädä ohjauksesta tunne, että hoitajan tiedot ja taidot ovat hänen ulottuvillaan.

### **1.1 Taustatietojen kartoittaminen**

Asiakas on ohjautunut sairaanhoitajan vastaanotolle lihavuuden hoitoa varten todennäköisesti sitä kautta, että lihavuus on jo aiheuttanut tai on vaarassa aiheuttaa erilaisia terveyshaittoja. Asiakas ei itse välttämättä tiedosta tarvitsevänsä muutosta elintavoissa tai hänellä ei ole motivaatiota muutoksen aloittamiseen. Asiakkaalta voi myös puuttua tarvittavat tiedot ja taidot muutoksen toteuttamiseen, vaikka hän olisikin siihen tarpeeksi motivoitunut.

Aluksi kartoitetaan asiakkaan alkutilanne; millaiset ruokailu- ja liikuntatottumukset hänellä on ja millainen hänen elämäntilanteensa on ylipäätään. Ensimmäisellä tapaamiskerralla voidaan suorittaa perusmittauksia, kuten paino, pituus, verenpaine ja verensokeri. Lisäksi asiakkaalta mitataan vyötärön ympärys ja lasketaan painoindeksi. Asiakasta voidaan myös pyytää täyttämään erilaisia testejä, joita löytyy esimerkiksi Sydänliiton sivuilta. Testien avulla lihavuuden aiheuttamat riskit konkretisoituvat asiakkaalle ja tämä edistää hänen kokonaiskuvaansa omasta terveydentilastaan.

### **1.2 Tavoitteiden asettaminen**

Kun taustatiedot on kartoitettu, aletaan yhdessä asiakkaan kanssa laatia tavoitteita ohjaukselle. Elintapojen muutosten arvioimiseksi sekä itsehoidon onnistumisen kannalta tavoitteiden määrittely on todella tärkeää ja niiden tulee olla realistisia, konkreettisia ja

mitattavia. Asiakkaan pääsyä tavoitteisiinsa edistää se, että ne laaditaan hänen kanssaan yhteistyössä ja hänen oma näkemyksensä huomioidaan. Lisäksi tämä edistää asiakkaan sitoutumista muutoksen tekemiseen.

Tavoitteet voivat olla tyypiltään erilaisia. Henkilökohtaisilla tavoitteilla asiakas voi vaikuttaa omaan persoonallisuuteensa sekä omaan hyvinvointiinsa. Subjektiiiviset tavoitteet liittyvät asiakkaan omaan näkemykseen omasta aikomuksestaan, eikä niiden saavuttamista voi mitata. Objektiiiviset tavoitteet puolestaan ovat mitattavia ja ne sisältävät esimerkiksi lääketieteelliset viitearvot, kuten painon laskun tai kolesteroliarvon muutokset. Tavoitteet eivät saa olla liian vaativia, koska ne voivat aiheuttaa asiakkaalle psyykkistä pahoinvointia.

Tavoitteet voidaan lisäksi jakaa prosessi-, suoritus- ja lopputulostavoitteisiin. Prosessi- ja suoritustavoitteet toimivat keinoina lopputulostavoitteen saavuttamiseksi. Ne ovat helpommin seurattavissa sekä kontrolloitavissa kuin lopputulostavoite ja ne asetetaan lyhyemmälle aikavälille. Prosessi- ja suoritustavoitteet tuovat yleensä muutoksen tulokset esille asiakkaan nähtäville, joka puolestaan antaa asiakkaalle kokemuksen onnistumisesta ja kasvattaa motivaatiota.

Tavoitteiden saavuttamiseen voi liittyä uusien tietojen, arvojen, asenteiden ja taitojen oppiminen. Tavoitteen saavuttamiseen vaikuttaa olennaisesti se, kuinka hyvin ne ovat asiakkaan hallittavissa. Asiakkaan kannalta tavoitteita on hyvä konkretisoida, esimerkiksi tavoitteeksi asetetaan ruoka-aineiden vaihtaminen vähärasvaisempiin, sen sijaan että puhuttaisiin vain yleisesti tavoitteen olevan painon pudotus.

Seuraavassa taulukossa on esitelty esimerkkikysymyksiä, joiden avulla voi arvioida tavoitteiden asettamista yhdessä asiakkaan kanssa.

- Miten tärkeänä asiakas pitää tavoitetta?
- Kokeeko hän, että hän voi sitoutua tavoitteeseen?
- Miten hän on edistynyt tavoitteen saavuttamisessa?
- Onko hänellä kykyä toteuttaa tavoite?
- Onko hänellä mahdollisuuksia itse vaikuttaa tavoitteen toteutumiseen?
- Miten muut ihmiset tai asiat vaikuttavat tavoitteen toteutumiseen?
- Millaista sosiaalista tukea hän tarvitsee tavoitteen saavuttamiseksi?
- Millaiset sosiaaliset tekijät kenties estävät tavoitteen toteutumista?
- Miten stressaavaksi asiakas kokee tavoitteen saavuttamisen?
- Millaista aikaa hän pitää riittävänä tavoitteen saavuttamiseksi?

Taulukko 1. Henkilökohtaisten tavoitteiden arviointi (Kyngäs ym. 2007, 76.)

## **2 ASIAKKAAN OHJAAMINEN TRANSTEOREETTISEN MUUTOSVAIHEMALLIN MUKAISESTI**

Ohjausta voidaan toteuttaa useiden eri ohjausmallien avulla. Olemme käyttäneet työme pohjana transteoreettista muutosvaihemallia. Kyseisessä mallissa ohjaus määräytyy eri vaiheiden mukaan ja hoitajan onkin kyettävä tunnistamaan, missä muutosvaiheessa asiakas kulloinkin on.

### **2.1 Esiharkintavaihe**

Ensimmäisen tapaamiskerran tavoitteena on saada asiakkaan oma motivaatio muutokseen heräämään ja saada hänelle aikaan tunne, että vastuu päätöksistä on asiakkaalla itsellään. Painopisteen tulee olla asiakkaan itsemääräämistunteen vahvistamisessa ja kun ohjauksessa korostetaan hänen omaa päätöksentekoansa ja valinnanvapauttansa, ohjaus tukee asiakkaan hallinnan tunteen säilyttämistä. Motivaation herääminen vie aikaa eikä asiakasta saa hoputtaa. Erilaisista hoitovaihtoehtoista voidaan jo keskustella, mutta varsinaiset hoitopäätökset tehdään vasta toisella käyntikerralla. Koska tavoitteellisen toiminnan perusteena on tilannearvio, asiakkaan nykytilanne täytyy kartoittaa motivoivan haastattelun tarjoamalla keinoilla, esimerkiksi esittämällä avoimia kysymyksiä. Niiden avulla saadaan tietoa mitä asiakas itse tahtoo omalta elämältään, miten hän kokee oman hyvinvointinsa ja millaiset ovat hänen tietonsa terveydentilastaan ja elintapojen yhteydestä siihen. Asiakkaan aikaisemmat muutosyritykset kannattaa selvittää ja hänen sen hetkiset voimavarat ajatellen muutosprosessia. Näiden asioiden avulla päästään yhteisymmärrykseen muutostarpeesta, muutoshalusta ja siihen käytettävissä olevista voimavaroista. Ohjaustilanteessa asiakkaan on hyvä saada sanoittaa omia ajatuksiaan mahdollisimman vapaasti. Tärkeimpiä hoitajan tehtäviä tässä vaiheessa ovat kuuntelu ja tilan antaminen, on vältettävä antamista valmiita ratkaisumalleja ja arvioita. Keskustelussa kannustetaan asiakasta ajattelemaan muutoksen mahdollisuutta, pienenkin muutoksen tuomia hyötyjä ja maltillisia tavoitteita.

## **2.2 Harkintavaihe**

Harkintavaiheessa olevat tiedostavat muutoksen tarpeen ja harkitsevat vakavasti muutosprosessiin ryhtymistä. Tärkeää on saada asiakas punnitsemaan nykyisten elintapojen haittoja ja hyötyjä. Tässä vaiheessa asiakkaalle annetaan hänen tarvitsemaansa neutraalia tietoa, jonka avulla hän voi kasvattaa tietämystä omasta terveydentilastaan. Tiedon lisääminen vahvistaa asiakkaan itsemääräämisen tunnetta ja hän tuntee ottavansa vastuuta omasta elämästään. Motivaatio on onnistumisen kannalta erittäin tärkeä ohjauksessa huomioitava asia. Ulkoista motivaatiota edustavat esimerkiksi terveys, toimintakyky ja ulkonäkö ja sisäistä motivaatiota itsetunnon kohoaminen ja positiivinen mieliala. Elintapamuutosta tehdessä sisäisellä motivaatiolla on suuri merkitys, sillä se on pitkäkestoista sekä tehokasta ja voi johtaa pysyviin muutoksiin. Sisäisiä motivaatiotekijöitä lisäämällä voidaan tukea asiakkaan elintapamuutoksen onnistumista ja pysyvyyttä. Ohjauksessa tuetaan asiakkaan motivaatiota, itseluottamusta sekä halua ja kykyä ottaa muutosprosessi omiin käsiinsä. Aktiivisuutta voidaan edistää kannustavan ilmapiirin, muutosten kokeilemisen ja omaseurannan avulla. Kannustava ohjaus on tasa-arvoista ja avointa toimintaa. Keskustelun tulee olla neutraalia ja negatiivisuutta on vältettävä. Valmiiden ohjeiden ja ratkaisujen antamista vältetään. Asiakkaalle tarjotaan erilaisia vaihtoehtoja, huomioidaan myönteiset muutosyritykset ja hyväksytään epäonnistumisen olevan osa oppimisprosessia. Hoitajan rooli on olla muutoksen tukija eikä pelkästään tiedonvälittäjä.

## **2.3 Päätöksentekovaihe**

Jos asiakas on alkuvaiheiden jälkeen halukas muutuskokeiluihin, tässä vaiheessa voidaan edetä asettamaan konkreettisia tavoitteita. Asiakas on ehkä jo tehnyt pieniä muutoksia käyttäytymisessään, mutta vielä ei ole kysymys merkittävistä muutoksista. Päätöksentekovaiheessa hoitaja auttaa asiakasta tunnistamaan mahdollisia esteitä muutokselle ja etsimään ratkaisuja niiden voittamiseksi. Asiakasta kannustetaan ottamaan pieniä askeleita tavoitteen saavuttamiseksi, autetaan tunnistamaan voimavaroja sekä vahvistetaan niitä. Tässä vaiheessa tavoitteet ja suunnitelma kirjataan toimintatason tavoitteiksi, jottei jäädä pelkästään puheen tasolle. Suunnitelma laaditaan nimenomaan asiakkaan lähtökohdasta. Tavoitteet kannattaa pitää maltillisina, tällä vahvistetaan asiakkaan luottamusta omiin kykyihinsä. Realistiset tavoitteet ovat toteutettavissa osana arkea, jol-



loin edetään kohti pysyvää muutosta. Tavoitteiden olisi hyvä olla mitattavia ja kuvata toimintaa. Esimerkiksi tavoite voi olla kävelylenkin pidentäminen vartilla joka ilta tai kasvisten nauttiminen kahdella aterialla päivässä. Muutosprosessin edetessä tavoitteita tarkastellaan uudelleen ja arvioidaan, asetetaan mahdollisia lisätavoitteita. Ohjauksessa voi käyttää valmiita testipohjia, ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja jotka auttavat asiakasta näkemään konkreettisesti omaa tilannettaan ja muutostarpeita. Ne myös auttavat tavoitteiden laatimisessa ja suunnitelman tekemisessä. Pysyvää muutosta tavoiteltaessa omaseurannalla on keskeinen merkitys. Ohjauksen tavoitteena on saada asiakkaalle ote omasta elämästä, tällöin mahdolliset vastoinikäymiset tuntuvat enemmänkin haasteilta joita lähdetään luottavaisesti ratkaisemaan. Oman elämän hallinta ja sen vahvistaminen on valmentavassa elämäntapaohjauksessa samalla tavalla tavoite kuin tunnettujen terveysriskienkin välttäminen. Tunne onnistumisesta ja elämänhallinnasta lisäävät asiakkaan sitoutumista muutosprosessiin. Ohjauksessa ei kannata keskittyä pohtimaan asiakkaan aikaisempien elämäntapojen merkitystä sairauksien synnyssä, vaan kartoittaa hänen nykytilanne ja suunnitella jatko-ohjaus sen perusteella. Ei puhuta pelkästään riskeistä vaan muutoksen tuomista hyödyistä.

## **2.4 Toimintavaihe**

Tässä vaiheessa tehdään varsinaiset muutokset käyttäytymisessä. Asiakkaalta vaaditaan huomattavaa sitoutumista sekä aikaa ja energiaa. Hoitajan tuella on suuri merkitys sillä asiakkaan motivaatio on tässä vaiheessa hyvin korkealla. Toimintavaiheessa hyödynnetään asiakkaan omia muutosvaiheen kokemuksia, tavoitteita ja suunnitelmaa tarkennetaan ohjaamaan muutosprosessissa oikeaan suuntaan. Hoitajan kannattaa tässä vaiheessa osoittaa empatiaa keskusteltaessa menetyksen tunteista muutosprosessin aikana. Esimerkiksi painonpudotuksessa tällaisia tunteita voivat olla kieltäytyminen ravintolaillallisista tai herkuttelusta juhlissa. Suunnitelmaa on muokattava elämäntilanteiden muuttuessa uutta tilannetta vastaavaksi. Ohjauksessa kannattaa ottaa puheeksi läheiset, joiden joukossa voi olla myös muutosvastaisuutta, jolloin asiakas ei saa tarvittavaa tukea ja kannustusta. Tällöin ohjauskertoja voidaan lisätä tai ottaa mukaan esimerkiksi sähköpostin käyttö tai puhelinohjaus tapaamisten tukena. Pienienkin muutosten huomioiminen ja tukeminen on tärkeää. Asiakasta kannustetaan omaseurannan jatkamiseen liikunta- ja ruokapäiväkirjan avulla. Puutteellinen ohjeistus ja käytön kokeminen hankalaksi

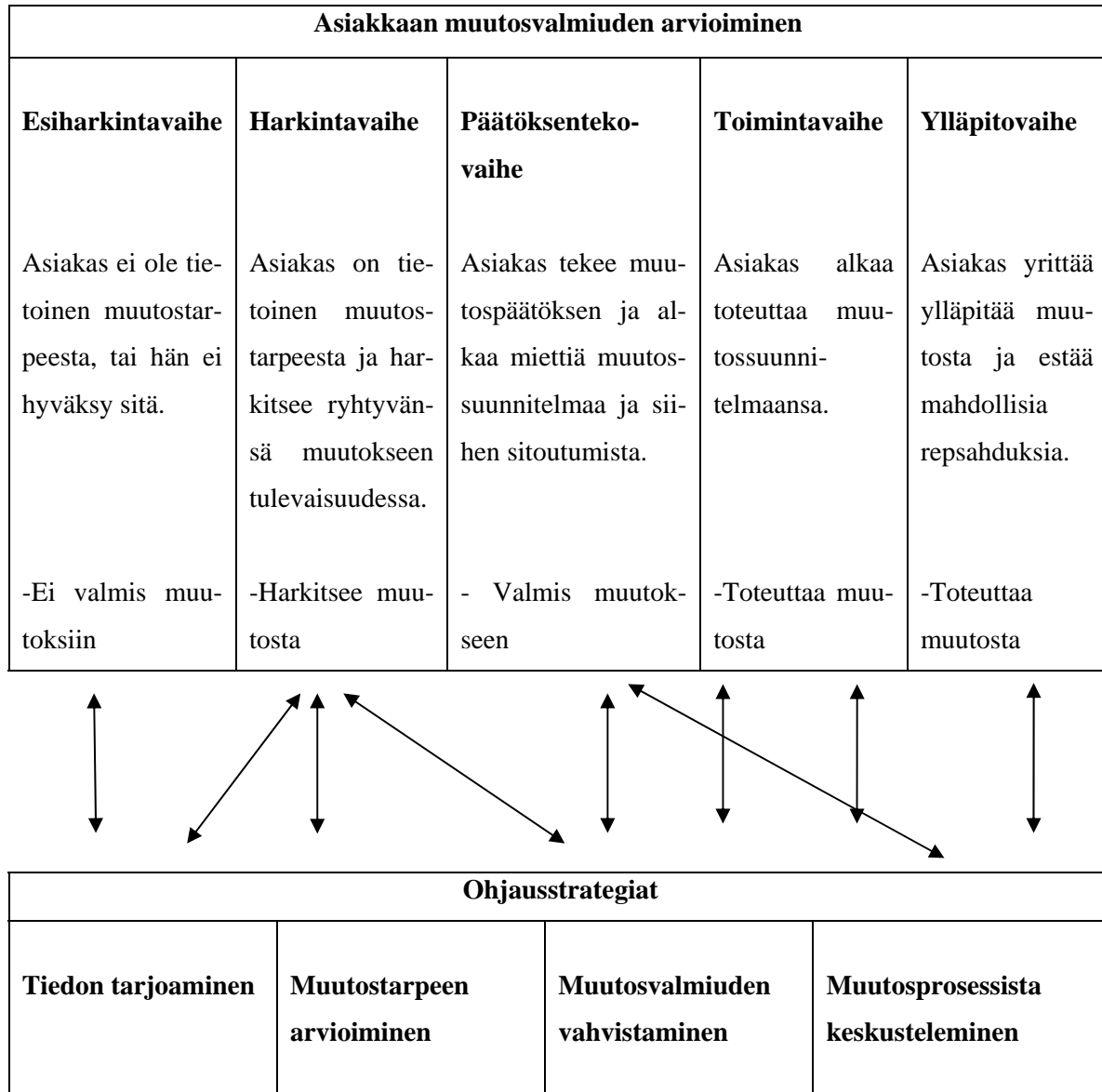
voi johtaa siihen, että asiakas ei käytä omaseurantavälineitä. Tavoitteiden saavuttaminen ja onnistumisen kokemukset kannustavat ja motivoivat muutosprosessin jatkumiseen.

## **2.5 Ylläpitovaihe**

Ylläpitovaiheessa pyritään vakiinnuttamaan ne positiiviset muutokset, jotka on jo tehty ja välttämään repsahduksia. Ylläpito tulee nähdä muutoksen jatkamisena. Tässä vaiheessa olevat voivat käyttää seuraavanlaisia ilmauksia: ”tarvitsen ehkä hieman apua pysytelläkseni hyvissä elämäntavoissa” ja ”yritän välttää repsahduksia”. Myös tässä vaiheessa omaseuranta on tärkeä työkalu ja sitä on syytä jatkaa. Yksi ohjauksen pitkän aikavälin tavoitteista on motivoida omaseurantaan ohjattavalle sopivimmassa muodossa ja korostaa sen merkitystä muutostyökaluna. Omaseurannassa vastuu on asiakkaalla itsellään ja vastuun siirtyminen asiakkaalle edistää omaa päätöksentekoa. Hoitajan tehtävä on käyttää oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta edistäviä ohjausmenetelmiä. Asiakas luottaa omiin kykyihinsä onnistumisen kokemusten kautta, jotka hän on saavuttanut omalla toiminnallaan. Taantumavaiheet käsitetään usein repsahdusvaiheiksi, mutta ne kuuluvat olennaisena osana muutosprosessiin, tämä on tärkeää tuoda esille ohjauksen aikana. Ohjauksen painopisteenä tulisi taantumavaiheessa olla miten siitä huolimatta päästään eteenpäin ja opitaan siitä. Ylläpitovaiheen yksi tärkeimmistä tehtävistä on keskustella repsahduksista. Ohjauksessa keskitytään käymään läpi keinoja millä vaikeista tilanteista päästään yli ilman, että asiakkaan itseluottamus kärsii. Riskitilanteiden ennakointi ja uusien toimintatapojen omaksuminen on osa ohjausmenetelmää. Asiakas käy läpi riskitekijöitä ja tilanteita, ohjauksessa mietitään niiden varalle toimintasuunnitelma joka kirjataan myös ylös. Tavoitteita, toimintasuunnitelmia ja tuloksia arvioidaan myös ylläpitovaiheessa. Joissakin tapauksissa repsahdusvaiheet sallitaan ilman että asiakas kokee syyllisyydentunteita ja häpeää. Näin voidaan tehdä esimerkiksi suunnittelemalla repsahduspäivä etukäteen, tällöin asiakas ei koe repsahdusta hallinnan menettämisenä, sillä se on ohjauksessa suunniteltu ja ohjauksessa sovittu. Tällä tavalla myös tavoitteet pysyvät realistisena ja muutosprosessi etenee maltillisesti. Ohjauksen apuna voidaan käyttää myös motivaatiokäyrää, jossa näkyy ohjattavan ylä- ja alamäet sekä repsahdukset ja millaisena asiakas näkee tulevaisuuden itsensä arvioimana. Suurimpana haasteena ylläpitovaiheessa on ettei saavutetut tulokset ja muutos jää kuuriluonteiseksi. Tämä korostuu varsinkin painonhallinnassa haasteellisimpana vaiheena. Tämän vuoksi ohjauksessa suunnitelma laaditaan pitemmälle aikavälille. Ohjauksessa hyödynnetään aikai-

sempien muutosvaiheiden kokemuksia ja tietoa siitä missä on onnistuttu ja minkälaisissa vaiheissa asiakas tarvitsee lisätukea. Jatkotapaamisista sovitaan yksilöllisesti. Välitavoitteiden saavuttaminen, laboratorioarvojen kontrolli tai verenpainelukema voivat olla niitä vaiheita jolloin asiakas on yhteydessä hoitajaan. Jatkosuunnitelmaa laadittaessa tärkeä vaihe on ajankohta milloin siirrytään tehostetusta elämäntapaohjauksesta perusseurantaan. Kaikki vaiheet tapahtuvat yksilöllisesti ja suunnitelmaa laadittaessa edetään asiakkaan itsearvioinnin ja jatkomotivaation pohjalta. Kirjaamisen tärkeys korostuu ylläpitovaiheessa jatkuvuuden turvaamiseksi. Jatkuvuuteen voi vaikuttaa esimerkiksi hoitajien vaihtuvuus. Ohjauksen kehittymisen kannalta tärkeää on myös hoitajan itsearviointi. Hoitajan on hyvä nähdä kokonaisuus prosessina, jossa oman työn laadun reflektointi ja jatkuva arviointi ovat takeena onnistuneeseen ja laadukkaaseen ohjaustyöhön.

### 3 ASIAKKAAN MUUTOSVALMIUDEN ARVIOIMINEN



Taulukko 2. Elintapojen muutokseen tukevan ohjauksen rakentuminen. (Poskiparta, Kasila, Kettunen, Liimatainen & Vähäsalo 2004, 14.)

Tähän osioon on kerätty esimerkkikysymyksiä, joita erivaiheissa oleville asiakkaille voi esittää eri ohjausstrategioiden mukaisesti.

Ohjausstrategiat ja esimerkkejä kysymyksistä			
Tiedon tarjoaminen	Muutostarpeen arvioiminen	Muutosvalmiuden vahvistaminen	Muutosprosessista keskusteleminen
<p>-Anna neutraalisti tietoa kyseessä olevasta elintavasta, jos asiakas haluaa tietoja siitä.</p> <p>-Myös huumori on sallittua.</p>	<p>-Rohkaise asiakasta arvioimaan omien tottumustensa hyviä ja huonoja puolia.</p> <p>-Keskustele asiakkaan tunnekokemuksista, tulkintoista ja arvoista.</p> <p>-Kuvaa tai anna käytännön esimerkkejä.</p> <p>-Kysy avoimia kysymyksiä.</p>	<p>-Auta asiakasta arvioimaan elintapamuutoksia.</p> <p>-Auta asiakasta pohdimaan nykyisiä ja tulevia tilanteitaan.</p> <p>-Tue asiakkaan sosiaalisia ja emotionaalisia prosesseja.</p> <p>-Auta asiakasta luomaan mielikuvaa erilaisesta tilanteesta kuin aiemmin ja etsimään uusia keinoja ongelman ratkaisuun.</p> <p>-Auta asiakasta muutospäätöksen tekemisessä, tavoitteiden asettamisessa ja toimintasuunnitelman laatimisessa.</p>	<p>-Auta asiakasta pohdimaan vaihtoehtoja ja korvaavia toimintatapoja.</p> <p>-Auta asiakasta harjoittelemaan käytännön taitoja.</p> <p>-Rohkaise asiakasta arvioimaan sitoutumistaan muutokseen.</p> <p>-Tee yhdessä asiakkaan kanssa tiivistelmä keskustelusta.</p>
<p>”Millaisista asioista tarvitsisitte tietoa?”</p> <p>”Onko tässä lomakkeessa joitakin asioita, joista haluaisitte keskustella?”</p> <p>”Millaista tietoa olette aikaisemmin saaneet erilaisista rasvoista ja niiden vaikutuksista terveyteenne?”</p> <p>”Haluaisitteko tietää enemmän näistä asioista?”</p>	<p>”Mitä konkreettisesti tarkoitatte vähällä liikkumisellanne?”</p> <p>”Miten suhtaudutte omaan alkoholinkäyttöönne?”</p> <p>”Mitä hyviä ja huonoja puolia näette voin käytössä?”</p> <p>”Osaisitteko arvioida, mistä painonnousunne voisi johtua?”</p> <p>”Mitkä tekijät mahdollisesti auttavat tai hankaloittavat muutokseen ryhtymistä?”</p>	<p>”Miten voisitte välttää ylimääräisten välipalojen syönnin?”</p> <p>”Mitä olette jo tehneet ylimääräisten välipalojen välttämiseksi?”</p> <p>”Mitä voisitte mahdollisesti tehdä, että muutoksia tapahtuisi?”</p> <p>”Mitä muutoksia voisitte nyt tehdä?”</p> <p>”Mikä olisi paras vaihtoehto?”</p> <p>”Miten kuvaamassanne tilanteessa voisi toimia jotenkin toisin?”</p> <p>”Olisiko se teidän kohdallanne mahdollista?”</p> <p>”Mihin muutoksiin olisitte valmis sitoutumaan?”</p>	<p>”Miten olette onnistuneet pudottamaan painoanne?”</p> <p>”Mitkä asiat tukisivat toimintaanne?”</p> <p>”Mitä hyötyjä tai haittoja tekemistänne muutoksista on ollut?”</p> <p>”Voitteko kertoa esimerkin?”</p> <p>”Milloin näin viimeksi tapahtui?”</p>

Taulukko 3. Elintapojen muutokseen tukevan ohjauksen rakentuminen. (Poskiparta, Kasila, Kettunen, Liimatainen & Vähäsalo 2004, 15.)

## **OPPAASEEN KÄYTETTYÄ KIRJALLISUUTTA**

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveystieteiden tutkimus* 43 (1) 8-12.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. *Hoitotiede* 21 (4) 259-268.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46 (3) 148-158.

Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva hoitotyö* 8 (2) 4-13.

Andrén, P. & Bjurman, A. 2011. 1117 Vårdguiden. Fakta och Rad. Fetma. Hakupäivä 25.11.2013, <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Fetma/>.

Chur-Hansen, A. 2012. Cognitive-behavioural and other psychological techniques in the dietetic consultation: Suggestions for practice. *Nutrition & Dietetics* 69 (4) 236-241.

Ehrling, L. & Rakkolainen, M. 2008. Potilaan motivointi elämäntapamuutokseen. Motivoiva haastattelu terveydenhoitajan vastaanotolla. *Terveystieteiden tutkimus* 41 (8) 6-8.

Grace, C. 2011. A review of one-to-one dietetic obesity management in adults. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 24 (1) 13-22.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaukua, J. 2009. Lihavuus ja syömishäiriöt. Teoksessa M. Välimäki, T. Sane & L. Dunkel (toim.) Endokrinologia. Helsinki: Duodecim, 881-897.

Korkiakangas, E., Alahuhta M. & Laitinen J. 2011. Omaseuranta motivoi elintapamuutokseen. Sairaanhoitaja 84 (1) 52-54.

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Miller, W. R., & Rollnick, S. 2002. Motivational interviewing: Preparing People for Change. New York: Guilford Press.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2006. Lihavuuden hoidon käytännön toteuttaminen. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen, & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Helsinki: Duodecim, 272-282.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavan potilaan tutkiminen ja hoitomuodon valinta. Teoksessa P. Mustajoki, M. Fogelholm, A. Rissanen, & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Helsinki: Duodecim, 158-166.

Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T., Liimatainen, L. & Vähäsarja, K. 2004. Uusi työväline elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. Terveystoimittaja 7: 15-17.

Prochaska, J. & DiClemente, C. 1986. Toward a Comprehensive Model of Change. Teoksessa W.R. Miller & N. Heather (toim.) Treating Addictive Behaviors. Plenum Publishing Corporation, 3-27.

Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. 1992. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist 47 (9) 1102-1114.

Searight, H. 2009. Realistic Approaches to Counseling in the Office Settings. American Family Physician 79 (4) 277-284.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2013. Käypä hoito. Hakupäivä 17.12.2013, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Finravinto-tutkimus. Hakupäivä 25.9.2013, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/hanke?id=27390](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=27390)

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Aunola, S., Cepaitis, Z., Moltchanov, V., Hakumäki, M., Mannelin, M., Martikkala, V., Sundvall, J. & Uusitupa, M. 2001. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle Among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. The New England Journal of Medicine 344 (18) 1343-1350.

Turku, R. (2007) Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita Publishing Oy.

van Nes, M. & Sawatzky, J. 2010. Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22 (12) 654-660.



Sydänliiton sivuilta löytyy muun muassa osiot ”Voi hyvin” ja ”Tunne arvosi”, joista löytyy paljon hyödyllistä tietoa siitä, kuinka omaa terveydentilaa voi arvioida ja parantaa. Sivuilla on erilaisia testejä ja eri osa-alueet liikunnasta ruokailutottumuksiin on käyty yksitellen läpi.

[www.sydanliitto.fi](http://www.sydanliitto.fi)

Suomen Diabetesliiton sivuilla voi tehdä muun muassa Diabetes riskitestin. Sivuilta löytyy laajasti tietoa terveellisistä elämäntavoista joilla voi muun muassa ehkäistä riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen.

[www.diabetes.fi](http://www.diabetes.fi)

Kiloklubi on maksuton palvelu, jonka avulla voi seurata omia ruokailu- ja liikuntatottumuksia sekä oman painonpudotuksen edistymistä. Palvelussa täytetään omaa ruoka- ja liikuntapäiväkirjaa ja lisäksi sivuilta löytyy paljon reseptejä sekä keskustelupalsta.

[www.kiloklubi.fi](http://www.kiloklubi.fi)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisee ravitsemussuosituksia, joita voi käyttää apuna terveellisen ja tasapainoisen ruokavalion suunnittelussa.

[www.ravitsemusneuvottelukunta.fi](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi)

Pieni Päätös Päivässä-sivusto on hanke, jota tukevat muun muassa Sydänliitto ja Diabetesliitto. Sivustolta löytyy tietoa sekä blogeja ja artikkeleita terveydestä ja hyvinvoinnista. Oma päätös-palvelussa voi lisäksi luoda ja toteuttaa omia tavoitteita.

[www.pienipaatospaivassa.fi](http://www.pienipaatospaivassa.fi)

Hyvinvointipolku-palvelu sisältää terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tietoa, erilaisia testejä sekä eri asiakasryhmille suunnattuja terveysreseptejä, joiden avulla voi arvioida omia elintapoja ja niiden terveellisyyttä.

[www.hyvinvointipolku.fi](http://www.hyvinvointipolku.fi)