

# KOKEMUKSIA ONNISTUMISESTA PPP-PAINONHALLINTARYHMÄSSÄ

Haastattelut Pieni Päätös Päivässä -  
painonhallintaryhmäläisten kokemuksista

Eeva-Liisa Kovanen  
Kati Multanen  
Pro gradu-tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2006

TIIVISTELMÄ

## **Kokemuksia onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä** Haastattelut Pieni Päätös Päivässä-painonhallintaryhmäläisten kokemuksista

**Kovanen Eeva-Liisa, Multanen Kati**

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Terveystieteiden laitos

Terveyskasvatus

Pro gradu-tutkielma, 52 sivua

Kevät 2006

Ohjaaja: Terveyskasvatuksen lehtori, FT, KM Marita Poskiparta

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli koota ryhmähaastatteluilla osallistujien kokemuksia onnistumisesta Pieni Päätös Päivässä (PPP)-painonhallintaryhmässä. Keskeisenä tavoitteena oli selvittää, mikä auttaa onnistumaan painonhallinnassa, mitkä asiat kannustavat yrittämään painonhallintaa ja mitkä ovat onnistumisen mahdollisuudet tai esteet.

Tutkimusaineisto koostui yhdeksän PPP-painonhallintaryhmään osallistuneen vapaaehtoisen henkilön teemahaastatteluista, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastatellut henkilöt olivat osallistuneet PPP-painonhallintaryhmiin Keski-Suomessa vuosina 2004-2005 ja he olivat kaikki naisia. Ryhmät oli toteutettu kolmella eri paikkakunnalla ja niissä oli ollut mukana ryhmän alkuvaiheessa yhteensä 40 osallistujaa. Ryhmien ohjaajina toimivat PPP-painonhallintaryhmän ohjaajakoulutuksen saaneet henkilöt.

Tutkimuksen haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Jokaisessa ryhmässä haastateltavat olivat itse asettaneet omat tavoitteensa painonhallinnan suhteen. Painonhallinnassa onnistumista auttoi sosiaalinen tuki, johon kuuluivat ryhmän, ohjaajan ja ryhmän ulkopuolelta tuleva tuki. Painonhallintaryhmään osallistumista kannustivat sairauksien ehkäisy, oman terveyden ylläpitäminen sekä terveyden edistäminen. Painonhallinnassa onnistumisen mahdollisuuksia olivat elintapojen ja käyttäytymisen muutokset sekä ratkaisujen löytäminen ongelmatilanteisiin. Onnistumisen esteinä olivat tuen ja sitoutumisen puute tai ryhmän toimimattomuus.

Henkilön osallistuminen painonhallintaryhmään antaa hänelle mahdollisuuden painonpudotukseen. Keskeisenä lopputulokseen vaikuttaa oma motivaatio sekä sitoutuminen ryhmään, joka näkyy tässä tutkimuksessa. Asiakkaiden valikoitumista ryhmiin tulisi harkita ottaen huomioon heidän valmiutensa ryhmään ja osallistujille tulisi asettaa selkeät yksilölliset tavoitteet, joiden saavuttamista seurattaisiin järjestelmällisesti. Painonhallinnan jatkuvuus tulisi taata ryhmään osallistuneille tulevaisuudessa terveydenhuollon kautta tai muulla tehokkaalla tavalla.

Avainsanat: painonhallinta, PPP-painonhallintaryhmä, kokemus, teemahaastattelu

## **ABSTRACT**

### **Some experiences of success in Weight control group Interviews of members in Pieni Päätös Päivässä- weight control groups**

**Kovanen Eeva-Liisa, Multanen Kati**

University of Jyväskylä  
**Faculty of Sport and Health Sciences**  
Department of Health Sciences  
Health education

Master's Thesis, 52 pages, 9 appendices

Advisor: Marita Poskiparta, Lecturer of Health Education, Doc.PhD.M.Ed

---

The aim of this research was to collect experiences of success in the Pieni Päätös Päivässä (PPP) –weight control groups by conducting theme interviews. The focus of the interviews was to determine which are the key factors in successful in weight control and what motivates people to control their weight and what are the possible reasons for success or failure in weight control.

The interviewees, nine women, participated in PPP-weight control groups in Central Finland in 2004 or 2005. They were in three separate groups in different locations that had of a total of 40 participants. The leader of each group had been trained in the PPP's weight control management. The research material obtained from interviews was analysed using a content analysis.

The interviewees in each group had set their own goals in controlling their weight. They experienced that social support including that of the group and the group leader as well as support outside the group, proved important in succeeding in weight control. People were motivated to participate the weight control group in order to prevent diseases, maintaining and improving their own wellbeing and promoting health. Changing one's lifestyle and behaviour offer the best chances to succeed in weight control. Finding the right solutions to problematic situations also help in succeeding in weight-control. The lack of support or commitment or the dysfunctionality of the group were found to be obstacles in succeeding in weight control.

The membership in PPP-weight control group gives an opportunity to control one's weight. As found in this research, participants' own motivation and commitment to the group are the key elements determining the outcome. When selecting the participants into the groups it is necessary to consider their level of preparedness. Individual goals should be set and the results should be controlled systematically. It also essential to ensure the continuity of the weight-control in future in health care centers or in other effective way.

---

Key words: Weight control, PPP-weight control group, experience, theme interview

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	3
<b>2 LIHAVUUS JA PAINONHALLINTA</b> .....	5
2.1 Tyypin 2 diabetes ja sen ehkäisy .....	7
2.2 Elintapamuutokset ja painonhallinta.....	9
2.2.1 Ravitsemus painonhallinnassa .....	11
2.2.2 Liikunta painonhallinnassa .....	12
<b>3 PAINONHALLINTARYHMÄ</b> .....	15
3.1 Ryhmäneuvonta .....	16
3.2 PPP-ryhmä .....	18
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT</b> .....	21
<b>5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	22
5.1 Aineiston hankinta .....	22
5.2 Analysointimenetelmä .....	23
<b>6 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b> .....	25
6.1 Sosiaalinen tuki onnistumisessa.....	25
6.2 Tulosten saavuttaminen yksilötasolla .....	28
6.3 Mahdollisuudet painonhallinnan onnistumisessa.....	31
6.4 Esteet painonhallinnan onnistumisessa.....	34
6.5 Ongelmien ratkaiseminen ja kehitysehdotukset.....	36
6.6 Osallistujien kokemukset .....	37
<b>7 POHDINTA</b> .....	39
7.1 Yhteenveto .....	39
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka .....	40
7.3 Johtopäätökset.....	43
7.4 Jatkotutkimusaiheet.....	45
<b>LÄHTEET</b> .....	47
<b>LIITTEET</b> .....	52

## 1 JOHDANTO

Tutkielmamme tarkoituksena oli selvittää osallistujien kokemuksia onnistumisesta PPP- eli Pieni Päätös Päivässä -painonhallintaryhmässä. Tarkoituksena oli löytää niitä tekijöitä, jotka auttavat ryhmäläisiä onnistumaan painonhallinnassa sekä niitä, jotka ovat mahdollisesti onnistumisen esteitä. Haastattelemamme henkilöt oli ohjattu painonhallintaryhmiin korkean diabeteksen sairastumisriskin, vyötärölihavuuden tai ylipainon/lihavuuden takia.

Painonhallinta on terveyden edistämisen näkökulmasta merkittävä asia, sillä noin 60 prosenttia 24-65-vuotiaista suomalaisista on ylipainoisia. Lihavuus on riskitekijä kansansairauksista muun muassa tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin ja aivohalvauksiin (Fogelholm 2005, 83-86). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä on saavutettu hyviä tuloksia elintapamuutoksilla (Tuomilehto ym. 2001), kuten liikunnan lisäämisellä, oikeilla ruokailutottumuksilla ja painonpudotuksella, jotka ehkäisevät samalla myös muita sairauksia ja metabolista oireyhtymää (Laaksonen 2004). Lihavuus on merkittävä tekijä myös muissa sairauksissa; se lisää nivelrikon riskiä sekä kihtiä (Heliövaara 2005, 31-32), riskiä sairastua syöpään (Vainio 2005, 37) tai uniapneaan (Tuomilehto 2005, 41).

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelman (STM 2001) tavoitteena on muun muassa ”lisää vuosia elämään”, joka voidaan saavuttaa ehkäisemällä sairauksia. Ohjelmassa korostetaan sitä, että ihmiset luovat viime kädessä itse omaa elämäänsä valinnoillaan ja toiminnallaan. Syksyllä 2005 Suomessa myös Lihavuuden konsensuskokous korosti ylipainon ehkäisemisen merkitystä kaikissa elämäntilanteissa. (Lihavuus painavaa asiaa painosta, Konsensuskokous 2005.)

Kesäkuussa 2005 julkaistun Terveysbarometrin mukaan suomalaisten terveystulevaisuuden kannalta on keskeistä, että yksilön ja koko väestön terveyden tukemiseen muodostuu kokonaisuus, johon kuuluvat terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Kokonaisuuden kaikille osa-alueille on yhtä tärkeää varmistaa riittävät resurssit (Pyykkö 2005). Painonhallintaryhmien toiminnan taustalla on yksilön terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito, laajasti ajatellen jopa myös kuntoutus.

Terveydenhuollon resurssien rajallisuus vaatii kehittämään uusia tapoja, joilla voidaan vaikuttaa yksilön terveyteen. Aikaresurssien puute ohjaa palveluja suuntautumaan enemmän

yksilöneuvonnasta ryhmäneuvontaan. PPP-painonhallintaryhmiä toteutetaan Suomessa pääasiassa terveydenhuollon organisoimina sekä osin myös kansalaisopistojen ja kolmannen sektorin toimintana. Tulokset ryhmäneuvonnan vaikuttavuudesta ovat kuitenkin ristiriitaisia, mutta painonhallinnassa ryhmä itsessään voi olla joillekin merkittävä onnistumiseen kannustava tekijä (Alho 1999, Brekke ym. 2003).

Tuloksellisissa lihavuuden ehkäisyyn tähtäävissä kansanterveysohjelmissa on ollut yhteisenä piirteenä ohjauksen pitkäaikaisuus ja tuloksia on jaksettu odottaa riittävän kauan (Saaristo 2005, 131). Niihin on liitetty mukaan lainsäädännöllisiä tukitoimia, ohjelmaan on sisältynyt järjestelmällistä koulutusta, päättäjiä on sitoutettu ja eri toimijoille on jaettu vastuuta (WHO 2003).

## 2 LIHAVUUS JA PAINONHALLINTA

Lihavuudella tarkoitetaan sellaista kehon koostumusta, jossa varastorasvan määrä tai sijainti aiheuttaa ihmiselle terveydellisen vaaran tai sairauden. Tyypillisinä lihavuuteen liittyvien sairauksien joukossa mainitaan muun muassa tyypin 2 diabetes sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Pitkäaikaisten sairauksien lisäksi lihavuus heikentää fyysistä suorituskykyä ja aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia, jotka voivat ilmetä muun muassa syrjintänä tai ennakkoluuloina vaikuttaen mahdollisuuksiin työelämässä, opiskelussa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä (Fogelholm 2001, 51, Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Lihavuuteen vaikuttavana tekijänä on lisäksi myös perimä, joka selittää lihavuuden vaihtelusta eri henkilöiden välillä kolmanneksen. Sen merkitys näkyy niin, että samoilla elintavoilla toiset lihovat helpommin kuin toiset. Jotkut pitävät myös enemmän rasvaisesta ruuasta kuin toiset. Ympäristö eli ihmisen elintavat selittävät sen sijaan lihavuuden vaihtelusta kaksi kolmannesta. Nykyinen elinympäristö ja elintavat altistavat lihavuudelle (Fogelholm 2001, 52).

Kehon massa perustuvassa lihavuuden ja laihuuden määrittelyssä käytetään painoindeksiä (body mass index, BMI), joka saadaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä (Taulukko 1). Yleisesti yli 30 painoindeksin ylittävää tulosta kutsutaan lihavuudeksi.

**Taulukko 1.** Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI) mukaan (Aikuisten lihavuus -Käypä hoito 2006)

<b>Painoindeksi</b>	<b>Painoluokka</b>
18.5 - 24.9	Normaali paino
> 25	Liikapaino (ylipaino)
25.0 - 29.9	Lievä lihavuus
30.0 - 34.9	Merkittävä lihavuus
35.0 - 39.9	Vaikea lihavuus
40 tai yli	Sairaalloinen lihavuus

Lihavuus on kahdenkymmenen viime vuoden aikana yleistynyt kaikkialla maailmassa. Suomessa 25-64-vuotiaista 1990-luvun alussa oli lihavia noin 20 %. Tämän jälkeen muutos on ollut

maltillinen, mutta nuoret aikuiset, varsinkin miehet, ovat lihonneet edelleen 2000-luvun alussa. Lihominen on yleistä huonoimmin koulutettujen naisten keskuudessa, mutta miehillä koulutustaustalla ei ole merkitystä. Suomalaiset olivat 2000-luvun alussa Pohjoismaiden lihavin kansa, mutta joissakin muissa EU-maissa lihavuuden lisääntyminen on ollut vielä nopeampaa (Fogelholm 2005, 83-86). Suomalaisen painoindeksi (BMI) on kasvanut melko tasaisesti vuodesta 1982 vuoteen 2002, jolloin normaalipainoisia (painoindeksi alle 25) oli 32 prosenttia miehistä ja 47 prosenttia naisista. Lievästi lihavilla (painoindeksi 25 tai enemmän) vuonna 2002 oli keskimäärin 13,3 kg ylimääräistä painoa ja noin 60 prosenttia 25-64-vuotiaista oli ylipainoisia (Vartiainen ym. 2003). Vuonna 2004 jo 53 prosenttia miehistä ja 39 prosenttia naisista oli ylipainoisia eli heidän BMI-arvonsa oli suurempi tai yhtä suuri kuin 25 (Helakorpi ym. 2005). Suomessa parhaillaan menossa olevan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tähtäävän Dehkon 2D-hankkeessa tehdyn väestötutkimuksen mukaan ylipainolukemat olivat samanlaiset kuin Helakorven ym. (2005) tutkimuksessa, mutta huolestuttavaa oli se, että vyötärölihavuutta oli 69 prosentilla miehistä ja 74 prosentilla naisista (Peltonen ym. 2006). Tärkeimpänä syynä lihavuuden lisääntymiseen voidaan pitää työliikunnan sekä arkiliikunnan vähentymistä. Vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, mutta se ei riitä korvaamaan työn fyysisen rasittavuuden vähenemistä (Vartiainen ym. 2003).

Lihavuuden välttäminen ja ylimääräisen painon pudottaminen on tärkeää. Painon vähentämistä suositellaan lihaville (BMI >30) ja lievästi lihaville henkilöille (BMI yli 25, mutta alle 30) ja niille, joilla keskivartalolihavuuden kriteeri, vyötärön ympärysmitta miehillä > 102 cm ja naisilla > 88 cm, täyttyy (De Backer ym. 2004). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa onkin asetettu aikuisilla tavoitteeksi BMI <30 ja vyötärön ympärysmittan tavoitearvo miehillä alle 100 cm ja naisilla alle 90 cm (Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003, 12). Tosin Kansanterveyslaitoksella on todettu laajassa kaksostutkimuksessa, että lievästi lihavien ei välttämättä kannata laihduttaa, sillä laihduttaminen vähentää luun tiheyttä ja lisää siten luunmurtumariskiä, joka on yhteydessä myös kuolemanriskin lisääntymiseen (Arola 2004).

Lihavuuden ehkäisy on noussut yhdeksi tärkeimmäksi terveyden edistämisen haasteeksi viimeisten vuosien aikana. Terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa sekä yksilön, yhteisön että yhteiskunnan kannalta (Vertio 2003, 29). Henkilökohtaisten taitojen kehittäminen, yksilön ja yhteisön toimintakyvyn vahvistaminen ja omakohtainen vastuunotto terveydestä on kirjattu sekä WHO:n että kansallisiin asiakirjoihin (Ottawa Charter 1986, Jakarta Declaration 1997, STM 2005). Bangkokin asiakirjan mukaan paras mahdollinen terveydentaso kuuluu jokaisen ihmisen perusoikeuksiin ja julkisen



terveydenhuollon velvollisuutena on antaa ihmisille mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä sekä siihen vaikuttaviin tekijöihin (Bangkok Charter 2005). Painonhallinta on keino, jonka kautta yksilö voi ottaa vastuuta omasta itsestään ja omaksumalla muutoksia aiempiin ravitsemus- ja liikuntatottumuksiinsa, hän voi saavuttaa tuloksia, jotka auttavat edistämään terveyttä. Painonhallinnalla tarkoitetaan tilannetta, jossa pyritään vähentämään ruoan energiamäärää siten, että on mahdollista saavuttaa tasapaino energian saannin ja kulutuksen välillä (Mustajoki 1999, 34).

Tiedon lisäksi tarvitaan aina myös muita resursseja. Vuonna 2002 julkaistun Kansallisen terveysprojektin yhtenä tavoitteena on korostaa ennalta ehkäisevää työtä perusterveydenhuollossa (STM 2005). Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista (STM 2002) sekä Terveysliikunnan paikalliset suositukset (STM 2000) edellyttävät turvallisien sekä muuten sopivien liikuntamahdollisuuksien järjestämistä väestölle. Mahdollisuuksia tarjoamalla voidaan vaikuttaa terveyteen ja ehkäistään sairauksia jo ennakolta. Osana tätä kehitystä on myös väestön lihavuuden yleistymisen pysäyttäminen ja kääntäminen laskuun ehkäisevien toimenpiteiden avulla.

Lihavilla henkilöillä on taipumus lihoa vuosien mittaan edelleen, joten varsinkin lievästi lihavilla painon nousun ja vyötärönympäryksen suurenemisen pysäyttäminen on jo merkitsevä tulos (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Painonhallinnan tuloksellisuutta on käsitelty Aikuisten lihavuus - Käypä hoidossa siten, että kriteerinä on, kuinka suuri osa laihdutusohjelmiin osallistuneista henkilöistä on laihtunut vähintään 5 prosenttia lähtöpainosta. Tässä tavoitteessa oli ryhmämuotoisiin laihdutusohjelmiin osallistuneista 2-3 vuoden kuluttua 28-75 prosenttia osallistujista. Kun laihdutusohjelmaan osallistumisesta oli kulunut 5-7 vuotta, 5 prosentin painonpudotus oli vielä 19-65 prosentilla osallistujista (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

## **2.1 Tyypin 2 diabetes ja sen ehkäisy**

Vuonna 2003 Suomessa oli lähes 220 000 henkilöllä tiedossa oleva diabetes, näistä tyypin 2 diabetes oli noin 180 000 henkilöllä. (Reunanen 2004). Uusimpien selvitysten mukaan tyypin 2 diabeetikoiden määräksi arvioidaan 200 000 ja noin 200 000 henkilön arvioidaan sairastavan diabetesta tai sen esiastetta tietämättään. Tyypin 2 diabeteksessa tauti on usein pitkään oireeton ja

saattaa kehittyä jopa 15 vuoden ajan. Ennusteiden mukaan diabeetikoiden kokonaismäärä kaksinkertaistuu 12 vuoden välein (Winell & Reunanen 2006, 13). Kehityksen syynä ovat ylipainon yleistymisen johtuen vääristä ruokatottumuksista ja vähentyneestä fyysisestä aktiviteetista (Diabeteksen ehkäisy- ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010, 2000, 7).

Suomalaisessa Diabetes Prevention Study (DPS) sekä amerikkalaisessa Diabetes Prevention Program (DPP) tutkimuksissa on voitu osoittaa, että elintapoihin kohdentuvalla interventiolla voitiin alentaa tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta 58 prosentilla tutkimukseen osallistuneilla. Suurin hyöty riskien ehkäisyssä saadaan tekemällä useita elintapamuutoksia samanaikaisesti. Samalla saadaan aikaan myös useita hyödyllisiä muutoksia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. DPS-tutkimuksessa interventio kohdistui liikuntaan, laihduttamiseen ja ruokavalinnoissa rasvan määrän vähentämiseen sekä kuidun ja kasvisten määrän lisäämiseen. Tarvittavat muutokset ovat pieniä, sillä jo 3 % painonnousu kaksinkertaistaa diabetekseen sairastumisriskin (Tuomilehto 2001, 1343-1349). DPP-tutkimuksessa diabeteksen ehkäisyä selvitettiin henkilöillä, joilla oli heikentynyt sokerinsieto (IGT) ja kohonnut paastosokeri. Intervention tavoitteena oli painonlasku, rasvan ja energiansaannin vähentäminen ja liikunnan lisääminen (yli 150 min/viikko) (Diabetes Prevention Program Research Group 2002). Samansuuntaisia tuloksia on saatu kiinalaisessa tutkimuksessa henkilöillä, joilla oli heikentynyt glukoosinsieto. Diabeteksen ilmaantuvuutta voitiin vähentää liikuntaryhmässä lähes puoleen, dieetti- ja liikuntaryhmässä 42 prosentilla ja dieettiryhmässä kolmasosalla. Tutkimuksen mukaan liikunta-aktiivisuudella voitiin vaikuttaa parhaiten diabeteksen ilmaantuvuuteen (Pan ym. 1997). Parchman ym. (2003) tutkivat yli 400 diabetespotilaalla perinteisen diabetesneuvontaohjelman vaikutusta ja totesivat asiakkaiden oman osallistumisen auttavan etenemään muutoksen portaiden kautta itsehoitoon. Interventio oli tehokkaampaa niillä, joilla diabeteksen kesto-aika oli lyhyempi (Parchman ym. 2003).

Suomalainen tutkimusryhmä on päättänyt tutkimuksissaan johtopäätökseen, että lisääntynyt fyysinen aktiivisuus voi olennaisesti vähentää tyyppin 2 diabeteksen esiintyvyyttä korkean riskin henkilöillä. Tutkimukseen osallistui lähes 500 miestä ja naista, joilla oli heikentynyt glukoosinsieto. Heillä toteutettiin vuoden aikana elintapamuutokset, joihin sisältyivät ruokavalion ja vapaa-ajan fyysisen aktiviteetin muutokset sekä painonpudotus. Tutkimuksessa todettiin, että niillä henkilöillä, jotka lisäsivät vapaa-ajan liikuntansa voimakkaaksi tai rasittavaksi, oli 63-65 % pienempi todennäköisyys kehittyä diabetes (Laaksonen ym. 2005). PPP-painonhallintaryhmät tähtäävät

tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuuden vähentämiseen ja painonhallintaan ruokavalio- ja ruokailutapojen muutosten sekä liikunnan lisäämisen kautta.

Terveydenhuollossa lihavuuden aktiiviseen hoitoon ohjataan ne potilaat, joilla on tyypin 2 diabetes tai heikentynyt glukoosinsieto (sokerinsieto), kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, uniapnea, sepelvaltimotauti, polviartroosi tai astma. Painotavoitteena on painon pysyvä pieneneminen 5–10 prosentilla. Tavallisin hoitomuoto on lihavuuden "perushoito", jolla tarkoitetaan yleensä ryhmässä usealla tapaamiskerralla toteutettua ohjausta elintapojen muutoksiin. Muita lihavuuden hoitomenetelmiä ovat erittäin niukkaenergiainen ruokavalio, lääkehoito ja leikkaushoito. Vuoden 2006 Aikuisten lihavuus - Käypä hoidon keskeinen painopiste on lihavuuteen liittyvien sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Nykyisin terveydenhuolto – erityisesti perusterveydenhuolto ja työterveys – on avainasemassa lihavuuden hoidossa ja ehkäisyssä. Lihavuuden ehkäisyyn on tähän asti kiinnitetty vain vähän huomiota osaksi siksi, ettei näyttöä lihavuuden ehkäisyyn vaikuttavuudesta ole juuri ollut. Terveydenhuollon osa-alueilla suositellaan seulontaa ja seulonnassa löydettyjen terveydentilan kokonaisvaltaista selvitystä sekä heidän ohjaamistaan ehkäisytoimien piiriin. Ehkäisyssä on tärkeintä saada aikaan elintapojen muutos: parantaa ruokavaliota ja lisätä fyysistä aktiivisuutta (Saaristo 2005, 139).

## **2.2 Elintapamuutokset ja painonhallinta**

Lihavuuden hoidossa tarvitaan elintapojen muuttamista. Henkilön on kyettävä sekä luopumaan joistakin vanhoista tottumuksistaan että oppimaan uusia tapoja. Käypä hoito- suosituksessa mainitaan keskeisinä käyttäytymismuutosten ohjausmenetelminä itsetarkkailu (esimerkiksi ruoka- ja liikuntapäiväkirjat, repsahduksia aiheuttavien vaaratilanteiden kirjaaminen), liikasyömistä laukaisevien ärsykkeiden tarkkailu ja hallinta, kannustimien käyttö sekä stressinhallinta- ja ongelmanratkaisumenetelmät. Kun henkilö tulee tietoiseksi näistä asioista, kasvavat hänen mahdollisuutensa vaikuttaa niihin. Käypä hoito -suosituksessa termillä "käyttäytymismuutosten ohjaus" tarkoitetaan elintapamuutoksia tukevia menetelmiä, joissa on sekä oppimisteorioihin että kognitiivisiin teorioihin perustuvia osia. Itsetarkkailun avulla potilas tulee tietoiseksi siitä, miten hänen asenteensa ja ajatuksensa vaikuttavat esimerkiksi ruokailuun ja fyysiseen aktiivisuuteen.

Erialaisten harjoitusten avulla pyritään siihen, että syömisen ja liikkumisen hallinta helpottuvat (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Käyttäytymismuutosten ohjausta voidaan soveltaa sekä yksilö- että ryhmäohjaukseen. Ryhmä- tai yksilöneuvonnan paremmuudesta lihavuuden hoidossa ei ole näyttöä. Ohjaus voidaan toteuttaa joko ryhmä- tai yksilöneuvontana tai niitä tapauskohtaisesti yhdistellen. Ryhmäneuvonnan pienemmät kustannukset ja ryhmän jäsenten toisiltaan saama tuki puoltavat tätä ohjausmuotoa. (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Terveysneuvonnan antaminen ei aina johda elintapojen muuttumiseen ja toivottuun lopputulokseen. Syinä voivat olla esimerkiksi tapa, jolla neuvontaa annetaan, vastaanottajan asenteet, odotukset tai ohjeet, jotka ovat ristiriidassa ihmisen luontaisten taipumusten kanssa. Jotkut meistä pitävät makeasta, jotkut taas suolaisesta enemmän ja tämä mieltymys voittaa asiantuntijan ohjeet (Lappalainen ym. 1998).

Goldstein ym. (2004) ovat tarkastelleet diabetesta sekä sydän- ja verisuonisairauksia käsittelevässä kirjallisuudessa niitä interventioita, jotka kohdistuivat muun muassa fyysiseen aktiivisuuteen, epäterveelliseen ruokavalioon sekä lihavuuteen. Potilaat pääsivät hillittyyn, pysyvään painon laskuun, kun he saivat korkean intensiteetin ruokavalioneuvontaa, jota antoivat erikoiskoulutetut lääkärit, ravitsemusterapeutit tai kokeneet hoitajat. Fyysisen aktiivisuuden intervention tehokkuudesta ei ole selvää näyttöä. Samoin myöskään riittävää näyttöä ei ole olemassa niistä interventioista, jotka on toteutettu perusterveydenhuollossa kohdistuen huomiota useisiin käyttäytymisen riskitekijöihin (Goldstein ym. 2004).

Riskikäyttäytyjien käyttäytymisneuvonnan kautta (puhuttaminen) on mahdollista vaikuttaa elintapoihin ja riskikäyttäytymiseen, joka on johtava syy kuolleisuuteen. Tapa on vähemmän käytetty terveydenhoidon neuvontatilanteissa. Systemaattinen käytösneuvonta-interventioiden läpikäynti näytti vahvistavan sen, onko interventioilla, joissa yksilöitä puhutellaan, mahdollista tuottaa terveysetuja. Heidän mukaansa Viiden A:n [määräys (assess), neuvo (advice), sopimus (agree), tuki (assist) ja seuranta (arrange-follow up)] toimintatapa antaa toimivan kehyksen raportoida käytösneuvonta-interventioiden seurantatuloksia (Whitlock ym. 2002).

### 2.2.1 Ravitseminen painonhallinnassa

Aikuisten lihavuus - Käypä hoidon mukaan lihavuuden hoitomenetelmänä on energiansaannin vähentäminen ja energiankulutuksen lisääminen. Hoito voidaan jakaa kahteen osaan: laihduttamiseen ja painonhallintaan. Laihdutusvaiheessa päivittäistä energiansaantia vähennetään. Kun paino pienenee, ihmisen energiankulutus vähenee, minkä vuoksi painon vähenemisvauhti hidastuu laihduttamisen aikana ja voi pysähtyäkin. Jos halutaan laihtua lisää, pitää energiansaantia vähentää enemmän tai lisätä liikuntaa. Painonhallinta laihduttamisen jälkeen on mahdollista vain siten, että energiansaanti vähenee tai energiankulutus suurenee riittävästi laihduttamista edeltäneeseen aikaan verrattuna. Tämä edellyttää elintapojen pysyvää muuttamista (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Ruokavalion muuttamisessa tärkeintä on vähentää rasvan määrää ja erityisesti eläinperäisen (tydyttyneen) rasvan määrää. Yksipuolisia muotidieettejä ei sen sijaan suositella (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006). Tosin viimeisimpien tutkimusten valossa on todettu, että näistä Atkinson-, Zone-, Ornish-dieetti ja Painonvartijoiden dieetti ovat suunnilleen yhtä tehokkaita painonhallinnan kannalta. Laihdutustulos ryhmissä oli tehdyn tutkimuksen mukaan yhteydessä dieetin noudattamiseen, mutta ei dieettiin sinänsä. Paino pieneni eri dieeteillä 2,1 kg - 3,3 kg vuoden seurantajakson aikana. Saavutettu laihdutustulos, mutta ei dieetti sinänsä, oli myös myönteisesti yhteydessä kolesterolipitoisuuksien muuttumiseen (HDL suureni, LDL pieneni) ja insuliinipitoisuuden pienenemiseen (Dansinger ym. 2005).

Annettaessa ruokavalio-ohjausta, ohjattavien tulee ymmärtää ruokavalion toteutuksen periaatteet ja heillä tulee olla riittävät taidot toteuttaa ruokavaliota. Ravitsemuskasvatus on keskeinen asia lisättäessä ohjattavien tietoja ja taitoja sekä itseohjautuvuutta (Shemeikka 1999).

Uusimman ravitsemussuosituksen mukaan tavoitteena on parantaa suomalaisten ruokavaliota ja edistää hyvää terveyttä. Tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä ovat energian saannin ja kulutuksen tasapainottamisen lisäksi riittävä ravintoaineiden saanti sekä kuitupitoisten hiilihydraattien saannin lisääminen. Puhdistettujen sokereiden ja kovan rasvan saantia tulisi vähentää sekä korvata kovia rasvoja ainakin osittain pehmeillä rasvoilla (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 7). Suosituksena on, että kevyttä työtä tekevä nainen tarvitsee vuorokaudessa rasvaa noin 60 g ja mies noin 90 g. Kovan rasvan osuus saisi olla n. 1/3 ja pehmeän rasvan osuuden tulisi olla noin 2/3. (Schwab 2002). Tärkeää on myös suolan saannin vähentäminen

sekä alkoholin kulutuksen pitäminen kohtuullisena (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 7). Parempaan syömisen hallintaan pyritään antamalla ohjausta ruoan hankinnassa tai syömiseen liittyvissä konkreettisissa totumuksissa. Tärkeimpiä muutosten kohteita ovat säännöllinen ateriaritmi, harkitut ruokaostokset sekä syömishoukutusten vähentäminen ja syömiseen keskittyminen (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Ruokavaliomuutoksissa kohtuullisen tai korkean intensiteetin interventiot, jotka sisältävät vuorovaikutteisia terveystieteen keinoja, voivat vähentää tyydyttyneen rasvan käyttöä ja lisätä hedelmien ja vihannesten käyttöä. Sen sijaan valikoimattomien potilaiden kirjoneuvonta perusterveydenhuollossa tuotti vain pieniä muutoksia ruokavalioon ja sen teho terveyteen on epäselvä (Pignone ym. 2003).

### **2.2.2 Liikunta painonhallinnassa**

Uusimmissa liikuntasuosituksissa korostetaan kohtuullisesti kuormittavan liikunnan merkitystä. Vähintään 30 minuutin suositus kohtalaisen rasittavaa liikuntaa mieluummin päivittäin, riittää myös painonhallintaan. Selkeästi enemmän liikuntaa tarvitaan yleensä, jos henkilö on jo laihtunut yli 5-10 prosenttia. Määrää ja intensiteettiä lisäämällä saadaan aikaan merkittävää laihtumista ja keskivartalorasvan vähenemistä (Laaksonen 2004). Pelkkä liikuntaharjoittelu, tavallisimmin kestävyysliikunta, ilman ruokavaliomuutoksia vähentää ylipainoa muutaman kilon. Liikuntaharjoittelu yhdistettynä vähäenergiseseen ruokavalioon ei paljoa paranna laihtumistulosta verrattuna pelkkään ruokavalioon; joissain tutkimuksissa ei eroa ole lainkaan tai tulos paranee enintään muutaman kilon. Merkittävään laihtuttamiseen ei siis pelkkä liikunnan lisääminen riitä, vaan siihen tarvitaan aina myös ruoan energian vähentämistä (Mustajoki 2004). Liikunnan merkitys on vähäisempi laihtuttamisen aikana, mutta painonhallinnassa tärkeä. Päähuomio tulisi kiinnittää päivittäisen fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen (hyötyliikunta, arkiliikunta) ja lisäksi rohkaista omavalintaisen vapaa-ajan liikunnan harrastamiseen (Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006).

Liikunnan käyttömahdollisuuksista eri sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on koottu taulukkoon (Taulukko 2), jossa rastien määrää kuvaa liikunnan merkitystä (x= pieni, xx= kohtalainen, xxx=

suuri) arvioituna sen vaikutusten varmuuden, suuruuden ja välttämättömyyden perusteella (Vuori 2000, 29).

**Taulukko 2. Liikunnan käyttömahdollisuuksia eri sairauksissa.**

<b>Sairaus, terveystilanne</b>	<b>Ehkäisy</b>	<b>Hoito</b>
Sepelvaltimotauti	xxx	x
Kohonnut verenpaine	xx	xx
Lihavuus	xx	x
Aikuisiän diabetes	xx	xx
Metabolinen oireyhtymä	xx	xx
Osteoporoosi	xx	x

Liikunta vaikuttaa myönteisesti sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin, tyypin 2 diabetekseen ja lihavuuteen. Liikunnan käyttö terveydenhuollon menetelmänä on kuitenkin vähäistä ja liikunnan terveysvaikutukset terveydenhuollon toimijoille epäselviä (Kesäniemi 2003). Kun verrataan aktiivisen ja vähän liikkuvan ihmisen sairastumisriskiä tyypin 2 diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin, on vähän liikkuneen riski sairastua 1,8-1,9-kertainen eli lähes kaksinkertainen verrattuna runsaasti liikkuvaan. Aktiivisesti liikkuvan aikuisen alhaisempi sairastumisriski selittyy ennen kaikkea liikunnan terveellisillä vaikutuksilla sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaan (Rehunen 1997, 349).

Pitkäkestoinen, yhtäjaksoinen liikunta on mahdollista jakaa useampaan osaan hyödyn vähenemättä. Lyhyt, mutta intensiivinen aktiivisuus näyttää olevan tehokkaampaa kuin vähäisen intensiteetin pitkäkestoinen liikunta. Osa liikunnan vaikutuksista ilmenee nopeasti, mutta osa vasta usein toistettujen liikuntakertojen jälkeen pitkällä aikavälillä. Liikunta vaikuttaa vähentävästi kokonaiskuolleisuuteen niin, että viikoittainen liikunta, joka vastaa noin 1000 kcal:n kulutusta, pienentää kuolleisuutta noin 30 %. Liikunnalla voidaan estää myös painonnousua, mutta tässä annos-vastesuhde on vielä epäselvä. Tyypin 2 diabetesta on mahdollista ehkäistä liikunnan avulla ja annos-vastesuhde on suoraviivainen. Liikunnalla voidaan ehkäistä myös heikentyneen glukoosinsiedon muuttuminen tyypin 2 diabetekseksi ja liikunta vähentää diabetekseen liittyviä sydän- ja verisuonisairauksia. Terveydenhuollon tulisikin suositella liikunnan lisäämistä niille henkilöille, joilla on todettu terveyttä uhkaavia riskitekijöitä, mutta ei vielä sairauksia (Kesäniemi 2003).

Terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen tarvittava liikunta voi koostua useista erilaisista toiminnoista kuten portaiden noususta, puutarhan hoidosta, lumen luonnista, tanssista tai työmatkan

tai sen osan kulkemisesta jalan tai polkupyörällä. Liikunta voi olla myös kunto- tai virkistysliikuntaa kuten esimerkiksi hölkkää, tennistä tai uintia. Normaalikuntoisella aikuisella runsaan kolmen kilometrin kävelylenkki täyttää terveysliikunnan perustarpeen. Liikunnan tuottamat terveysetut suurenevät fyysisen aktiivisuuden määrän kasvaessa. Henkilöt, jotka liikkuvat säännöllisesti ja liikunnan kesto tai rasittavuus on edellä mainittua suurempi, hyötyvät todennäköisesti eniten (STM 2000, 6-7). Vapaa-ajan liikunta, työmatka- sekä kuntoliikunta ovat tärkeitä asioita diabeteksen hoidossa, mutta erityisen tärkeää se on tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä, koska jo puhjenneen taudin jälkeen liikunnalla ei voida enää parantaa glukoositasapainoa, varsinkin taudin kestänytä pidempään ja jolloin elimistön insuliinintuotanto on vähentynyt (Kukkonen-Harjula 2005, 101). Kestävyyskuntoa voidaan kehittää kävelyllä tai sauvakävelyllä, kun lajitekniikka ja harjoittelun määrä opastetaan ja harjoittelun kuormitus ohjataan liikkujan omaan tuntemukseen perustuen (Hiilloskorpi ym. 2004). Sykeohjatulla harjoittelulla voidaan vaikuttaa positiivisesti ylipainoisten työikäisten seerumin HDL- ja insuliiniarvoihin. Pelkkä elämäntapaohjauskin voi vaikuttaa merkittävästi veren HDL-pitoisuuteen (Autio ym. 2005).

Vaikka liikuntaa pidetään terveyden edistämisessä tärkeänä tekijänä, sen aloittamisessa on huomioitava myös terveyden kannalta turvallinen aloittamistaso. Jos henkilöllä on enemmän kuin kaksi seuraavista riskitekijöistä: diabetes, hyperlipidemia, kohonnut verenpaine, tupakointi tai sukurasitus sepelvaltimotaudista, tulisi liikunta aloittaa vasta lääkärintarkastuksen tai klinisen rasituskokeen jälkeen (Vuori 2000, 45).

Väestömme asenteet terveysliikuntaan ovat erittäin myönteiset. Aikuisväestöstä valtaosa pitää liikuntaa tai kuntoilua terveydelleen tärkeänä ja myönteisiä psyykkisiä kokemuksia tuottavana. Noin viidesosa työikäisistä arvioi liikunnan puutteen tärkeimmäksi syyksi suomalaisten suureen sairastavuuteen, vain stressiä pidetään yleisemmin sairastavuuden syynä (STM 2000, 9). Vuonna 2004 miehistä 61 % ja naisista 65 % sanoi harrastavansa vapaa-ajanliikuntaa vähintään 30 minuuttia ainakin kahdesti viikossa (Helakorpi ym. 2005).



### 3 PAINONHALLINTARYHMÄ

Kun puhutaan painonhallintaryhmästä, tarkoitetaan ryhmää, johon yksilöt osallistuvat pudottaakseen painoaan. Painonhallintaryhmässä saadaan tähän aiheeseen liittyvää tietoa ja kannustetaan elintapamuutoksiin. Yleensä ryhmään tullaan mukaan terveydenhuollon ammattilaisen kehotuksesta tai siihen voi hakeutua myös itse tiedostaessaan lihavuuden riskitekijät.

Ryhmää luonnehditaan joukoksi yksilöitä, jotka eivät ole sattumanvaraisesti yhdessä, vaan ryhmällä on yhteinen identiteetti ja tavoitteet, tarkoin määritellyt jäsenehdot ja omat työskentelytavat. Terveysneuvontaryhmiä muodostetaan muun muassa asioiden tiedostamisen lisäämiseksi. Ryhmän tarkoituksena on tällöin lisätä jäsenten kiinnostusta terveyteen liittyviin asioihin tietämystä lisäämällä. Ryhmän tarkoituksena voi olla myös ryhmän jäsenten tukeminen vaikeiden päätösten tekemisessä tai jäsenten auttaminen selviytymään yhteisistä ongelmista tai jäsenten epäterveellisten elämäntapojen muuttaminen. Ryhmän tarkoituksena on opettaa jäsenille taitoja, antaa heille tietoa ja joskus valmistaa heitä uusiin elämäntilanteisiin tai auttaa jäseniä löytämään ratkaisuja omassa tilanteessaan keskustelemalla yhteisistä ongelmista ryhmän ohjaajan kanssa (Ewles & Simnett 1992, 140). Vuorovaikutustilanne ryhmässä on välitön, viestintä on kaksisuuntaista ja painotus on ongelmanratkaisussa (Nupponen 2003, 20).

Ryhmän jäsenten välillä vaikuttavat monenlaiset voimat ja tunteet, jotka eivät ole aina tietoisia ja harkittuja. Nämä ryhmäilmiöt ovat ryhmän sisäistä voimaa, dynamiikkaa. Ryhmä on kokonaisuus, jossa ryhmän rakenteet, jäsenten väliset tunne- ja tahtoyllykkeet sekä jatkuva muuttuminen tapahtuvat yhdessä. Ryhmän toiminnan lähtökohtana on tietoisuus tavoitteesta, se helpottaa ryhmän jäsenten motivoitumista sekä keskinäistä työnjakoa. Ryhmänohjaajan tehtävänä on huolehtia, että ryhmä toimii tavoitteen mukaisesti (Niemistö 1999, 17, 22, 37-38).

Motivoivan haastattelun voidaan katsoa kuuluvan osaksi painonhallintaryhmän toimintaa, sillä ryhmän sisällä on paljon tilaa erilaisille keskusteluille ohjaajan johdolla. Britt ym. (2004) ovat todenneet, että potilaskeskeiset lähestymistavat terveysneuvonnassa ovat parempia lopputulokseltaan verrattuna perinteiseen tiedonantoon, erityisesti silloin kun ne sisältävät elintapamuutoksia. Motivoiva haastattelu on toimintatapa, joka tarjoaa hyvän työskentelytavan sellaisten henkilöiden kanssa, jotka eivät näytä olevan valmiita tekemään käyttäytymismuutoksia, vaikka muutokset olisivatkin välttämättömiä heidän terveytensä kannalta (Britt ym. 2004).

### 3.1 Ryhmäneuvonta

Ryhmäneuvonta voi toimia tehokkaana välineenä tavoiteltaessa käyttäytymismuutoksia ja tiedon lisäämistä. Ryhmässä voi kokea yhteenkuuluvuuden tunnetta, saada tukea sekä jakaa tunteensa, huolensa ja toiveensa sekä ideansa toisten ryhmän jäsenten kanssa. Ryhmään osallistuminen voi myös motivoida ja rohkaista jäseniään muutokseen (Coman ym. 2002).

Kun neuvonta tapahtuu ryhmässä, ryhmän jäsenten omat taidot, tiedolliset edellytykset ja tarpeet tulisi olla mahdollisimman yhtäläiset. Osallistujien omien kysymystenkin tulisi olla lähellä toisiaan (Nupponen 2003, 22). Koska terveysneuvonta on vuorovaikutuksellista toimintaa, on prosessissa oleellista saada aikaan reflektion käynnistyminen eli oman toiminnan kriittinen arviointi. Henkilöt tarvitsevat sekä tietoa että emotionaalista tukea, mutta heillä voi olla myös tiedollisia puutteita. Tietämyksen vaje voi johtua siitä, ettei saatua sirpaletietoa osata liittää omaan elämään (Poskiparta 1996). Terveyslähtöinen terveysneuvonta ei riitä, ellei terveyttä kytketä ihmisen merkitysmaailmaan, hänen kokemuksiinsa ja arkielämään (Poskiparta 1997, 125).

Ryhmäneuvonnan etuna on usean henkilön yhtäaikainen ohjausmahdollisuus (ajansäästö) sekä keskustelujen mahdollisuus ja aivoriihi-tavan käyttö, jolloin kootaan ryhmäläisten mielipiteitä ja kierrätetään puheenvuoroja. Ryhmä pystyy myös ratkaisemaan ongelmia. Toisaalta ryhmän haittoja voivat olla sen liian pieni tai suuri koko tai ryhmän jäsenten häiriökäyttäytyminen. Joku ryhmäläinen saattaa kieltäytyä osallistumasta tai toisaalta jonkun jäsenen puhuminen voi olla liiallista (Ewles & Simnett 1992, 150-155). Ohjaajan taitavuus painonhallintaryhmässä korostuu siinä, että tunteiden ilmaisu sallitaan eikä esiintuotuja asioita arvostella tai moralisoida. Ohjaajalta edellytetään hyvää itsetuntemusta, psyykkistä terveyttä, luotettavuutta, rehellisyyttä, lämpöä, kärsivällisyyttä, herkkyyttä ja lujutta, joka näkyy kyvyssä asettaa rajoja. Oppimisen onnistumisen arviointia tulee olla mukana neuvonnan kaikissa vaiheissa. Hyvin keskeinen asia neuvonnassa on myös kieli, jonka tulee olla yhteinen kaikille. Neuvonnan suuri etu on palautteen antaminen ja saaminen, jolloin väärinymmärrykset ja epätietoisuus ovat korjattavissa välittömästi. Neuvonnan tärkeä tehtävä on tehdä ohjeista ja suosituksista sellaisia, että niillä on sisällöllinen merkitys. Tällöin teorian vitamiinit ja proteiinit hahmottuvat erilaisiksi ruoka-aineiksi ja ruoiksi ja saavat näin kosketuspinnan arkielämään (Shemeikka 1999).

Anderson ja Funnell (2003) ovat tutkineet ohjauskäytäntöjä diabetekseen liittyen ja he ovat todenneet tarvetta muuttaa niitä uuteen muotoon. Heidän mukaansa tehokas ohjaus vaatii potilaiden

ja hoitoalan ammattilaisten yhteistyötä itsehoitomallien kehittämisessä, jotta hoitohenkilökunnan asiantuntemus ja potilaan huolenpito sekä voimavarat voidaan yhdistää. Yhteistyö perustuu itseohjautuvuuteen. Toimintatapa antaa voimaa ja rohkeutta toimia eli 'voimaannuttaa' sekä hoitajia että potilaita, mutta tavan omaksuminen vaatii vuorovaikutuksellista toimintaa ja vastuunottoa (Anderson & Funnel 2005).

Ryhmäohjauksen ja -neuvonnan tehokkuutta on tutkittu tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja painonhallinnassa sekä Suomessa että kansainvälisesti. Ravitsemusneuvonta, joka tähtäsi painonhallintaan sekä kolesterolin ja verenpainemuutoksiin, pienensi Davey Smithin ym. (2005) mukaan tupakoimattomilla (tupakoinnin lopettaneilla) tutkituilla merkittävästi riskiä sairastua diabetekseen kuuden vuoden seuranta-aikana (Davey Smith ym. 2005).

Ravitsemusneuvontaa painonhallinnassa on tutkinut myös australialainen Pritchard ym. (1999) ryhmällä, joissa vetäjinä oli lääkäri-ravitsemusterapeutti-työpari tai ravitsemusterapeutti. Lopputuloksena molemmissa seurantaröyhmissä paino ja verenpaine alenivat verrattuna kontrolliryhmään. Tehokkainta neuvontatyö oli tässä tutkimuksessa lääkäri-ravitsemusterapeutti-työparilla, joiden ryhmäläiset pudottivat painoaan keskimäärin 6,7 kg ja suorittivat useimmiten 12 kuukauden painonhallintaryhmän loppuun saakka. Toisaalta tämän ryhmän toiminta oli kustannuksiltaan kalliimpaa verrattuna ryhmään, joka sai vain ruokavalioneuvonta, mutta pudotti painoaan vähemmän eli 5,6 kg (Pritchard ym. 1999). Pieni Päätös Päivässä -projektin seuranta-tutkimuksen mukaan laihtumistulos vuonna 2002-2004 toteutetuissa PPP-painonhallintaryhmässä oli keskimäärin 3,2 kg (Turku & Heinonen 2005).

Ruotsissa Brekke ym. (2003) tutkivat ryhmäneuvonnan vaikutusta sellaisilla henkilöillä, joiden sukulaisella oli tyypin 2 diabetes. Ruokavalioryhmälle sekä ruokavalio- ja liikuntaryhmälle annettiin ryhmäneuvontaa kaksi kertaa ja sen jälkeen neuvonta jatkui puhelimitse 10 päivän ajan. Kokonaisuudessaan seuranta-aika oli 16 viikkoa. Lopputuloksena havaittiin merkittäviä muutoksia ryhmäneuvontaa saaneilla verrattuna kontrolliryhmään. Sekä ruokavalio- että liikuntaneuvontaa saaneilla todettiin painon laskua keskimäärin 1,7 kg ja fyysisen aktiivisuuden lisääntymistä, joten riskihenkilöiden todettiin voivan saavuttaa haluttuja elämäntapamuutoksia ryhmäneuvonnan avulla (Brekke ym. 2003).

Chen ym. (1998) ovat myös tutkineet ryhmäneuvonnan tehokkuutta ja havainneet kielen toimivan ryhmässä muutosagenttina. Kielenkäyttö sekä toisaalta vahvistaa ongelmia, mutta samanaikaisesti

voi tuoda esiin ratkaisuja niihin. Myös kirjallisten dokumenttien käyttö on tärkeää, koska se edistää muutoksen saavuttamista ryhmässä. Dokumentit tuovat esiin tietoja, joita jakamalla tapahtuu ryhmäläisten kesken samanaikaisesti sitoutumista yhteistyöhön. Tutkimuksessa todetaan lisäksi ryhmäohjauksen olevan pätevää ja tehokasta, mikäli ryhmällä on ohjaaja, jonka periaatteet ja menettelytavat lisäävät ryhmäläisten itseohjautuvuutta ja näin jouduttavat muutosprosessia (Chen ym. 1998). Kiesler & Auerbach (2005) ovat havainneet tutkimusten osoittavan vaihtelevan asteista positiivista tukea ryhmäohjauksen paremmuudesta tiedon jakamisessa, päätöksenteon kontrolloinnissa ja käyttäytymisneuvojen antamisessa. Ryhmien käyttöä tulisi harkita valikoiden ja toteuttaa niitä potilaskeskeisesti ja jaetun päätöksenteon keinoin (Kiesler & Auerbach 2005). Suomessa painonhallintaryhmää on tutkinut muun muassa Alho (1999). Hänen mukaansa ryhmässä laihduttamisen etuna ja vaikuttavana tekijänä on pieni kilpailu, joka kannustaa tehokkaampaan ja hauskempaan painonhallintaan. Kurssin tulee kuitenkin olla riittävän pitkä kestoltaan, jotta uusi käyttäytymismalli omaksutaan pysyväksi elämäntavaksi. Alhon mukaan kolesterolin tai muiden laboratorioarvojen seuranta osana laihdutusryhmän toimintaa ei ole tarpeellista. Tällöin ryhmäneuvonta on myös edullisempaa verrattuna yksilöneuvontaan (Alho 1999, 12).

### **3.2 PPP-ryhmä**

Tutkimusaiheemme painonhallintaryhmistä liittyy Dehkon 2D-hankkeen diabeteksen ehkäisyohjelman korkean riskin strategiaan ja niihin henkilöihin, joilla on havaittu suuri riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyvää sairastumisriskin arviointilomaketta (Liite 1) oli saatavilla terveydenhuollon toimipaikoista ja terveydenhoitajat sekä lääkärit ohjasivat yli 15 pistettä saaneita riskihenkilöitä eteenpäin painonhallintaryhmiin, jotka toteutettiin PPP-painonhallintaohjelmalla. PPP eli ”Pieni Päätös Päivässä” viittaa syömiseen, liikuntaan ja muihin elintapoihin liittyviin pieniin, arkisiin valintoihin, joiden kautta jokaisen on mahdollista edistää omaa terveyttään ja hyvinvointiaan. Ohjelman ovat kehittäneet Suomen Diabetesliitto ry, Suomen Sydänliitto ry ja Kela. Suomen Diabetesliitto ry ja Suomen Sydänliitto ry ovat kouluttaneet PPP-painonhallintaryhmien ohjaajia vuodesta 2002 (Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2004, 39). Uutta mallissa aikaisempiin ryhmiin verrattuna on ryhmän hyödyntäminen ja valmentava ote ohjauksessa sekä lähestymistapa, joka pohjautuu ravitsemuksen, liikunnan ja oppimispsykologian yhdistämiseen. Ryhmäohjausmalli on tarkoitettu terveydenhoitajille, työterveyshoitajille, sairaanhoitajille, fysioterapeuteille, liikunnanohjaajille, ravitsemusterapeuteille ja lääkäreille (Suomen Diabetesliitto ry 2005).

PPP-painonhallintaohjelman eri vaiheet on rakennettu Prochaskan ja DiClementen vuonna 1983 esittelemän muutosvaihemallin pohjalle. Mallissa on huomioitu yksilön henkilökohtaiset muutosvaiheet elintapojen muuttamisessa. Muutosta ei voi toteuttaa yksinkertaisesti, vaan on käytävä läpi eri vaiheet esiharkintavaiheesta harkintavaiheen ja valmistautumisvaiheen kautta toimintavaiheeseen, jonka jälkeen seuraa vasta myöhemmin ylläpitovaihe. Pysyvä muutos eli päätösvaihe seuraa tämän jälkeen ja tällöin ei enää haluta palata entiseen epäterveelliseen käyttäytymiseen (Prochaska ym. 1997). Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisia, muutosprosesseja tukevia neuvontamenetelmiä (tilannekartoitus, tiedon lisääminen, hyötyjen ja haittojen pohdinta, ongelmanratkaisu, tavoitteen asettelu, kirjalliset ohjeet, resurssien ja sosiaalisen tuen kartoitus) on tutkittu perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnan osalta ja todettu muutostasojen käsittelyn jäävän usein kuitenkin huomiotta (Vähäsarja ym. 2004).

PPP-Ryhmäohjaajakoulutuksen laajuus on 3 opintoviikkoa. Koulutuksen teemoina ovat lääketieteellinen, painonhallinnan ja liikunnan perusta sekä ryhmäohjauksen perusta. Koulutusmenetelminä ovat ryhmän hyödyntäminen, vuorovaikutteiset luennot sekä toiminnalliset menetelmät ryhmämallia demonstroiden (Suomen Diabetesliitto ry, 2005). Myöhemmässä vaiheessa PPP-ryhmäohjaajilla on mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen ja työnohjauspäiviin. Ohjaajilla on käytössään KOTI-verkko-internetsivut, jotka tarjoavat tukea ohjaustyöhön (Suomen Diabetesliitto ry, 2005). Koulutuksen jälkeen ryhmäohjaajat ovat aloittaneet painonhallintaryhmien ohjaamisen oman aikataulunsa mukaan työnantajansa alaisuudessa esimerkiksi terveyskeskuksessa tai yksityisesti kansalaisopistossa. Ryhmien toteuttamisessa on vaihtelua muun muassa kokoontumisten määrässä ja tiheydessä. Syynä ryhmien keston erilaisuuteen on muun muassa ohjaajien työaikaresurssit sekä ostopalveluina toimivissa ryhmissä tilaajan toiveet.

**Taulukko 3.** Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset (Turku & Heinonen 2005).

<p><b>Organisaation taustatuki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- hallinto/esimies &amp; ohjaajan motivointi</li><li>- moniammatillinen tausta/vastuutiimi</li><li>- koulutusmahdollisuudet</li><li>- työnohjausmahdollisuudet</li><li>- asianmukainen ryhmätila</li><li>- oheismateriaalin käyttömahdollisuus</li></ul>	<p><b>Ohjaajan erityisosaaminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- tieto &amp; taitopohja</li><li>- ryhmänohjaustaidot</li><li>- lääketieteellinen, hoidollinen pohja</li><li>- rav.tieteellinen, rav. psykologinen pohja</li><li>- liikunnan ohjauksen perusteet</li><li>- valmentava elämäntapaohjaus</li></ul>
<p style="text-align: center;"><b>Organisaatio &lt; --- &gt;</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Ohjaaja</b></p>
<p><b>Työnkuva &amp; ajankäyttö:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ajankäytön resursointi, suunnitteluun yms. kuluva aika</li><li>- painonhallintaryhmät osa perustyötä</li><li>- työaikaseurannan huomiointi</li><li>- mahdollisen ylityön korvausperiaatteet</li></ul>	<p><b>Ohjausideologia/-asenteet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ohjaajan sitoutuminen pitkäjänteiseen ohjaustyöhön ja muutosprosessiin</li><li>- oman ohjaustyylin reflektointikyky</li><li>- ohjattavan muutosvalmiuden huomiointi</li><li>- jatkoseurannan/arvioinnin merkitys</li></ul>

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT**

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää vuonna 2004 ja 2005 PPP-painonhallintaryhmään osallistuneiden henkilöiden omia kokemuksia onnistumisesta painonhallintaryhmässä.

Estimme teemahaastattelulla vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mikä auttaa onnistumaan painonhallinnassa?
- Mitkä asiat kannustavat yrittämään painonhallintaa?
- Mitkä ovat onnistumisen mahdollisuuksia ja esteitä painonhallintaryhmässä?

## **5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT**

Teimme tutkimushaastattelut vuonna 2005 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Ennen yhteydenottoja painonhallintaryhmien ohjaajiin ja ennen varsinaisia pienryhmähaastatteluja, suoritimme esihaastattelun, jossa testasimme haastattelurunkoa, aihepiirin järjestystä ja kysymysten selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Esihaastattelun jälkeen muokkasimme hieman joidenkin kysymysten rakennetta ja poistimme yhden kysymyksen, jossa oli toistoa.

Tavoitimme PPP-painonhallintaryhmien ohjaajat D2D-hankkeen yhteistyöorganisaation kautta. Keväällä 2005 toteutettujen kahden painonhallintaryhmän vapaaehtoisten ryhmäläisten haastatteluun saimme kirjalliset luvat terveyskeskusorganisaatioilta, joissa ryhmät oli toteutettu (Liite 2). Syksyn 2005 ryhmästä saimme organisaation luvan (kansalaisopisto) suullisesti. Kaikki ryhmät olivat toteutettu PPP-painonhallintaryhmän ohjelmaa soveltaen ja ohjaajana oli joko PPP-ryhmänohjaajakoulutuksen saanut terveydenhoitaja- fysioterapeutti-työpari tai liikunnanohjaaja.

### **5.1 Aineiston hankinta**

Ennen ryhmille tehtyjä ryhmähaastatteluja haastattelimme yksilöhaastatteluna ryhmänohjaajan (Liite 3) selvittääksemme ryhmän taustatietoja (Liite 4). Pyysimme ohjaajalta myös kirjallisen suostumuksen tutkimukseen (Liite 5).

Haastattelun jälkeen ryhmänohjaaja esitteli tutkimusaiheen painonhallintaryhmälleen ryhmän viimeisellä yhteisellä tapaamiskerralla ja antoi heille kirjallisen tiedotteemme tutkimuksesta (Liite 6) sekä tiedoksi ryhmänohjaajan haastatteluvaakkeen ja täytettäväksi ryhmäläisten esitietokaavakkeen (Liite 7). Ryhmänohjaaja ilmoitti ryhmäläisille antamamme haastatteluajan. Kaikilla ryhmäläisillä oli mahdollisuus osallistua ryhmähaastatteluun oman kiinnostuksensa mukaan. Pyysimme kirjeessämme haastatteluun niitä, jotka kokivat onnistuneensa saavuttamaan itselleen asettamansa tavoitteen ryhmässä ja halusimme kuulla heidän omia kokemuksiaan onnistumisesta painonhallinnassa. Haastattelujen ajankohta ja paikka pyrittiin varaamaan mahdollisimman sopivaksi ja toimivaksi, jotta saavutettiin ulkonainen turvallisuus ja rauhallisuus haastatteluja varten (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2004, 72-73). Haastattelujen ajankohtana oli arki-iltpäivä ja paikkana ryhmälle jo etukäteen tuttu paikka.



Kaikki ne, jotka olivat ohjaajalle luvanneet tulla paikalle, myös saapuivat haastatteluun. Tutkimuksessamme ennen pienryhmähaastattelun aloitusta kerroimme osanottajille, ettei ole olemassa oikeita tai väärää vastauksia kysymyksiimme, vaan jokainen voi kertoa omista kokemuksistaan juuri niin kuin he ovat ne todellisuudessa kokeneet. Haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa juuri ennen pienryhmähaastattelua (Liite 8).

Ryhmähaastattelu nauhoitettiin c-kasetille sekä kuvattiin videolle. Haastateltavilla oli tieto tallennuksesta etukäteen ja he hyväksyivät sen (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2004, 93). Videokuvauksen tarkoituksena oli ainoastaan auttaa erottamaan eri puhujat toisistaan litterointivaiheessa. Ryhmähaastattelussa, joka eteni teemahaastatteluna, jokainen sai vastata esittämiimme kysymyksiin (Liite 9). Haastattelukysymykset olivat ryhmiteltynä teemoittain. Pitäydyimme haastattelurungon mukaisessa kysymysjärjestyksessä ja autoimme tarpeen vaatiessa haastateltavia eteenpäin lisäkysymysten avulla. Ryhmäläiset eivät olleet saaneet kysymyksiä etukäteen eikä ryhmänohjaaja ollut mukana ryhmähaastatteluissa. Haastatteluiden kesto vaihteli 40 minuutista 75 minuuttiin. Haastatteluihin osallistui 2-4 henkilöä kerrallaan, pienryhmiä oli yhteensä kolme. Pienryhmän jäsenet olivat ennestään tuttuja keskenään, koska he olivat osallistuneet samaan painonhallintaryhmään. Usein kysymysten pohjalta syntyi myös keskustelua ryhmäläisten kesken ja keskustelu sallittiin. Fyysisesti ryhmäläiset ja haastattelijat olivat pöydän ympärillä, jolloin he näkivät toinen toisensa (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2004, 91, 96-97).

Ryhmähaastatteluista kaksi toteutettiin toukokuussa ja yksi syyskuussa 2005, haastateltuja ryhmiä oli kolme. Keväällä 2005 toteutettujen haastatteluiden analysointi aloitettiin kesällä 2005. Kaikki haastattelut analysoitiin lopullisesti lokakuussa 2005.

## **5.2 Analysointimenetelmä**

Analysointitavaksi valitsimme sisällönanalyysin, koska tutkimuskohteena oli kommunikaation sisältö. Sisällönanalyysi käsittelee kommunikaatiota 'todellisuuden kuvana'. Analyysi on tällöin aineistolähtöistä ja haastateltavien vastauksista etsitään ensin keskeisiä asioita ottamatta huomioon aikaisempia havaintoja tai tietoja aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2004, 48, 97). Haastattelujen litteroinnin jälkeen aineisto pelkistettiin, sen jälkeen ryhmiteltiin ja luotiin ala-, ylä- ja pääkategorioita (=luokat) sekä lopuksi etsittiin pääluokkia yhdistävä luokka. Analyysimenetelmällä

pyrittiin saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2004, 102, 105).

Omassa aineistossamme analysoimme sitä, mitä dokumenteissa oli ilmaistu, ei juurikaan piiloviestejä. Menetelmässämme analyysiyksikkönä oli lausuma. Ilmaisut kirjattiin tarkasti samoilla termeillä kuin ne olivat tekstinä aineistossa. Tämän jälkeen ne kerättiin listoiksi. Ryhmittelyssä yhdistettiin pelkistettyjen ilmaisujen listoista ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen etsimällä ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan ja annettiin kategorialle nimi (=alaluokat). Esimerkkinä taulukossa 4 on ryhmäkeskustelusta poimittuja pelkistettyjä ilmaisuja ja alaluokkana 'jatkuvuus tulevaisuudessa'.

**Taulukko 4.** Esimerkki alaluokan muodostamisesta.

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>
ei pidä ajatella määrää, vaan kilo kerrallaan, päivä kerrallaan  ei vara hukata että paino putoaisi  ikää tulee ja vaivoja tulee niin pitää sitä vähän niinku herätä, että minkälaista elämää sitä haluaa sitten  itsensä hoitamiseen täytyy löytyä enemmän aikaa  tavoitteena 5 kg pois - sitten BMI on kohtuullinen  tavoitteena ei saisi enää yhtään lihoa  tavoitteena normaalipaino	Jatkuvuus tulevaisuudessa

Tähän vaiheeseen sisältyi jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä, jolloin muodostettiin yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Analyysia jatkettiin edelleen yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläluokkia. Myös yläluokille annettiin nimet, jotka kuvasivat sisältöä. Abstrahointia jatkettiin yhdistämällä yläluokat pääluokkiin kunnes ei ollut enää sisällön kannalta mielekästä tai mahdollista jatkaa (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7).

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Haastateltujen yhdeksän henkilön taustatietojen avulla laskimme painon ja painoindeksin (BMI) muutokset (Taulukko 4) painonhallintaryhmien seurantajakson ajalta. Osalla ryhmistä ryhmänohjaaja auttoi keräämään taustatiedot ryhmäläisistä, sillä ohjaajilla oli kirjattuna ylös tiedot alkupunnituksista ja muista mittauksista sekä osallistumisesta ryhmän kokoontumisiin. Ryhmät kokoontuivat 10-20 kertaa, jolloin ryhmien kesto vaihteli 3,5-14 kuukauteen. Haastatelluista kaikki olivat olleet mukana vähintään 70 % kaikista tapaamisista (yhden henkilön tieto puuttui). Haastatteluihin osallistuneista kaikki olivat naisia. Haastateltavien paino aleni ryhmien aikana keskimäärin 2,9 kg ja BMI aleni keskimäärin yhdellä.

**Taulukko 5.** Haastateltavien painon- ja BMI-muutokset painonhallintaryhmän aikana.

Haastateltu	Paino alussa / lopussa, kg	Painon muutos kg	BMI alussa / lopussa	BMI:n muutos
H1	79,9 / 79,4	-0,5	34 / 34	0
H2	86,0 / 86,0	0	30 / 30	0
H3	86,4 / 78,7	-7,7	35 / 32	-3
H4	89,7 / 91,4	+1,7	33 / 34	+1
H5	90,0 / 87,0	-3,0	34 / 33	-1
H6	91,6 / 88,0	-3,6	33 / 32	-1
H7	92,4 / 88,4	-4,0	34 / 32	-2
H8	116,0 / 112,0	-4,0	40 / 39	-1
H9	120,8 / 116,0	-4,8	44 / 42	-2

### 6.1 Sosiaalinen tuki onnistumisessa

Haastattelujen perusteella esiin nousi sosiaalisen tuen merkitys onnistumisessa. Sosiaalinen tuki muodostui tässä aineistossa ryhmästä tulevasta tuesta sekä ryhmänohjaajan toiminnasta. Lisäksi ryhmäläiset saivat sosiaalista tukea ryhmän ulkopuolelta. Ryhmästä ja sen ulkopuolelta tulevan tuen vaikutusta oli vaikea erottaa selkeästi toisistaan. Ne olivat toisiaan tukevia tekijöitä. (Taulukko 6.)

**Taulukko 6.** Sosiaalisen tuen osatekijät painonhallintaryhmässä.

Yläluokat	Päälukokka
ohjaaja voimavarana ryhmä voimavarana ryhmän ulkopuolinen tuki	sosiaalinen tuki

Haastateltavat kokivat ryhmän voimavarana siksi, että ryhmän ilmapiiri oli luottamuksellinen ja tuttavallinen. Ryhmän positiivisuus näkyi ryhmässä käytetyssä huumorissa. Ryhmään osallistuneiden tyytyväisyydestä ryhmään kertoi myös se, kuinka henkilöt sitoutuivat yhteisiin tapaamisiin. Vaikka ryhmä koettiin tasa-arvoisena, ryhmäläiset kokivat tulleen huomioduksi yksilöllisesti (Taulukko 7). Ryhmän tuen merkitys tuli esiin usean haastatellun puheessa.

*”Niin, se on se ryhmän tuki ja kuunnella niiden toistenkin kertomuksia, jos on tällöisiä painonhallintaryhmiä. Ja sitten se että kun tulee, niin haluaa itsekin saada jotakin aikaan kun on tällöinen ryhmä ja sitten mitataan niitä painoja. Kyllä se vähän tsemppiä antaa.” (Henkilö 6)*

*”.. olihan meistä tukea toisistamme toisille ja jaettiin niitä kokemuksia. Se on hirveän tärkeä aina se ryhmän tuki. Ei se yksinään tahdo, ei se ole helppoa yksinään. Että kyllä se auttaa kun on muita.” (Henkilö 5)*

*”Tietysti kun kuuli toistenkin mielipiteitä, että ei yksin kamppaile määrättyjen asioiden kanssa. Ihan samalla tavalla ne toiset kamppailee.” (Henkilö 8)*

Ohjaajien merkitys tukijana tuli esille siten, että ryhmäläiset pitivät ohjaajia innostavina ja arvostivat heidän tapansa ohjata ryhmää. Osa ryhmäläisistä koki, että onnistuminen olisi motivoinut myös ryhmänohjaajia (Taulukko 7).

*”Kyllä ne oli molemmat (ohjaajat) niin mahdottoman kilttejä. Että mä olisin pikkusen kyllä toivonut kanssa sitä, että olisi sanottu, että ”Me ei täällä turhaan, jos ei mitään teille tapahdu, me ei täällä turhaan istuta. Tehkää tekin jotain töitä.” Kyllä mäkin mietin monta kertaa niiden tyttöjen kannalta ihan, että kyllä me ollaan aika huonoa porukkaa. Että saavat helposti siitä kanssa stressiä, että eikö he osaa meitä opettaa. Mutta vähän saisivat olla (tiukempia), että olisivat tukistaneet välillä.” (Henkilö 9)*

*”Tosiaan ajatteli sitä, etteikö näitä (ohjaajia) turhauttanut se, kun samat lällykät istuu kaiken aikaa ja mitään ei muutu. Mutta ei ne koskaan näyttäneet ainakaan siltä.” (Henkilö 4)*

**Taulukko 7.** Ryhmä ja ohjaaja painonhallintaryhmän voimavarana.

Alaluokka	Yläluokka
huumori luottamuksellisuus ryhmässä ryhmän paine ryhmän positiivisuus ryhmän tasa-arvoisuus ryhmän tuki ryhmän tuttavallisuus/empatia sitoutuminen ryhmään tyytyväisyys ryhmään yksilöllisyys ryhmässä	ryhmä voimavarana
ohjaajan innostavuus ohjaajien työn arvostaminen	ohjaaja voimavarana

Ryhmäläiset kokivat saavansa tukea ryhmän ulkopuolelta erityisesti omalta perheeltään sekä tuttaviltaan. Myös hoitohenkilökunnalta, kuten esimerkiksi lääkäriltä tai terveydenhoitajalta saatu positiivinen palaute painonhallinnassa edistymisestä, motivoi jatkamaan. Eräs henkilö kertoi, että erilaiset esineet, kuten jääkaapin ovesa olevat magneetit tai tarrat, muistuttivat kotiloissa painonhallinnan tavoitteista (Taulukko 8).

*”Mä pistin jääkaapin oveen, luin Karvista, sarjakuvalehdestä. Siinä oli joku semmoinen että ‘Tänään on ollut hyvä päivä, en syönyt yhtään illallista.’ Mutta sitten seuraavassa ruudussa oli että ‘Söin 11 aamiaista.’ Sen mä liimasin jääkaapin oveen vähäksi aikaa.” (Henkilö 4)*

Ryhmän lisäksi painonhallinnassa onnistumista auttoi perheeltä saatu tuki. Kotona tehdyt terveellisemmät valinnat olivat helpompia toteuttaa, jos koko perhe oli mukana painonhallinnassa (Taulukko 8).

*”..kyllä mies ihan samalla lailla halusi siirtyä kaikkeen kevyempään ja tsemppasi siinä.” (Henkilö 5)*

*”Kotoa sai tukea: on paremman näköinen, on juu, ihan hyvä, laihtu vaan. Sitten naapurin mies tuli ja sanoi, että mä en meinannut tuntea sua, älä nyt enää laihduta. Tulee vekkejä naamaan.” (Henkilö 2)*

**Taulukko 8.** Ryhmän ulkopuolelta tuleva tuki.

Alaluokka	Yläluokka
esineet muistuttajana hoitohenkilökunta tukijana perhe tukijana tuttavat tukijana	ryhmän ulkopuolinen tuki

## 6.2 Tulosten saavuttaminen yksilötasolla

Saavuttaakseen tuloksia painonhallinnassa ja onnistuakseen elintapojen muuttamisessa haastatellut ryhmäläiset kokivat tarvitsevänsä tietoa. Onnistumisen kokemukset ja tulosten saavuttaminen elintapojen muuttamisessa lisäsivät motivaatiota jatkaa painonhallintaa. Motivoivana tekijänä oli jonkin olemassa olevan sairauden hoito, saavutetun terveyden ylläpitäminen sekä terveyden edistäminen yleensä (Taulukko 9).

**Taulukko 9.** Painonhallintaryhmässä tulosten saavuttamiseen vaikuttavat tekijät.

Yläluokat	Pääluokka
elintapojen muutos onnistuminen/positiivisuus sairauden hoito, terveyden ylläpitäminen ja terveyden edistäminen tiedon lisääntyminen	tulosten saavuttaminen

Painonhallinnan onnistuminen yksilötasolla vaati selkeitä elintapamuutoksia. Haastatellut ryhmäläiset kokivat tärkeänä ruokavalintojen muutoksen lisäksi ruokatapojen ja ostotottumusten muutokset. Ryhmäläiset pitivät hyvänä oppimiskokemuksena tutustumista uusiin ruokatuotteisiin ryhmätapaamisissa järjestetyissä maistiaisissa (Taulukko 10).

*”Mä hurahdin tuohon työväenopiston kankaankutomiseen ja kerta kaikkiaan siellä on tullut niin pitkiä päiviä ihan viikkoja tullut oltua, että ei ole jaksanut laittaa ruokaa ehkä sillä tavalla. Silloin sitä helposti syö sieltä kassista suoraan mitä on ostanut. Sen mä meinaan normalisoida nyt ensi talveksi.” (Henkilö 9)*

Ryhmäläiset kokeilivat muutamia liikuntalajeja ryhmätapaamisissa. Ryhmäläisten mielestä tapojen muuttaminen liikunnassakin oli helpompaa, jos kokemus liikunnasta oli myönteinen. Kokemus liikunnan iloista tuli selkeästi esille haastateltavien kertomuksissa (Taulukko 10).

*”Niin kun me terveyskeskuksen käytävällä jumpattiin ja tanssittiin. Ja kaikilla meillä oli hauskaa.” (Henkilö 2)*

Ryhmäläiset saivat tietoa ryhmässä ohjaajalta sekä toisiltaan. Ohjaaja jakoi osan tiedosta kirjallisena materiaalina, jota ryhmäläiset pystyivät hyödyntämään kotona. Keskustelujen kautta ryhmäläiset saivat tietoa käyttäytymisen muutosmahdollisuuksista sekä oppivat yhdistämään ryhmässä käsiteltyjä asioita aikaisempaan tietoon (Taulukko 10).

Onnistuminen uusien asioiden omaksumisessa motivoi ryhmäläisiä jatkamaan. Osatavoitteen saavuttaminen antoi taas uutta innostusta jatkaa eteenpäin. Jokaisen omat henkilökohtaiset toteutuneet tavoitteet sekä sisäinen motivaatio tukivat tulosten saavuttamista (Taulukko 10).

*”No kyllä me käytiin niitä tuotteita läpi, että missä on piilorasvaa tai piilosokeria, niin kuin näissä jogurteissa tai jossain tuotteissa. Että osaa sillain kaupassa katsoa kyllä paremmin. Ei ennen ehkä ole sillain älynnytkään. Nyt osaa katsoa sitten. Kun vaihtoehtoja sieltä löytyy joka lähtöön.” (Henkilö 5)*

**Taulukko 10.** Painonhallinnan onnistumismahdollisuudet.

Alaluokka	Yläluokka
liikunnan iloisuus liikunnan löytyminen liikuntatapojen muutos ostotottumusten muutos ruokailutapojen muutos ruokavalintojen muutos uuden asian kokeileminen	elintapojen muutos
asioiden yhdistäminen aikaisempaan tietoon muut tiedonhankintamahdollisuudet tiedon saaminen tieto käyttäytymisen muuttamisesta tieto ravitsemustottumusten muuttamisesta	tiedon lisääntyminen
onnistumisen palkitseminen onnistumisen tunne sisäinen motivaatio tavoitteissa onnistuminen	onnistuminen/ positiivisuus

Tässä tutkimuksessa haastateltavina olleet ryhmäläiset olivat tulleet painohallintaryhmään saavuttaakseen jonkin itselleen asettamansa terveystavoitteen. Osalla henkilöistä se oli jo olemassa olevien vaivojen vähentäminen, osalla taas odotettavissa olevien sairauksien ehkäisy. Kaikki tiesivät ylipainon riskeistä terveydelle ja jokaisen ensisijaisena henkilökohtaisena tavoitteena ryhmään hakeutuessa oli saada oma paino laskemaan (Taulukko 11).

*”No, viisi kiloa piti olla (tavoitteena) niin kun laihtuisi, että sen saisi. Ja mä sain semmoisen kuusi ja puoli sitten ihan huomaamatta, se lähti kai liikunnalla kesällä. Mutta mä en tiedä, kai se jossain kylässä kävi, koska se on tullut takaisin. Ei vaan, liikkuminen jäi vähemmälle, siinä ei sitten niin katsonut minkälaista ruokaa laittoi.” (Henkilö 1)*

**Taulukko 11.** Painonhallinnan tarpeen syntymiseen vaikuttavat tekijät.

Alaluokka	Yläluokka
jaksaminen sairaudet taustalla terveysongelmien vähentäminen yksilöllinen tavoite ryhmässä	sairauden hoito, terveyden ylläpitäminen ja terveyden edistäminen



### 6.3 Mahdollisuudet painonhallinnan onnistumisessa

Haastatellut ryhmäläiset kokivat, että painonhallinnan onnistumisessa merkittävänä tekijänä oli löytää sopivat toimintamenetelmät, jotka tukisivat tavoitteisiin pääsemistä. Ryhmäläisten mielestä ryhmänohjaajan tehtävänä oli tukea osallistujia etsimään yksilöllisiä ratkaisukeinoja painonhallinnan eri osa-alueilla. Ryhmäläiset tiedostivat, että tuloksia painonhallinnassa ei voi saavuttaa lyhyellä aikavälillä, vaan tuloksiin pääseminen vaatii jatkuvuutta tehdyissä elintapamuutoksissa (Taulukko 12).

*”No minulla tahtoo välillä olla varsinkin viikonloppu hankala. Silloin on enemmän perheen kesken kotona ja se tahtoo tuoda sitä, että menee toisten kanssa keittiöön ja sitä ei muistakaan että sun ei pitänytkään enää syödä, sitten se tahtoo vähän tuottaa ongelmaa. Kun pysyy keittiöstä poissa, niin ei ole ongelmaa.” (Henkilö 3)*

*”Mutta kun mä aloitin sen sillä lailla, että mä en ole millään semmoisella laihdutuskuurilla. Että se (painonpudotus) menee pikkuhiljaa. Että sieltä viime syksystä tähän päivään on se kahdeksan kiloa pois. Ja sitä ei ole kuurilla tehty, vaan elämäntaparemontilla.” (Henkilö 8)*

**Taulukko 12.** Painonhallinnassa onnistumisen mahdollisuuksia tukevat tekijät.

Yläluokat	Päälouokka
ongelmaratkaisujen mahdollisuudet painonhallinnan jatkuvuus toimintamenetelmien mahdollisuudet	onnistumisen mahdollisuudet

Ryhmäläiset kokivat, että tavoitteisiin pääsemisessä oli suuri merkitys sillä, että he pystyivät käymään punnituksessa ryhmätapaamisten yhteydessä ja että painonpudotusta seurattiin. Ryhmäläisten mielestä olennaista oli, että ongelmatilanteista oli mahdollisuus myös keskustella muiden ryhmäläisten kanssa (Taulukko 13).

*”Se repsahdus sitten ruodittiin, että missä se on tapahtunut ja mitä siinä, kuinka paljon olet syönyt ja kuinka paljon sä olet ottanut alkoholia tai olutta tai viiniä ja sitä, minkä palkitsi itsensä sillä että oli se repsahduspäivä. Ja siitä sitten taas täytyi koota itsensä tai yritti koota.” (Henkilö 4)*

Tässä tutkimuksessa ohjaajien esiintuomat toimintamenetelmät elintapamuutosten onnistumisessa olivat välillä hyvinkin konkreettisia, esimerkiksi liikuntavälineiden kokeileminen käytännössä

saattoi auttaa uuden liikuntalajin löytymisessä ja kannusti liikunnan lisäämiseen. Ruokatottumusten seuraamisessa apuvälineenä oli ruokapäiväkirja. Ryhmäläisten mielestä omista ja muiden kokemuksista oppiminen tuki painonhallintaa. Useimpien mielestä onnistumiseen vaikuttavana tekijänä oli myös sen hyväksyminen, että toiminnan voi aloittaa uudelleen pienen repsahduksen jälkeenkin (Taulukko 13).

*”Ikää tulee ja vaivoja tulee niin kyllä sitä pitää vähän niinku herätä, että minkälaista elämää sitä haluaa sitten.” (Henkilö 5)*

Haastatellut ryhmäläiset kokivat, että ryhmässä opitut elintapamuutokset tulisi saada osaksi omaa terveellisempää elämää jatkossakin. Opittua tietoa tulisi hyödyntää jatkossa, ettei mahdollisesti jo saavutettuja tuloksia kadottaisi (Taulukko 13).

*”Tavoitteena mulla oli, että mä saisin sen kipinän lähteä liikkumaan. Mutta kun ei voinut oikein tehdä, kun selän kanssa on mitä on, mutta löysin vesijuoksun. Jota olenkin sitten koko talven harrastanut.” (Henkilö 6)*

*”Karsin ruokataloutta semmoiseksi, että mä en pidä mitään semmoista mikä olisi rasvaista tai makeaa. Että keksii sen äkkihyvän sitten semmoisesta, mikä ei sisällä oikein mitään.” (Henkilö 8)*

*”Mulla on tarkka linja siitä, että mulla on yksi kerta viikossa, on oikeus syödä, mitä mä itse olen mieltynyt syömään. Pidän perjantaina semmoisen illan. Jos mä haluan sieniiä, joissa on kermaa taikka haluan makeisia, niin mä syön sen makean. Sitten mun tulee niin kylläinen olo siitä, että se riittää seuraavaan perjantaihin. Että siinä välissä sitä ei sitten luistella, että jos mä haluaisin nyt jäätelöä, että jos mä syön sen jäätelön nyt, se tekee pahaa ja se loppuu siihen. Että yksi kerta viikossa. Se on aika hyvin kyllä pitänyt.” (Henkilö 3)*

Pieni kilpailu nousi keskusteluissa esiin yhtenä keinona painonhallinnan onnistumisessa.

*”Ja mä olisin kanssa tykännyt että joka kerta olisi punnittu. Koska siinä tulee vähän sitten sitä kilpailua. Sä tiedät kun sä menet, että taas se hei se on se puntariin meno. Niin se rajoittaa. Mulle itselleni, mulle se on hyvä. Mä oon semmoinen että mä tarviin vähän sitä kilpailua, semmosta. Että se auttaa. Että mä oisin kaivannut sitä että joka kerta olisi käyty puntarissa.” (Henkilö 5)*

Ryhmäläiset pohtivat painonhallinnan tueksi useita keinoja, kun omat tavoitteet eivät toteutuneet täysin toivotulla tavalla.

*”Pitäisi olla jääkaapissa semmoinen aikalukko, se ei aukea kuin tiettyinä aikana. Mulla on ongelma se iltasyöminen, että minä sen jos saisin jollakin kiinni. Päivä menee ihan hyvin, siihen en ole keksinyt hyvää keinoa.” (Henkilö 7)*

Tiedon lisääntyminen näkyi haastatteluissa ja ryhmäläisten mielestä uuden tiedon soveltamista myös tapahtui koko ajan.

*”Että siihen malliin ajattelin, että nyt saisi tietoa missä on rasvaa, kuinka paljon ja mihin pitäisi kiinnittää huomiota: rasvaan vai hiilihydraatteihin taikka näihin tämmöisiin koostumuksiin, yleensä ruoan koostumukseen, että mikä on se, josta se (paino) äkkiä nousee. Että siitä halusin tietoa omaan ruokailutottumukseen. Ja mikä olisi sitten, totta kai itsekin tietää, että liikkuminen on hyväksi, mutta kyllä se on hyvä istua siinä sohvallakin. (Henkilö 1)*

Onnistumisen iloa löytyi myös, vaikka myös kokemus painonhallinnan vaikeudesta tuli esille keskusteluissa.

*”Mutta kyllä se yleensä oli kauhean kiva kun meni vaa’alle ja sitten kun oli vähän edes alaspäin menossa, niin aina se teki iloiseksi ja pirteämmäksi. Jos ei ihan kauheita vaikeuksia ollut ollut sitä ennen, että se oli semmoista siedettävää se tuska mitä ennen punnitusta oli.” (Henkilö 2)*

**Taulukko 13.** Painonhallinnassa onnistumisen keinot.

Alaluokka	Yläluokka
keinot tavoitteisiin pääsemiseen liikunnan välineet ja keinot	toimintamenetelmien mahdollisuudet

tavoitteisiin pääsemisen seuranta toisten toiminnan arvioiminen tunteiden arvioiminen	
kokemuksista oppiminen repsahduksien pohtiminen toimintamenetelmien kehittäminen	ongelmaratkaisujen mahdollisuudet
elintapamuutosten pysyvyys jatkuvuus tulevaisuudessa tiedon hyödyntäminen tulevaisuudessa uudelleen aloittaminen	painonhallinnan jatkuvuus

#### 6.4 Esteet painonhallinnan onnistumisessa

Vaikka tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää onnistumisen kokemuksia, useimmat haastateltavat olivat kokeneet ryhmän aikana myös epäonnistumista. Haastatellut henkilöt kokivat painonhallinnan onnistumisen esteinä riittävän tuen puuttumisen ja yksinäisyyden sekä tyytymättömyyden ryhmän toimintaan. Osa haastatelluista ei onnistunut saavuttamaan asettamia tavoitteita ja he hakivat syytä epäonnistumiselle oman toiminnan lisäksi myös ryhmän ulkopuolelta (Taulukko 14).

**Taulukko 14.** Painonhallinnan onnistumisen esteet.

Yläluokat	Pääluokka
ryhmä esteenä suhtautuminen epäonnistumiseen tavoitteiden saavuttamattomuus tuen puute ja yksinäisyys tyytymättömyys ulkoiset syyt epäonnistumiselle	esteet painonhallinnassa

Muutamit haastatellut kokivat, että ryhmä oli esteenä painonhallinnan onnistumisessa. He olivat tyytymättömiä ohjaajien tai koko ryhmän toimintaan. He pitivät epäonnistumisen syynä sitä, että ryhmä loppui heidän mielestään liian aikaisin. Sekä lyhyempikestoisessa että pitempään kestäneessä painonhallintaryhmässä osallistujat kokivat, että ryhmä olisi voinut jatkua pitempään. He pitivät tuen puutetta ja yksinäisyyttä syynä sille, että he eivät saavuttaneet haluamia tavoitteita. Oma motivaatio elintapojen muuttamiseen ei myöskään ollut aivan riittävä kaikilla osallistujilla.

Muutamalla haastateltavalla elämäntilanteen muuttuminen yllättäen oli syy epäonnistumiselle (Taulukko 15).

*”Mä kävin vähän harvemmin, motivaatio hukassa. --- elämäntilanne, että se oli semmoista ettei kiinnostanut koko juttu enää.” (Henkilö 6)*

Myös tuen puute tuli esille haastatteluissa, kun ryhmäläiset kertoivat muiden henkilöiden suhtautumisesta heidän yrittämäänsä painonhallintaan.

*”Mulla on kavereita, kaverit on kyllä mukana, mutta sukulaiset on monta kertaa, että vaikka ne huomauttaa niistä ylipainoista, että oletpa lihonut ja muuta, mutta sitten, jos yrität kieltäytyä jossakin kahvipöydässä, että en ota nyt pullaa. ”No kyllä sitä nyt aina yhden palan voi syödä” ja sitten tuodaan jotain suklaata tai jotain tullessa, niin se on vähän niin kuin, mä olen sanonutkin, että se on vähän niin kuin alkoholistille viinaa toisi. Että tuoda sitä houkutusta siihen.” (Henkilö 6)*

Ohjaajan rooli korostui niissä tilanteissa, kun kaikki ei sujunut ryhmässä aivan hyvin. Tyytymättömyyttä ryhmään näkyi siinä, kun toimintamenetelmät eivät olleet toivotunlaisia.

*”Tuhlattiin sitä aikaa siinä sitten. Meidän aikaa ihan muuhun kuin itse asiaan.” (Henkilö 5)*

*”Alussa se tuntui ihan hyvältä, mutta sitten rupesi ihmiset laistamaan niin sitä tuntui itsestäkin, että onko tämä turhaa sitten. Veti vähän mukana sitten.” (Henkilö 7)*

**Taulukko 15.** Painonhallinnan onnistumisen esteitä.

Alaluokka	Yläluokka
ryhmän keston riittämättömyys ryhmän toimimattomuus tyytymättömyys ohjaajien toimintaa tyytymättömyys ryhmään	ryhmä esteenä
sitoutumisen puute tuen puute yksinäisyys painonhallinnassa ympäristön vähättelevä suhtautuminen	tuen puute ja yksinäisyys
epäonnistumisen tunne tyytymättömyys omaan toimintaan	tyytymättömyys
epäonnistuminen liikunnassa epäonnistuminen tiedon hyödyntämisessä liikunnan esteet motivaation puute motivaation väheneminen saavutettujen tulosten katoaminen seurannan puute ulkoinen syy paino-ongelmaan	tavoitteiden saavuttamattomuus
itsensä vähättely itsepetos/selitteleminen syyllistäminen	suhtautuminen epäonnistumiseen
ajan rajallisuus elämäntilanteen muuttuminen menneisyys taakkana vuodenaikojen vaihtelu	ulkoiset syyt epäonnistumiselle

### 6.5 Ongelmien ratkaiseminen ja kehitysehdotukset

Ryhmäläiset löysivät keinoja painonhallinnan esteiden poistamiseksi tunnistamalla olemassa olevia ongelmatilanteita ja etsimällä niihin yksilöllisiä ratkaisumalleja. Ongelmien tiedostamisen jälkeen heidän oli mahdollista paremmin hallita ongelmatilanteita (Taulukko 16).

**Taulukko 16.** Ratkaisukeinot painonhallinnan ongelmissa.

Yläluokka	Pääluokka
mahdollisuuksien etsiminen ongelmien tiedostaminen	ongelmien ratkaiseminen

Ongelmatilanteiden eli repsahduksien pohtiminen yhdessä muiden kanssa, auttoi selviämään tilanteista eteenpäin. Ryhmäläiset löysivät yhdessä keinoja ongelmatilanteista selviämiseen ja siten

kokivat hallitsevansa paremmin poikkeustilanteita. Ryhmäläisten mielestä pienen ylipainon hyväksyminen voi olla parempi tapa kuin ikuinen itsensä syyllistäminen.

Suurin osa ryhmäläisistä oli kokeillut aikaisemmin muita painonhallintamenetelmiä. Tässä ryhmässä saamiaan tietoja sekä aikaisempia kokemuksia yhdistelemällä he uskoivat olevan mahdollista päästä parempiin tuloksiin painonhallinnassa. Ryhmäläiset ymmärsivät ryhmän päättyessä, että oma muutosvalmius ja sen tunnistaminen on edellytys painonhallinnassa onnistumiselle (Taulukko 17).

**Taulukko 17.** Painonhallintaryhmän kehittämismahdollisuudet.

Alaluokka	Yläluokka
käyttäytymisen muutokset ongelmatilanteissa poikkeustilanteiden hallinta repsahduksen pohtiminen ylipainon hyväksyminen	ongelmien tiedostaminen
oman toiminnan arvioiminen parempiin tuloksiin muilla menetelmillä toimintamenetelmien kehittäminen	mahdollisuuksien etsiminen

## 6.6 Osallistujien kokemukset

Osallistujat kokivat saaneensa ryhmässä sosiaalista tukea sekä ryhmältä itseltään että ohjaajalta. Tulosten saavuttaminen vaati muutoksia usealla tavalla elintavoissa. Tulosten saavuttaminen näkyi toisaalta parantuneena terveytenä sekä tavoitteena terveyden edistämisestä. Onnistumisen mahdollisuutena ryhmäläiset kokivat sen, että he löysivät uusia ja erilaisia ratkaisuja onnistumiselle. Esteenä onnistumiselle olivat tuen puute tai oman motivaation puute. Myös ryhmässä saattoi olla tilanteita, jotka eivät osallistujien mielestä tukeneet painonhallintaa. Haastatteluihin osallistuneet ryhmäläiset löysivät myös ratkaisuja ja mahdollisuuksia esteiden poistamiseen (Taulukko 18).

**Taulukko 18.** Osallistujien kokemuksia onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä.

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
ohjaaja voimavarana ryhmän ulkopuolinen tuki ryhmä voimavarana	sosiaalinen tuki	<b>Osallistujien kokemuksia onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä</b>
elintapojen muutos onnistuminen/positiivisuus sairauden hoito, terveyden ylläpitäminen ja terveyden edistäminen tiedon lisääntyminen	tulosten saavuttaminen	
ongelmaratkaisujen mahdollisuudet painonhallinnan jatkuvuus toimintamenetelmien mahdollisuudet	onnistumisen mahdollisuudet	
ryhmä esteenä suhtautuminen epäonnistumiseen tavoitteiden saavuttamattomuus tuen puute ja yksinäisyys tyytymättömyys ulkoiset syyt epäonnistumiselle	esteet painonhallinnassa	
mahdollisuuksien etsiminen ongelmien tiedostaminen	ongelmien ratkaiseminen	



## 7 POHDINTA

### 7.1 Yhteenveto

Tutkimuksemme tuloksena ovat kokemukset osallistumisesta Pieni Päätös Päivässä-painonhallintaryhmään. PPP-painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksiin ryhmässä sisältyi tunne sosiaalisesta tuesta, joka koostui ohjaajan ja ryhmän tuesta sekä ryhmän ulkopuolisesta tuesta. Ulkopuolista tukea haastatellut kokivat saavansa muun muassa perheeltä tai ystäviltä. Ryhmäläiset kokivat saavuttaneensa tuloksia ja se näkyi elintapojen muutoksena, onnistumisen kokemuksina ja tiedon lisääntymisenä. Positiivisuuteen liittyvä liikunnan ilo ja huumori näkyivät kokemuksissa. Myös sairauden oireet helpottivat painonhallinnan myötä ja tunne terveyden paranemisesta ja edistämisestä voimistui. Haastatellut kokivat, että heillä oli olemassa mahdollisuudet onnistua painonhallinnassa, koska ryhmässä käytiin keskusteluita ongelmaratkaisujen mahdollisuuksista, painonhallinnan jatkuvuudesta ja erilaisista toimintamenetelmistä. He kokivat saavansa tarpeellista tietoa ja uusia taitoja muun muassa eri liikuntatapojen kokeilemisen kautta.

Haastateltavien kokemuksissa tuli esiin myös esteitä painonhallinnan onnistumisessa. Ryhmä itsessään saattoi olla esteenä, mikäli ryhmän toiminta ei ollut tasapainoista niin, että jokaisella ryhmäläisellä oli samat mahdollisuudet tuoda asioitaan esiin. Myös suhtautuminen epäonnistumiseen vaatisi huomiota, sillä asian ohittaminen ilman käsittelyä muodostaa esteitä painonhallinnan onnistumiselle. Tavoitteita ei tulisi myöskään asettaa epärealistisesti, sillä tavoitteiden saavuttamattomuus vie motivaation yrittämiseltä. Esteinä painonhallinnan onnistumiselle olivat myös tuen puute ja yksinäisyys. Mikäli perhe ei tue lainkaan, on esimerkiksi perheenäidin vaikea noudattaa omaa dieettiään. Yksin yrittävä voi olla heikoilla, sen sijaan puolison varaukseton tuki auttaa varmasti eteenpäin. Oma tyytymättömyys sekä ryhmään, että myös omaan itseensä ei edistä painonhallinnan onnistumista. Myös ulkoisia syitä epäonnistumiselle tapahtui osalle haastatelluista ryhmän aikana. Muun muassa lähiomaisen kuolema laski motivaatiota pitkäksi aikaa. Ryhmässä painonhallinnan onnistumisen mahdollisuuksia etsittiin yhdessä ja kun ongelmat tiedostettiin, niihin löytyi myös ratkaisuja ja samalla oli mahdollista oppia varautumaan niihin jo ennakkolta, jolloin jokin ongelmatilanne voitiin ehkäistä.

Lisäksi tutkimuksemme ilmeni taustatietojen kartoituksen kautta, että haastatellut henkilöt onnistuivat PPP-painonhallintaryhmässä yhtä henkilöä lukuun ottamatta pysäyttämään

painonnousunsa ja seitsemän yhdeksästä myös onnistui painonsa alentamisessa. Painonlasku voi olla pysyvä tai hetkittäistä, mutta oma tutkimuksemme ei anna tähän vastausta.

Haastatteluiden kautta tuli toisten kertomana tietoomme yksi painonhallintaryhmään osallistunut henkilö, joka oli onnistunut pudottamaan painoaan todella merkittävästi, mutta hän ei kuitenkaan halunnut tulla mukaan ryhmähaastatteluun. Muiden onnistuminen tai epäonnistuminen painonhallinnassa ja kokemukset niistä jäävät tässä tutkimuksessa todentamatta.

## **7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka**

Tutkimuksessamme pyrimme teemahaastattelujen avulla keräämään sellaisen aineiston, jonka pohjalta on mahdollista tehdä luotettavia päätelmiä tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi ym. 2004). Aineiston käsittelyä on ollut mahdollista toistaa ja uusia, koska se on tallennettu videonauhoille, C-kaseteille ja litteroitu kirjalliseen muotoon. Tutkimusaineistomme on koottu PPP-painonhallintaryhmistä, joihin saimme yhteyden D2D-hankkeen toimijoiden kautta. Ryhmien kotikuntaa ei valikoitu, vaan pyysimme mukaan niitä PPP-painonhallintaryhmiä, jotka olivat tutkimuksemme aikaan päättymässä. Kysyessämme ryhmänohjaajien suostumusta, saimme myönteisen vastauksen kaikilta. Koko tutkimusaika tutkimuksen aloittamisesta tutkimusraportin valmistumiseen oli noin 1,5 vuotta ja täyttäneen laadullisen tutkimuksen perusvaatimuksen riittävästä ajasta (Tuomi & Sarajärvi 2004, 139).

Tutkimusmenetelmänä käyttämämme teemahaastattelun kautta voidaan tutkia kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. Haastattelussa on keskeistä eteneminen tiettyjen keskeisten teemojen varassa haastattelurungon avulla sekä vuorovaikutus, joka koostuu ihmisten sanoista sekä niiden kielellisestä merkityksestä ja tulkinnasta. Teemahaastattelussa luodaan uusia ja yhteisiä merkityksiä (Hirsjärvi & Hurme 2004, 47-49, 66, 67, 184). Haastattelussa on keskeistä saada myös mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2004, 75).

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt saivat tietoa tutkimusaiheestamme kirjallisesti etukäteen. Tutkimuksen esittelyssä kerroimme etsivämme henkilöitä, jotka kokivat onnistuneensa painonhallintaryhmässä. Oletimme onnistumisen olevan painonlaskua tai merkittävää muutosta elintavoissa. Tutkimukseen mukaan tulleista henkilöistä kuitenkin vain muutama oli saavuttanut useamman kilon painonlaskun. Painonlaskun tuloksen kannalta asiaa arvioiden, kaikki eivät olleet

onnistuneet siinä, mutta he olivat mahdollisesti kokeneet jo ryhmään osallistumisen sinänsä ja mukana pysymisen onnistumisena.

Ryhmähaastattelun tavoitteena on olla vapaamuotoinen. Osanottajat voivat kommentoida asioita spontaanisti, tehdä huomioita ja tuottaa monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja tähän pyrimme myös omissa haastatteluissamme. Tärkeää oli kuitenkin huolehtia myös siitä, että keskustelu pysyy valituissa teemoissa ja että kaikilla osanottajilla on mahdollisuus osallistua keskustelun kulkuun. Ryhmähaastattelun etuihin kuuluu myös se, että saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta ja lisäetuna on pienemmät kustannukset verrattuna yksilöhaastatteluihin. Ryhmähaastattelun haittana mainitaan kirjallisuudessa, etteivät kaikki kutsutut tule paikalle. Tätä ongelmaa tutkimuksessamme ei kuitenkaan ollut. Ryhmähaastattelussa voi tulla esiin myös valtahierarkia, jolla on vaikutusta siihen kuka ryhmässä puhuu ja mitä. Tämä voi näkyä myös siten, että yksi tai kaksi henkilöä dominoi ryhmää (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2004, 61-63). Pyrkimyksenämme oli varmistaa haastattelutilanteessa, että jokaisella oli mahdollisuus vastata kuhunkin kysymykseen ennen kuin jatkoimme eteenpäin. Jos jokin teema herätti enemmänkin keskustelua, sen annettiin vapaasti tapahtua.

Olemme pyrkineet arvioimaan kerättyä aineistoa mahdollisimman totuudenmukaisesti ja luotettavuutta voidaan arvioida esitetyn kuvauksen perusteella. Kuvauksen kohteena olleiden haastateltujen valikoituminen tutkimukseen tapahtui luonnostaan siten, että haastatteluihin saapuivat vain ne henkilöt, jotka halusivat tulla mukaan vapaaehtoisesti kertomaan kokemuksistaan. Tämän voi tulkita niin, että haastateltu koki onnistuneensa ja valikoituminen tapahtui henkilön oman tuntemuksen mukaan. Toisaalta ne, jotka eivät tulleet haastatteluihin, saattoivat kokea ehkä jonkinasteista epäonnistumista. Haimme mukaan tutkimukseemme tietoisesti niitä henkilöitä, joilla oli kokemuksia onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä. Haastatteluissa ilmeni, että osa heistä osasi kertoa asioistaan hyvin sujuvasti ja siksi materiaalia kertyi heiltä enemmän. Valitessamme suoria lainauksia tutkimusraporttiin, huomioimme, että kaikkien mielipiteitä otettiin mukaan ja niillä on vastaavuus alkuperäisessä haastatteluaineistossa.

Tutkijatriangulaatio toteutuu kahden tutkijan toimiessa aineiston kerääjinä ja analysoijina sekä tulkitsijoina. Lisäksi koko tutkimuksen ajan kävimme lukuisia keskusteluja sekä ohjaajan että muiden tutkijoiden kanssa (vrt. Hirsjärvi ym. 2004, 218). Keskustelut syvensivät omaa ymmärrystämme ja laajensivat näkökulmia.

Tulosten siirrettävyys toiseen terveydenhuollon kontekstiin on mahdollista, sillä terveyden edistämisen vuoksi perustettu ryhmä tavoittelee muutosta entisiin elintapoihin ja tarvitsee sosiaalista tukea, kokemusta tulosten saavuttamisesta ja onnistumisen mahdollisuudesta päästäkseen esteiden kautta lopulliseen ongelman ratkaisuun ja tulosten saavuttamiseen.

Tutkimustilannetta arvioitaessa huomioitavaa on, että saimme haastatteluihimme mukaan ainoastaan naisia. Samaan ongelmaan on törmätty Dehkon 2D-hankkeessa, jossa miehet, joilla riski on suuri, näyttävät osallistuvan hankkeeseen vähemmän kuin naiset, vaikka epidemiologisesti tulisi olla päinvastoin. Tällä on vaikutusta myös tutkimuksen varmuuteen. Haastatteluissa ryhmäläiset myös kertoivat muidenkin ryhmiin osallistuneiden hyvistä tuloksista painonhallinnassa, joten ilmiöstä ja kokemuksista emme saaneet täysin kattavaa kuvausta.

Haastateltavien lukumäärä oli yhdeksän, joten osallistujien määrän ollessa näin pieni, ei tuloksia voida yleistää koskemaan suurempaa joukkoa. Toisaalta haastateltavien määrä oli riittävä siihen, että saimme kootuksi suhteellisen paljon tietoa heidän kokemuksistaan onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä. Näin ollen näiden haastateltavien kokemukset voivat olla yleistettävissä niihin kolmeen painonhallintaryhmään, joita haastateltavat edustavat (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2004). Aineistoa kolmesta haastattelusta saimme koottua yhteensä noin 135 minuuttia. Haastattelujen keston vaikutti se, että ryhmäläiset olivat keskenään tuttuja, jolloin keskustelut sujuivat vaivattomammin ja mielestämme melko avoimesti. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston tarkoituksena on kuitenkin toimia tutkijan apuna rakennettaessa käsitteellistä ymmärrystä tulkittavasta ilmiöstä (Eskola & Suoranta 2003, 62).

Eettisyyden vaatimuksen toteutuminen edellyttää aineiston käsittelyä luottamuksellisesti. Haastatteluille saimme luvat PPP-painonhallintaryhmien järjestäviltä organisaatioilta, ryhmän ohjaajilta ja jokaiselta haastatellulta henkilökohtaisesti. Aineistomme tulokset olemme pyrkineet kirjaamaan niin, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu. Myöskään tutkimuspaikkakuntia emme mainitse. Hankittu haastattelumateriaali on vain tutkijoiden henkilökohtaisessa käytössä, eikä sitä säilytetä pidempään kuin on välttämätöntä.

### 7.3 Johtopäätökset

Havaitsimme haastatteluilla tässä tutkimuksessa painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksen sosiaalisen tuen tarpeesta ja sen saamisesta, tulosten saavuttamisen mahdollisuudesta asioiden tiedostamisen kautta ja motivaation merkityksen onnistumiselle. Myös muutoksia painon suhteen oli havaittavissa, sillä yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta jokaisen painossa oli havaittavissa laskua vähintään 0,5 kg, yhden haastatellun painon pysyessä ennallaan. Haastateltujen PPP-ryhmäläisten painon kehityksessä ei ollut havaittavissa yhtä selkeitä muutoksia kuin esimerkiksi Pritchard ym. (1999) kuvaavat vuoden kestäneen painonhallintaryhmän aikana, jossa ryhmäläiset pudottivat painoaan keskimäärin 6,7 kg.

Oman tutkimuksemme mukaan haastateltujen painonhallintaryhmäläisten paino aleni keskimääräisesti noin 2,9 kg, kun mukana olivat kaikki haastateltavat. Merkittävää kuitenkin on, että jo pelkkä painon nousun pysähtyminen vaikuttaa tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin vähenemiseen ja haastatelluista yhdeksästä painonhallintaryhmäläisestä kahdeksalla näin tapahtui (vrt. Tuomilehto 2001, Aikuisten lihavuus – Käypä hoito 2006).

Osallistujat kokivat siis saaneensa ryhmästä sosiaalista tukea, mutta sitä saatiin myös ryhmän ulkopuolelta. Jos henkilö on itse motivoitunut asiaan ja hänellä on innostunut ohjaaja ryhmässään, ei ole estettä saavuttaa hyviä tuloksia painonhallinnassa. Vain ryhmän toimimattomuus, tuen puute tai voimakkaat ulkoiset tekijät voivat vähentää motivaatiota ja aiheuttaa epäonnistumista painonhallinnan tavoitteiden saavuttamisessa.

PPP-ryhmänohjausmalli käsittää 20 kokoontumiskertaa. Niin montaa kokoontumiskertaa ei kuitenkaan toteutettu kuin yhdessä ryhmässä, jonka osallistujia haastattelimme. Pitkäkestoinen ryhmä vaatii sitoutumista ryhmänohjaajalta, mutta samalla myös ryhmäläisiltä, samansuuntaiseen tulokseen ovat tulleet myös Turku & Heinonen (2005). Vaikka haastatelluissa ryhmissä ryhmän kesto oli lyhyimmillään vain 3,5 kk, tuloksia saavutettiin siitä huolimatta, joten on aiheellista olettaa, että lyhytkin intensiivisesti tapahtuva ryhmäneuvonta riittää kääntämään painon nousun laskuun, mutta jatkuvuuden suhteen on syytä miettiä uusia toimintatapoja.

Painonhallintaryhmän ohjaajan rooli on vaativa ja odotukset ohjaajaa kohtaan ovat suuria. Aika tulisi osata jakaa tasaisesti kaikkien kesken ja ohjaajan tulisi säilyttää oma johtajuus ryhmässä. Aina eivät odotukset ja vaatimukset kuitenkaan kohtaa toisiaan. Vaikka ohjaaja olikin omassa

tutkimuksessamme 'sivuroolissa', hänen vaikutuksensa tuli kuitenkin selvästi esiin keskustelujen lomassa.

Ryhmäläiset arvioivat, että he saivat ryhmässä tietoa ja se tuli pääasiassa ryhmänohjaajalta. Osa ryhmäläisistä arvioi, että ryhmänohjaaja osasi motivoida ja kannustaa heitä painonhallinnassa (vrt. Coman ym. 2002, Britt ym. 2004). Osa toivoi ryhmänohjaajan olevan jämäkämpi sekä tasapuolisempi ryhmässä, jolloin kaikilla olisi mahdollisuus tuoda asioitaan paremmin esille ryhmässä (vrt. Whitlock ym. 2002). Goldstein ym. (2004) mukaan parhaisiin tuloksiin päästäisiin juuri sillä, että kiinnitetään yhtä aikaa huomioita useisiin käyttäytymisen riskitekijöihin. Tämä toteutui ryhmässä sillä, että ohjaaja auttoi ryhmäläisiä löytämään ongelmanratkaisukeinoja painonhallinnan tueksi (vrt. Chen ym. 1998). Jokainen haastateltu piti tärkeänä sitä, että ryhmässä sai tietoa ravitsemuksesta ja että ryhmään kuului liikuntaa heidän oman tasonsa mukaan (vrt. Kesäniemi 2003). Nämä asiat ovat tavoitteena myös PPP-painonhallintaohjauksen koulutuksessa. Ryhmäläiset arvioivat hyvin vähän ryhmään liittyviä ulkoisia puitteita, joten voi olettaa, että ne olivat heidän mielestään toteutettu riittävällä tavalla.

Tutkimuksessamme esteinä painonhallinnan onnistumiselle olivat tuen puute tai oman motivaation puute. Mietittäväksi asiaksi jää asiakkaan oma tarve painonhallintaan eli valmius lähteä mukaan. Yksilön tulisi olla itse valmis hakemaan tukea painonpudotukseen ryhmän avulla. Tämä edellyttäisi asian kirjaamista ja seuraamista terveydenhuollossa. Siksi alkukeskustelu ennen painonhallintaryhmän aloittamista on tarpeen, jotta ryhmiin valikoituisivat vain ne henkilöt, jotka ovat jo valmiita muutokseen ja sopivassa vaiheessa omaksumaan uusia elintapoja. Hoitohenkilökunnan olisi tunnistettava asiakkaidensa muutosvalmius ja siihen sitoutuminen. Hyvien tulosten saamiseksi ja painonhallinnan onnistumiseksi ei kannattaisi hukata voimavaroja niihin henkilöihin, jotka eivät ole vielä itse sitoutuneita painonhallintaan tai valmiita elintapamuutoksiin. Motivaatiota tarvitaan, koska tulosten saavuttaminen vaatii muutoksia usealla tavalla elintavoissa. Muutosten tulisi olla myös pitkäjänteisiä ja tavoitteiden tulisi olla selkeästi eri osapuolten tiedossa (vrt. Lappalainen ym. 1998).

Koska terveydenhuollon voimavarat ovat rajallisia, voisi uutta jatkuvuutta tuovaa toimintatapaa etsiä esimerkiksi vertaistukiryhmistä, jotka voisivat jatkaa toimintaansa varsinaisen painonhallintakurssin jälkeen. Liittämällä riskihenkilöiden elintapamuutosten jatkuvuuden varmistamisen myös kontrollikäynteihin terveydenhoitajan vastaanotolla esimerkiksi kerran vuodessa ja dokumentoimalla sen riittävän tarkasti, olisi mahdollista saada aikaan jatkuva seuranta.

Painon ja elintapojen seurantatulosten kirjaaminen tietojärjestelmiin voisi toimia tehokkaana seurantamenetelmänä. Tällöin vuosien aikana kerätty tieto painon kehityksestä olisi käytettävissä ja tarvittaessa asiaan voitaisiin palata ja vaikuttaa, mikäli tarvetta siihen ilmenee. Motivoivan haastattelun keinot ja puuttuminen voisivat olla arkikäytäntöä terveydenhuollossa painonhallinnan suhteen.

Ryhmäläisistä useimmat olisivat toivoneet ryhmän jatkumista vielä pitempään kuin se nyt oli mahdollista ja tämä puoltaisi pitempiketoisen toiminnan järjestämistä. Toisaalta pitempään kestäneessä ryhmässä eivät tulokset oman tutkimuksemme mukaan kuitenkaan olleet millään tavalla selkeästi paremmat kuin lyhytkestoisemmissa ryhmissä. Pysyvä muutos elintavoissa on kuitenkin Prochaskan & DiClementen mukaan mahdollista saavuttaa vasta puolen vuoden kuluttua. Haastattelemissamme ryhmissä oli ryhmän kestossa suuriakin eroja. Tämä ei kuitenkaan näkynyt millään tavalla erona saavutetuissa tuloksissa (Prochaska ym. 1997).

#### **7.4 Jatkotutkimusaiheet**

Mielenkiintoista olisi tutkia mitä näille haastatetuille henkilöille kuuluu esimerkiksi kolmen tai viiden vuoden kuluttua. Ovatko elintavat muuttuneet pysyvästi ja paino pysynyt hallinnassa? Samalla voisi seurata muita terveyteen liittyviä muuttujia, kuten esimerkiksi diabeteksen sairastumisriskiä, verenpainetta tai muita mitattavia tekijöitä.

Toinen mielenkiintoinen tutkimuskohde olisi muodostaa erityinen painonhallintaryhmä, jossa pääpaino asetettaisiin alussa sitouttamiseen ja sen jälkeen asetettaisiin rohkeasti tiukat tavoitteet, jotka pyrittäisiin saavuttamaan kaikin keinoin. Ohjaus olisi sekä ryhmäohjausta, että myös riittävän yksilöllistä ajoittain, jotta jokaiselle löydettäisiin omat henkilökohtaisesti sopivat keinot ja tavat tavoitteiden saavuttamiseksi. Olisiko tällöin mahdollista saavuttaa vielä parempia tuloksia kuin nykyisillä keinoilla? Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi myös ohjaajan roolin tärkeyden tutkiminen sekä heidän omat kokemuksensa työstään.

Eräässä haastattelemassamme ryhmässä esille nousi ajatus keskustelusta psykologin kanssa. Painonhallintaa voisi tukea myös niin, että ryhmän alussa osallistujat kävisivät keskustelun siitä, mikä on ylipainon todellinen syy tai mitä on ylipainon taustalla. Näiden syiden löytyminen ja niihin vaikuttaminen voisi olla avain pysyvään painonhallintaan (vrt. Whitlock ym. 2002).

Koska miesten osuus tutkimuksessamme jäi puuttumaan, voisi olla hyvä tutkia tarkemmin niitä motivointikeinoja ja toimintatapoja, joilla heidätkin voitaisiin saada aktiivisemmin mukaan.

Painonhallintaryhmään tulijan motivaation asteen ja muutoshalukkuuden testaamiseen lienee mahdollista kehittää lomake ja asettaa tietyt kriteerit painonhallintaryhmään pääsulle, jotta terveydenhuollon rajalliset resurssit voisivat olla mahdollisimman järkevässä käytössä. Ryhmän kestolle tulisi myös asettaa tarkempi optimaalinen aika, jota noudatettaisiin yleisesti. Tämä auttaisi ryhmien vertailua keskenään paremmin.



## LÄHTEET

Aikuisten lihavuus - Käypä hoito 2006. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 10.3.2006 [viitattu 2.4.2006]. <http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=H24010#s3>

Alho M. Energistä painohallintaa. Helsingin Energia, Työterveys, 1999.

Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling* 2005;2:153-157.

Arola H. Lievästi ylipainoisen ei välttämättä kannata laihduttaa. *Sosiaalivakuutus* 2004;2:12-13.

Autio T, Kaikkonen K, Kaikkonen H, Vanhala M, Junttila H, Korpelainen R, Keinänen-Kiukaanniemi S. Laihtumisen ja liikunnan vaikutus työikäisten ylipainoisten rasva- ja sokeriainevaihduntaan. *Liikunta & Tiede* 2005;5:28.

Bangkok Charter. 2005. [WWW-dokumentti]. [viitattu 8.1.2006]. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en)

Brekke HK, Jansson PA, Mansson JE, Lenner RA. Lifestyle changes can be achieved through counseling and follow-up in first-degree relatives of patients with type 2 diabetes. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(7):835-843.

Britt E, Hudson SSM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns.* 2004;53(2):147-155.

Coman GJ, Evans BJ, Burrows GD. Group counselling for problem gambling. *British Journal of Guidance & Counselling.* 2002;30(2):145-158.

Chen M, Noosbond JP, Bruce MA. Therapeutic Document in Group Counseling: An Active Change Agent. *Journal of Counseling & Development.* Fall 1998;76:404-411.

Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction. *JAMA* 2005;5:293(1):43-53.

Davey Smith G, Bracha Y, Svendsen KH, Neaton JD, Haffner SM, Kuller LH. Incidence of type 2 diabetes in the randomized multiple risk factor intervention trial. *Ann Intern Med.* 2005;142(5):313-322.

De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, Ebrahim S, Faergeman O, Graham I, Mancina G, Manger Cats V, Orth-Gomer K, Perk J, Pyörälä K, Rodicio JL, Sans S, Sansoy V, Sechtem U, Silber S, Thomsen T, Wood D. Eurooppalainen suositus Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkäriyössä. *SLL* 2004;20:2120-2128.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere: Gummerus Kirjapaino Oy, 2000.

Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med*, 2002;346:393-403.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2003.

Ewles L, Simnett I. Terveiden edistämisen opas. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Keuruu 1995. Suomennettu alkuperäisteoksesta: *Promotion Health - Practical Guide. New-Revised-Enlarged Second Edition* 1992.

Fogelholm M. Ruokailumuutosten tukeminen lihavuuden hoidossa. Teoksessa Fogelholm M (toim.) *Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari*. Tammer-Paino Oy. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, Palmenia-kustannus, 2001:51-68.

Fogelholm M. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I (toim.) *Terveysliikunta*. UKK-instituutti. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 2005:82-92.

Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple Behavioral Risk Factor Interventions in Primary Care. Summary of Research Evidence. *Am J Prev Med* 2004;27(2S):S61.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B13/2004. Kansanterveyslaitos. Helsinki; 2005.

Heliövaara M. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa *Lihavuus painavaa asiaa painosta*. Konsensuskokous 2005. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. 2005:31-35.

Hiilloskorpi H, Kukkonen-Harjula K, Mänttari A, Pasanen M, Laukkanen R, Suni J, Fogelholm M, Parkkari J. Terveysliikuntasuositus toimii kävelyharjoittelu ohjauksessa 50-60-vuotiailla naisilla. *Liikunta & Tiede* 2004;4:34.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2004.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004.

Jakarta Declaration. 1997. [WWW-dokumentti]. [viitattu 21.8.2005]. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf)

Kesäniemi A. Millainen liikunta edistää terveyttä? *Duodecim* 2003;119(19):1819-22.

Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education and Counseling* 2005;12.

Kukkonen-Harjula K. Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teoksessa Fogelholm M, Vuori I ym. (toim.) *Terveysliikunta*. UKK-instituutti. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 2005:93-103.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999;1:3-12.

Laaksonen DE. Elämäntavat ja diabeteksen ehkäisy. SLL 2004;15-16:1669-1671.

Laaksonen DE, Lindström J, Lakka TA, Eriksson JG, Niskanen L, Wikström K, Aunola S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Valle T, Ilanne-Parikka P, Louheranta A, Hämäläinen H, Rastas M, Salminen V, Cepaitis Z, Hakumäki M, Kaikkonen H, Härkönen P, Sundvall J, Tuomilehto J, Uusitupa M. Physical Activity in the Prevention of Type 2 Diabetes: the Finnish diabetes prevention study. Diabetes 2005;54(1):158-65.

Lappalainen R, Koikkalainen M. Terveysneuvonta –mistä se on kiinni? SLL 1998;26:2851-2853.

Lihavuus painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 2005. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. 2005.

Mustajoki P. Yksilöllinen painonhallinta. Juva: WSOY, 1999.

Mustajoki P. Lihavuus ja diabetes. Liikunta & Tiede 2004;4:19.

Niemistö R. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere: Tammer-Paino, 1999.

Nupponen R. Ravitsemuskasvatus terveyden edistämiseksi. Teoksessa Fogelholm M (toim.) Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari. Tammer-Paino Oy. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, Palmenia-kustannus, 2003:15-31.

Ottawa Charter. 1986. [WWW-dokumentti].[viitattu 21.8.2005].  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Pan XR, Yang WY, Li GW, Liu J. Prevalence of diabetes and its risk factors in China 1994. National Diabetes Prevention and Control Cooperative Group. Diabetes Care 1997;20, 11:1664-1669.

Parchman ML, Arambula-Solomon TG, Noel PH, Larme AC, Pugh JA. Stage of change advancement for diabetes self-management behaviors and glucose control. Diabetes Educ. 2003;29(1):128-34.

Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T, Saarikoski L, Sundvall J, Tuomilehto J. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiainevaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. SLL 2006;3:163-170.

Pignone MP, Ammerman A, Fernandez L, Orleans CT, Pender N, Woolf S, Lohr KN, Sutton S. Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Am J Prev Med. 2003;24(1):75-92.

Poskiparta M. Reflektiiviset kysymykset terveysneuvonnassa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1996;33:91-97.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 1997.

Pritchard DA, Hyndman J, Taba F. Nutritional counselling in general practice: a cost effective analysis. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(5):311-6.

Prochaska JO, Redding CO, Evers KE: The transtheoretical model and stages of change. Teoksessa Glanz K, Lewis FM, Rimmer BK. *Health Behaviour and Health Education, Theory, Research and Practice*. 2nd edition. San Francisco. (Kalif.) Jossey Bass, 1997;60-84.

Pyykkö M. Sanoista tekoihin. *Promo* 2005;38:2.

Rehunen S. *Terveys ja liikunta*. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino, 1997.

Reunanen A. Suomalaisen diabeteksen harvinaisuudesta kansansairaudeksi. *Diabetes ja lääkäri* 2004;6:6-11.

Saaristo T. Lihavuuden ehkäisy ja terveydenhuolto. Teoksessa *Lihavuus painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 2005*. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. 2005;129-143.

Saaristo T. Dehkon 2D-hanke käynnissä – syntykö eväitä diabeteksen ehkäisyyn? *SLL* 2006;3:159-160.

Schwab U. *Kolesterolia alentava ruokavalio. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry:n julkaisuja*, 2002.

Shemeikka S. Terveystottumusten muutosta tukeva neuvonta. Teoksessa Aro A, Mutanen M, Uusitupa M (toim.) *Ravitsemustiede*. Helsinki: Duodecim, 1999:343-353.

STM 2000. *Terveysliikunnan paikalliset suositukset*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1. Helsinki: Edita, 2000.

STM 2001. *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita, 2001.

STM 2002. *Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista*. Sosiaali- ja terveysministeriön esite 2002:2. Edita. Helsinki, 2002.

STM 2005. *Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 13.5.2005 [viitattu 28.8.2005]. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/terveysprojekti.htm>

*Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon*. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy, 2005.

Suomen Diabetesliitto ry 2006. *Painonhallintakoulutus*. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 23.6.2005 [Viitattu 8.8.2005.] [http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli\\_id=317](http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=317)

*Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi*. Projektisuunnitelma 2003-2007. Suomen Diabetesliitto ry. Jyväskylä: Painoporras Oy, 2004.

Tuomi J, Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004.

Tuomilehto H. Lihavuus ja obstruktiivinen uniapnea. Teoksessa Lihavuus painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 2005. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. 2005;41-45.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in lifestyle among subjects with Impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 344:1343-1349, 2001.

Turku R, Heinonen L. Pieni Päätös Päivässä –projektin seurantatutkimus. Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset. Dehko-raportti 2005:7. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere. 2005.

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010. Väestöstrategia. Suomen Diabetesliitto ry. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy, 2003.

Vainio H. Ylipainolla yhteys syöpään. Teoksessa Lihavuus painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 2005. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. 2005:37-39.

Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen H, Salomaa V, Jousilahti P, Sundvall J, Salminen M, Männistö S, Valsta L. Suomalaisten sydän- ja verisuonitautien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982-2002. *SLL* 2003;41: 4099-4106.

Vertio H. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2003.

Vuori I. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. Terveystoiminnan opas. Tampereen Yliopistopaino. Tampere: UKK-instituutti, 2000.

Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T, Kasila K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & Tiede* 2004;6:81-87.

Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267-84.

WHO. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease. WHO Technical Report Series 916. Geneva, 2003.

Winell K, Reunanen A. Diabetesbarometri 2005. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry, Kirjapaino Hermes, 2006.

## **LIITTEET**

Liite 1	Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake
Liite 2	Tutkimuslupa-anomus organisaatiolle
Liite 3	Kysymykset ryhmänvetäjälle
Liite 4	Yhteenveto ryhmistä
Liite 5	Painonhallintaryhmän ohjaajan suostumus
Liite 6	Tiedote painonhallintaryhmäläiselle
Liite 7	Ryhmähaastatteluun tulevan esitiedot
Liite 8	Painonhallintaryhmään osallistuneen suostumus
Liite 9	Ryhmähaastattelun kysymykset teemoittain



## Tuijota omaan napaasi

### Testaa riskisi sairastua tyypin 2 diabetekseen

Tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes on vakava ja perinnöllinen sairaus, jonka puhkeamiseen elintavat vaikuttavat merkittävästi. Liikapaino, etenkin vyötärölihavuus, vähäinen liikunta, väärät ruokatottumukset ja tupakointi lisäävät sairastumisriskiä.

Oman sairastumisriskisi voit arvioida helposti riskitestillä.

#### 1. Ikä

- Alle 45 v. (0 p.)
- 45 – 54 v. (2 p.)
- 55 – 64 v. (3 p.)
- Yli 64 v. (4 p.)

#### 2. Painoindeksi

([Laske oma painoindeksisi](#))

- Alle 25 kg/m<sup>2</sup> (0 p.)
- 25 – 30 kg/m<sup>2</sup> (1 p.)
- Yli 30 kg/m<sup>2</sup> (3 p.)

#### 3. Vyötärön ympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

MIEHET      NAISET

- Alle 94 cm    Alle 80 cm    (0 p.)
- 94 – 102 cm    80 – 88 cm    (3 p.)
- Yli 102 cm    Yli 88 cm    (4 p.)

#### 4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?

- Kyllä (0 p.)
- Ei (2 p.)

#### 5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?

Päivittäin (0 p.)

Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)

**6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?**

En (0 p.)

Kyllä (2 p.)

**7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**

Ei (0 p.)

Kyllä (5 p.)

**8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**

Ei (0 p.)

Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)

Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)

Laske

Tyhjennä

**Riskipisteitä yhteensä**

**Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on**

<input type="checkbox"/>	<b>alle 7</b>	<b>Pieni:</b> arviolta yksi sadasta sairastuu
<input type="checkbox"/>	<b>7 – 11</b>	<b>Jonkin verran lisääntynyt:</b> arviolta yksi 25:stä sairastuu
<input type="checkbox"/>	<b>12 – 14</b>	<b>Kohtalainen:</b> arviolta joka kuudes sairastuu
<input type="checkbox"/>	<b>15 – 20</b>	<b>Suuri:</b> arviolta joka kolmas sairastuu
<input type="checkbox"/>	<b>yli 20</b>	<b>Hyvin suuri:</b> arviolta puolet sairastuu





## **MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?**

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät: liikapaino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyyppin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohtuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetesriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset kovat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyyppin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita.

### **Jos sait testissä 7–14 pistettä**

- Sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä.
- Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

### **Jos sait testissä 15–20 pistettä**

- Hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

### **Jos sait testissä yli 20 pistettä**

- Hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

*Tyyppin 2 diabeteksen riskitesti on Diabetesliiton julkaisema (10/2001) ja sen ovat suunnitelleet professori Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta ja ETM Jaana Lindström Kansanterveyslaitokselta. Testi perustuu laajaan tutkimusaineistoon.*

## **PAINOINDEKSI**

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi 25,7 ( $70 / 1,65 \times 1,65 = 25,7$ ).

Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

(Lähde: <http://www.diabetes.fi/testit/riskitesti/>)

**Terveydenhuollon kuntayhtymä  
Johtoryhmä**

Anomme kohteliaimmin lupaa haastattelututkimuksen suorittamiseen terveyskeskuksen painonhallintaryhmästä liittyen pro gradu-tutkielmaamme.

Opiskelemme Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksella ja pääaineenamme on terveyskasvatus. Teemme pro gradu-tutkielmaa aiheesta ”Kokemuksia painonhallinnan onnistumisesta ryhmässä”. Haluaisimme haastatella painonhallintaryhmässä onnistuneita ryhmäläisiä pienryhmähaastatteluin kevään 2005 aikana. Haastattelujen tarkoituksena on löytää niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat painonhallinnassa onnistumiseen. Koottu aineisto analysoidaan keskusteluanalyysin (lisäksi voidaan käyttää muita laadullisia menetelmiä tarvittaessa) kautta.

Olemme saaneet ryhmänohjaajan/terveydenhoitajan suostumuksen haastatella hänen ohjaamaansa painonhallintaryhmää. Haastattelut toteutettaisiin 3-4 henkilön ryhmähaastatteluilla kevään 2005 aikana. Ryhmähaastattelu kestää noin tunnin ja se nauhoitetaan sekä videoidaan. Tutkimukseen osallistuminen on haastateltaville täysin vapaaehtoista. Haastatteluissa kerättyä materiaalia käytetään ainoastaan opiskelumme liittyvään pro gradu-tutkimukseen ja siihen liittyviin julkaisuihin. Tutkimuksemme suunniteltu valmistumisaika on marraskuussa 2005.

Tutkimuksemme ohjaajana toimii dosentti, FT, KM Marita Poskiparta ([marita.poskiparta@sport.jyu.fi](mailto:marita.poskiparta@sport.jyu.fi)) Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitokselta.

Jyväskylässä 22.2.2005

---

Eeva-Liisa Kovanen  
*tutkijoiden yhteystiedot*

---

Kati Multanen  
*tutkijoiden yhteystiedot*

Tutkimuslupa myönnetty: \_\_\_\_\_  
Paikka ja aika

---

Allekirjoitus

**Kysymykset ryhmänvetäjälle**

Nimi:

Koulutus/Ammatti:

Milloin ryhmä alkoi?

Entä milloin se päättyi?

Kuinka usein se kokoontui?

Kuinka monta ryhmässä aloitti?

Oliko ryhmässä keskeyttäneitä vai jatkoivatko kaikki ryhmässä loppuun saakka?

Miten henkilöt valikoituivat ryhmään?

Jako sukupuolen mukaan: Montako miestä ja naista?

Ikäjakama: \_\_\_\_-\_\_\_\_ vuotta.

Mitä tavoitteita ryhmällä oli ennakkoon ja kuka asetti nämä tavoitteet?

Mitä alkumittauksia ennen ryhmää tehtiin?

Kuka määritteli nämä alkumittaukset?

Miten tavoitteet saavutettiin?

Oletko vetänyt ryhmiä aiemmin? kyllä en

Jos vastasit kyllä, niin poikkesiko tämä ryhmä jotenkin aikaisemmista ryhmistä?

**Liite 4****YHTEENVETO RYHMISTÄ:**

Ryh- mä	Valikoituminen ryhmään	Ryhmän koko	Osallistujien sukupuoli Miehet/Naiset	Keskeyt- täneitä	Haastatellut	Ryhmän toiminta- aika	Kokoontu- miskerrat	Ryhmän ikä- jakauma
R1	Suuri diabetes- riski (>15 pist.) BMI >30	14	3/ 11	1	4	26.1.04- 9.3.05	20	46-68
R2	Terveystoimen- suoitus ja lääkäri suositellut	14	3/ 11	3	3	14.9.04- 4.1.05	10	37-63
R3	BMI >30 Verenpaine koholla/ MBO tai todettu diabetes	12	2/ 10	3	2	10.1.05- 25.4.05	13	30-70
Yht. 3		40			9			

**PAINONHALLINTARYHMÄN OHJAAJAN SUOSTUMUS**

Osallistuessani painonhallintaryhmässä onnistuneiden kokemuksia selvittävään tutkimukseen

”Kokemuksia painonhallinnan onnistumisesta ryhmässä”,

minä \_\_\_\_\_

annan luvan käyttää antamiani tietoja ryhmän toiminnasta. (Liitteenä ’Kysymykset ryhmänvetäjälle’ ja ’Ryhmähaastatteluun tulevan esihaastattelu’.)

Tutkimukseen osallistuvia sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus. Haastattelutietoja säilytetään kunnes niistä ei ole enää saatavissa tutkimuksellisesti merkittävää tietoa.

\_\_\_\_\_  
Paikka ja aika

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

## **HYVÄ PAINONHALLINTARYHMÄÄN OSALLISTUJA**

Olet osallistunut talven 2004-2005 aikana painonhallintaryhmään. Jos olet onnistunut saavuttamaan ryhmässä itsellesi asettamasi tavoitteen, olisimme kiinnostuneita kuulemaan kokemuksiasi onnistumisesta painonhallinnassa.

Opiskelemme Jyväskylän yliopiston Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa, Terveystieteiden laitoksella ja pääaineenamme on terveystieteiden kasvatustieteet. Teemme pro gradu-tutkimusta aiheesta 'Kokemuksia painonhallinnan onnistumisesta ryhmässä'. Tutkimuksemme ohjaajana toimii dosentti, FT, KM Marita Poskiparta Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitokselta.

Tutkimuksemme liittyy painonhallintaryhmissä onnistumisen kokemiseen ja tarkoituksenamme on etsiä niitä tekijöitä, jotka ovat kaikkein merkityksellisimpiä painonhallinnassa ja auttavat tavoitteiden saavuttamisessa. Tutkimuksen tuloksia käytetään vain tässä pro gradu-tutkimuksessa sekä siihen liittyvissä julkaisuissa. Osallistumalla haastatteluun olet mukana kehittämässä painonhallintaryhmien toimintaa jatkossa.

Tutkimukseen liittyvä haastattelu toteutetaan pienissä 3-4 henkilön ryhmissä. Haastattelun kesto on noin tunti. Haastattelu äänitetään kasetille myöhempää tarkastelua varten. Lisäksi haastattelu kuvataan videolle hieman kauempaa niin, että voimme tarvittaessa tulkintoja tehdessä erottaa eri henkilöiden puheenvuorot toisistaan. Ennen ryhmähaastattelua teemme yksilöhaastattelun, joka kestää noin 5-10 minuuttia.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja siitä on mahdollista kieltäytyä missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tutkimuksen toteuttamisesta ei aiheudu siihen osallistuville kustannuksia. Kaikkia tutkimukseen osallistuvia sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus eikä henkilöllisyyttä paljasteta missään tutkimustulosten käsittely- tai raportointivaiheessa. Osallistuessanne tutkimukseen, pyydämme teiltä kirjallisen luvan haastattelujen nauhoittamiseen ja videointiin.

Lisätietoja saatavissa tutkimuksen tekijöiltä.

Eeva-Liisa Kovanen  
Terveystieteiden yo  
*Tutkijoiden yhteystiedot*

Kati Multanen  
Terveystieteiden yo  
*tutkijoiden yhteystiedot*

**Ryhmähaastatteluun tulevan esitiedot**

Nimi: \_\_\_\_\_

Ikä: \_\_\_\_\_

Sukupuoli: nainen mies

Pituus: \_\_\_\_\_cm

Paino ryhmään tullessa: \_\_\_\_\_ kg

Paino ryhmän päättyessä: \_\_\_\_\_ kg

Muut mittaukset, joita tehtiin: \_\_\_\_\_

Muutokset näissä muissa mittaustuloksissa : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miten päädyit ryhmään mukaan? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuinka monta kertaa olit mukana ryhmän kokoontumisissa: \_\_\_\_\_kertaa.

Mistä Sinut voi tavoittaa, jos tulee lisäkysymyksiä: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**PAINONHALLINTARYHMÄÄN OSALLISTUNEEN SUOSTUMUS**

Osallistuessani painonhallintaryhmässä onnistuneiden kokemuksia selvittävään tutkimukseen ”Kokemuksia painonhallinnan onnistumisesta ryhmässä”,

minä \_\_\_\_\_

annan luvan nauhoittaa ja videoida kauempaa itseni ja ryhmäni muiden jäsenten välisen ryhmähaastattelun sekä käyttää tutkimuksessa ohjaajan antamia esitietoja ryhmän toiminnasta (Liite: 'Kysymykset ryhmänvetäjälle').

Näitä aineistoja käytetään pro gradu- työn tutkimusaineistona sekä siihen liittyvissä julkaisuissa. Tutkimukseen osallistuvia sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus. Kyselylomakkeita, kuva- ja haastattelunauhoja säilytetään kunnes niistä ei ole enää saatavissa tutkimuksellisesti merkittävää tietoa. Tutkimuksesta ei aiheudu minulle kustannuksia. Anonymiteettini taataan kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

---

Paikka ja aika

---

Allekirjoitus

## **Ryhmähaastattelun kysymykset teemoittain:**

### **Ryhmän taustaa**

Miten tulitte mukaan ryhmään (jokainen voi kertoa lyhyesti)?

Oletko ollut aiemmin muissa painonhallintaryhmissä?

### **Painonhallinnan tavoitteet**

Mikä oli tavoitteesi tullessasi ryhmään?

Oliko muita tavoitteita kuin painon pudotus?

Muuttuiko tavoite ryhmän edetessä?

Miten tavoitteen saavuttamista seurattiin?

Kerro, mikä auttoi parhaiten tavoitteen saavuttamisessa (=painon pudotuksessa)?

Mikä muu auttoi?

Oliko vaikeuksia pitää itselle asetetut tavoitteet?

Miten repsahduksiin/ongelmatilanteisiin sai tukea?

### **Ryhmän merkitys**

Mikä merkitys ryhmällä oli tavoitteen saavuttamisessa?

Entä mistä muualta sait tukea?

Mikä oli ryhmässä parasta?

Mitä ryhmän toiminnassa olisi voinut olla toisin?

### **Elämäntavat painonhallinnassa:**

Muuttuivatko elämäntavat, kuten esimerkiksi liikunta ja ruokailu ryhmässä ollessasi?

Miten muutosta tuettiin?

Mitä uutta tietoa sait ryhmässä?

Saitko riittävästi tietoa painonhallinnasta?

(Oliko jokin asia mikä vaikeutti tavoitteesi saavuttamista?)

### **Tuleva toiminta:**

Oletko tyytyväinen saavuttamaasi tulokseen?

Mikä on tavoitteesi jatkossa painonhallinnan suhteen?

Oliko tämä painonhallintaryhmä erilainen kuin muut ryhmät, joihin olette osallistunut?