

**NEUVOJEN ANTAMINEN JA
VASTAANOTTAMINEN TYYPIN 2
DIABETEKSEN EHKÄISYSSÄ JA HOIDOSSA
KÄYTETYSSÄ RAVITSEMUSNEUVONNASSA**

Riikka Pääkkönen
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Terveyskasvatus
Pro Gradu-tutkielma
Kevät 2006

TIIVISTELMÄ

Neuvojen antaminen ja vastaanottaminen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa käytetyssä ravitsemusneuvonnassa

Riikka Pääkkönen

Jyväskylän yliopisto
Liikuta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos, 2006
Pro Gradu-tutkielma, 62 s.

Tutkimuksessa tarkastellaan videoidun aineiston avulla millaisia neuvoja ravitsemusterapeuttien ja asiakkaiden väliset neuvontakeskustelut sisältävät, kun kyseessä on tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon kohdistuva ravitsemusneuvonta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kenen aloitteesta neuvontajaksoihin päädytään sekä millaisia aiheita erilaiset neuvot käsittelevät. Lisäksi halutaan selvittää, miten neuvoihin vastataan sekä onko neuvon antamisen tavalla yhteys neuvon vastaanottamiseen.

Tutkimuksen aineisto on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen tyypin 2 diabetesneuvonnan seurantatutkimusaineistoa, joka on kerätty vuosina 2000–2002 perusterveydenhuollossa. Tämän tutkimuksen aineisto koostuu kahdeksasta ravitsemusterapeutin ja asiakkaan välisestä videoidusta ja litteroidusta neuvontakeskustelusta. Neuvoiksi on määritelty ne puheenvuorot, joissa ravitsemusterapeutti suosittelee asiakkaalle tietynlaista, nykyisestä tavasta jollain muotoa poikkeavaa toiminnan suuntaa. Neuvot laskettiin jokaisen asiakkaan osalta määrällisesti sekä jaoteltiin eri luokkiin. Lisäksi osa neuvontajaksoista analysoitiin keskusteluanalyysin mukaisesti.

Aineiston 135 neuvosta oli löydettävissä sekä asiakaslähtöisiä (60 kpl) että ravitsemusterapeuttilähtöisiä (75 kpl) neuvoja. Asiakaslähtöiset neuvot jaoteltiin aineistolähtöisesti neuvon asiakkaan pyytämänä sekä asiakkaan itse antamaan neuvon. Ravitsemusterapeuttilähtöisiä neuvoja olivat askelittainen siirtymä neuvon, neuvon antaminen informaation pohjalta sekä neuvon antaminen irrallisena. Neuvon vastaanottamisesta löytyi neuvon merkittyä ja merkitsemätöntä vastaanottoa sekä neuvon torjumista.

Tutkimuksen tulosten mukaan tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä käytetty ravitsemusneuvonta sisältää runsaasti eri tavoin rakentuvia ja eri aihealueita käsitteleviä neuvoja, jotka otetaan vastaan eri tavoin. Lisäksi tulokset osoittavat, että neuvontatilanteet ovat yksilöllisiä. Neuvon vastaanottamisen kannalta ei ollut oleellista, päädyttiinkö neuvon asiakas- vai ravitsemusterapeuttilähtöisesti. Neuvon hyväksyminen edellytti kuitenkin asiakkaan oman mielipiteen ja näkemyksen huomioimista. Neuvon antaminen irrallisena todettiin neuvon vastaanottamisen kannalta epäsuotuisammaksi tavaksi. Erityyppiset neuvot poikkesivat toisistaan sisällöiltään. Asiakkaat toivat joissain tilanteissa esiin myös kokemiaan ongelmia ruokailutottumusten muuttamisessa, mutta niiden käsittely jäi osittain puutteelliseksi. Tämän tutkimuksen mukaan neuvojen antamisen tavalla ja asiakkaan huomioimisella voidaan ainakin osittain vaikuttaa ravitsemusneuvonnan tavoitteiden toteutumiseen.

Avainsanat:

Ravitsemusneuvonta, tyypin 2 diabetes, vuorovaikutus, asiakas, ravitsemusterapeutti

ABSTRACT

Advice giving and reception in dietary counselling of patients with type 2 diabetes

Riikka Pääkkönen

University of Jyväskylä
Faculty of Sport and Health Sciences
Department of Health Sciences
Health Education, 2006
Master's thesis, 62 p.

This thesis examines the types of advice given by nutrition therapists with regards to prevention and treatment of type 2 diabetes. The study is based on actual videotaped discussions between nutrition therapists and their patients. The object of the study is to clarify who takes the initiative in defining the counselling period and into which topics the different advice focuses on. The study also investigates responses to the advice, and aims to find out whether the manner of giving the advice is connected to receiving it.

The research material is part of the Department of Health Sciences at the University of Jyväskylä follow-up research material on type 2 diabetes counselling. It has been gathered from Finnish primary health care system between the period of 2000 and 2002. The research material consists of eight videotaped and transcribed meetings with patients and nutrition therapists. Advice is defined as those parts of the speeches in which the nutrition therapists recommend customers actions that differ from the customers' current behavioural patterns. The number of advice given was calculated, and separate classes of advice were identified. A part of the counselling periods were analysed based on conversation analysis.

Of the 135 pieces of advice included in the material, 60 were initiated by the patients and 75 by the nutrition therapists. Patient-initiated advices were divided further into the advice that the customer asks from the therapist, and to the advice that the customer gives to him-/herself. Nutrition therapist-initiated advices were divided into three categories: stepwise entry to advice, information based advice and advice given separately from the context. Also, three ways of advice reception were identified: marked reception, unmarked reception and rejection.

The results of the study indicate, that dietary counselling used in prevention and treatment of type 2 diabetes includes variable advice that differ from one another in form and subject. Furthermore, the advice is received in different ways. The results also indicate that counselling situations are clearly individual. The reception of advice did not depend on whether the advice was initiated by the customer him-/herself or by the nutrition therapist. The acceptance of advice did, however, require taking the customers' own opinions and viewpoints into account. When it comes to advice reception, the results also show that the least efficient way is to give advice separately from the context. Different types of advice varied also in context. Patients brought forward also the difficulties that they had experienced in changing their diet, but these issues were partly insufficiently processed. According to this study the goals of nutrition therapy can be achieved at least partly by using appropriate ways of advice giving.

Key words:

Dietary counselling, type 2 diabetes, interaction, patient, nutrition therapist

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TYYPIN 2 DIABETES TERVEYSNEUVONNAN HAASTEENA.....	3
3 RAVITSEMUSNEUVONTA OSANA TERVEYSNEUVONTAA.....	5
3.1 RAVITSEMUSNEUVONNAN SISÄLTÖ TYYPIN 2 DIABETEKSEN HOIDOSSA JA EHKÄISYSSÄ	6
3.2 RAVITSEMUSNEUVONNAN HAASTEET	8
4 NEUVON RAKENTUMINEN RAVITSEMUSNEUVONNASSA	11
4.1 RAVITSEMUSNEUVONNAN KULKU	11
4.2 NEUVON PÄÄTYMINEN	13
4.3 NEUVON ANTAMINEN JA VASTAANOTTAMINEN	15
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
6 TUTKIMUSAINEISTO JA SEN ANALYYSI	20
7 TUTKIMUSTULOKSET	22
7.1 NEUVON ANTAMINEN	22
7.1.1 <i>Neuvo asiakkaan pyytämänä</i>	23
7.1.2 <i>Asiakkaan itse antama neuvo</i>	25
7.1.3 <i>Askelittainen siirtymä neuvon</i>	26
7.1.4 <i>Neuvon antaminen informaation pohjalta</i>	30
7.1.5 <i>Neuvon antaminen irrallisena</i>	32
7.2 NEUVON VASTAANOTTAMINEN.....	35
7.2.1 <i>Merkitty hyväksyminen</i>	37
7.2.2 <i>Merkittämätön vastaanotto</i>	40
7.2.3 <i>Neuvon torjuminen</i>	42
8 POHDINTA.....	44
8.1 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO	44
8.1.1 <i>Neuvon antaminen</i>	45
8.1.2 <i>Neuvon vastaanottaminen</i>	47
8.2 TUTKIMUSMENETELMÄN ARVIOINTI	48
8.3 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISIDEAT.....	50
8.4 JATKOTUTKIMUSHAASTEET	53
LÄHTEET.....	54

1 JOHDANTO

Diabetes on yksi aikamme taloudellisesti kalliimmista ja terveydenhuoltoa eniten kuormittavimmista kroonisista sairauksista, joka lisääntyy epidemiologisten tutkimusten mukaan nopeasti ympäri maailmaa (King ym. 1998, Saraheimo & Kangas 2003). Puutteellisesti hoidettu diabetes voi aiheuttaa vakavia, diabeetikon elämänlaatua huomattavasti heikentäviä sekä hoidoltaan kalliita lisäsairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia sekä munuais- ja silmäsairauksia (King ym. 1998, Fox & Kilvert 2003). Vuonna 2004 Suomessa oli noin 220 000 diabeetikkoa, joista 190 000 sairasti tyypin 2 diabetesta (Saraheimo & Kangas 2003, Suomen Diabetesliitto 2005). Lisäksi uusimpien arvioiden mukaan lähes saman verran henkilöitä sairastaa tietämättään oireetonta, aiemmin tunnistamatonta tyypin 2 diabetesta (Peltonen ym. 2006).

Elintapojen muutoksilla on useissa tutkimuksissa todettu olevan merkitystä tyypin 2 diabeteksen ennalta ehkäisyssä ja hoidossa (Diabetes Prevention Program 1999, Tuomilehto ym. 2001, Diabetes Prevention Research Group 2002). Elintapojen muutoksista puhuttaessa ravitsemuksen osuus korostuu, koska liikapaino ja vyötärölihavuus ovat merkittäviä riskitekijöitä taudin puhkeamisen kannalta (Peltonen ym. 2006). Laihduttamisella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia glykeemiseen kontrolliin, dyslipidemiaan ja verenpaineeseen. Painon pudotuksella on myös todettu olevan merkitystä diabeetikoiden kuolleisuuden pienenemisessä (Williamson ym. 2000). Vaikka suomalaisten ravitsemustottumukset ovat muuttuneet viimeisten kymmenien vuosien aikana, lihavuus on lisääntynyt. Työn kevyen kuormittavuuden ja vähäisen arkiliikunnan vuoksi energiatase pysyy kuitenkin positiivisena (Maa- ja metsätalousministeriö 2003).

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa korostuu tehokas itsehoito, joka tarvitsee usein tuekseen elintapojen muutoksiin tähtäävää neuvontaa ja ohjausta. Ravitsemus- ja liikuntaneuvontaan perustuvilla elämäntapamuutoksilla on kyetty vähentämään sairastuvuutta tyypin 2 diabetekseen jopa lähes 60 % (Tuomilehto ym. 2001, Brekke ym. 2003). Neuvonnan sisällöstä on saatavilla runsaasti tietoa ja havaintomateriaalia. Neuvonnan rakenteella eli tavalla, jolla neuvon antaja kohtaa asiakkaansa ja kuuntelee häntä, on vähintään yhtä suuri merkitys haluttujen tavoitteiden saavuttamisessa kuin itse neuvon sisällöllä. Usein parhaisiin tuloksiin neuvonnassa päästään, kun neuvonta on motivoivaa sekä tukee asiakkaan

itseääräämisoikeutta (kts. esim. Watanabe ym. 2003). Aina vastavuoroinen neuvontakeskustelukaan ei johda automaattisesti onnistuneeseen itsehoitoon (Kettunen ym. 2004). Tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä neuvonnan haasteeksi muodostuu erityisesti se, että neuvottavat eivät useinkaan koe eivätkä tunnista sairaudestaan aiheutuvia oireita (Kettunen ym. 2004). Jokainen neuvontatilanne on sekä sisällöltään että rakenteeltaan yksilöllinen. Neuvojen antaminen ja niiden muotoilu riippuvat kyseisestä vuorovaikutustilanteesta sekä neuvon tarkoituksesta. Myös neuvontatilanteiden osapuolien persoonallisuudella sekä puhetavalla on merkitystä neuvojen rakentumiselle (Sorjonen 2001).

Tämän kvalitatiivisen vuorovaikutustutkimuksen tarkoituksena on tarkastella ravitsemustottumuksiin liittyvien neuvojen antamista ja vastaanottamista. Tutkimusaineiston neuvontatilanteissa kohtaavat ravitsemusterapeutit ja asiakkaat, joilla on diagnosoitu tyypin 2 diabetes tai jotka ovat korkeassa riskissä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Useissa tutkimuksissa liittyen tyypin 2 diabeetikoiden elintapojen muutoksiin kuvaillaan tavallisesti ammattihenkilön ja asiakkaan välisten tapaamisten määrää sekä käytetään eri mittareita (esim. kehon paino) mittaamaan tapahtunutta muutosta (kts. Tuomilehto ym. 2001). Vuorovaikutuksen sekä keskustelun sisällön ja luonteen analysointi on usein jäänyt vähemmälle. Tehokkaiden työkäytäntöjen kehittäminen tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemusneuvontaan edellyttää lisää tutkimustietoa neuvontatilanteen vuorovaikutuksesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Tämän tutkimuksen tärkeimpänä tavoitteena on selvittää, miten ja kenen aloitteesta neuvon antaminen rakentuu ja millä tavoin asiakkaat ottavat vastaan eri tavoin rakentuneet ja muodostuneet neuvot.

2 TYYPIN 2 DIABETES TERVEYSNEUVONNAN HAASTEENA

Vuoteen 2010 mennessä tyypin 2 diabeetikoiden määrän on arvioitu lisääntyvän maassamme noin 70 prosentilla, jolloin diabeetikoiden kokonaismäärä ylittää 300 000 (Suomen Diabetesliitto 2005). Maailmanlaajuisesti tyypin 2 diabeetikoiden määrän ennustetaan kasvavan 333 miljoonaan vuoteen 2025 mennessä. Tärkeimmät syyt taudin yleistymiseen ovat liikapainon yleistyminen, liikunnan puute ja väestön ikärakenteen muutos (King ym. 1998, Fox & Kilvert 2003, Saraheimo & Kangas 2003, 11, Suomen Diabetesliitto 2004). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ohella myös tehostetulla hoidolla on suuri merkitys liitännäissairauksien ja komplikaatioiden ehkäisyssä. Huono hoitotasapaino aiheuttaa terveydenhuollolle merkittäviä lisäkustannuksia. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuoden 1997 toteutuneessa tilinpäätöksessä komplisoitunutta tyypin 2 diabetesta sairastavien hoito tuli yli 24 kertaa kalliimmaksi kuin komplisoitumatonta tautia sairastavien hoito. Näin ollen diabeteksestä aiheutuneet lisäkustannukset olivat noin kuusi prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. (Kangas 2001 & 2004.)

Useissa viimeaikaisissa tutkimuksissa (Diabetes Prevention Program 1999, Tuomilehto ym. 2001, Watanabe ym. 2003) on osoitettu yksilöllisen elintapoihin liittyvän neuvonnan olevan tehokasta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Tuomilehdon ja kumppaneiden (2003) tutkimuksessa (Diabetes Prevention Study) neuvontaa ja ohjausta saaneen interventoryhmän suhteellinen sairastuvuus tyypin 2 diabetekseen oli 58 % vähäisempi verrattuna kontrolliryhmään. Tehokas ja hyvin suunniteltu ravitsemusneuvonta on hyödyllistä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä tarkasteltuna (Tuomilehto ym. 2001, Pastors ym. 2002, International Diabetes Federation 2003, Lindström ym. 2003, Tate ym. 2003, Watanabe ym. 2003).

Ennaltaehkäisyä ja hoitoa suunniteltaessa täytyy kuitenkin muistaa, että tyypin 2 diabeteksen kannalta oleellisten elintapojen, kuten ravitsemustottumusten, muuttuminen on vaikeaa ja tapahtuu hitaasti (Glasgow ym. 1997, Kettunen ym. 2004). Kettusen ja kumppaneiden (2004) tekemässä tapaustutkimuksessa potilas, joka oli suurella riskillä sairastua tyypin 2 diabetekseen, oli kahden vuoden seuranta-aikana vasta tullut tietoiseksi omista mahdollisuuksistaan sekä keinoistaan ehkäistä sairaus.

Useissa eri maissa on kehitetty kullekin kansalle soveltuvia toimenpideohjelmiä tyypin 2 diabeteksen räjähdysmäisen lisääntymisen sekä liitännäissairauksen ehkäisemiseksi. Hankkeista saatujen kokemusten perusteella pyritään luomaan koko perusterveydenhuollon kattavia käytäntöjä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Suomessa kansallinen terveysohjelma Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma eli Dehko pitää sisällään Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman. Ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeessa eli Dehkon 2D-hankeessa elintapoihin liittyvällä terveysneuvonnalla on keskeinen merkitys (Suomen Diabetesliitto 2004).

3 RAVITSEMUSNEUVONTA OSANA TERVEYSNEUVONTAA

Terveysneuvonta on vuorovaikutuksellinen ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessi, jonka tavoitteena on auttaa neuvottavaa edistämään omaa hyvinvointiaan. Hyvinvoinnilla tarkoitetaan tässä laaja-alaisesti emotionaalista, fyysistä, sosiaalista, hengellistä ja psyykkistä terveyttä (Tones ym. 1990, 118, Ballou ym. 1992, 16). Neuvontaprosessin tehtävänä on asiakkaan tukeminen päätöksissä ja valinnoissa, jotka koskevat usein hänen elintapojaan (Shemeikka 1999, 343, 349). Laajemmin terveysneuvonta on prosessi, joka pyrkii vahvistamaan ja tukemaan asiakkaan omia voimavaroja, itsetuntemusta ja elämänlaatua. Käytännössä terveysneuvonta tapahtuu usein kasvotusten kahden välisenä keskusteluna, mutta viestintäkanavana voi toimia myös jokin muu, kuten internet (Vehviläinen 1999, 41). Erilaisissa tilanteissa ja eri ammattihenkilöiden suorittamana terveysneuvonnassa on nähty olevan samankaltaisia vuorovaikutuksellisia piirteitä. Terveysneuvontatilanteet sisältävät usein vuorovaikutuksellista tiedon jakamista ja vastaanottamista sekä neuvoja ja ohjeita käsittäviä osioita (Pyörälä 2000).

Ravitsemusneuvonta, kuten terveysneuvonta yleisestikin, osana terveydenhuollon virallista instituutiota pohjautuu kansanterveyslakiin (1972) ja tiettyihin instituution omiin sääntöihin. Nupponen (2001, 35) määrittelee ravitsemusneuvonnan tavoitteelliseksi ravitsemustietoisuuden sovittamiseksi asiakkaan yksilölliseen elämäntilanteeseen ja juuri tietyllä hetkellä esille tulleisiin kysymyksiin, ongelmiin ja tarpeisiin. Ravitsemusneuvonnalla voi olla oireita ehkäisevä tai tiettyyn päämäärään, kuten painon pudotukseen, pyrkivä tavoite. Ravitsemusneuvojan tulisi myös auttaa asiakasta sovittamaan tietoa käytännön tilanteissa (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004).

Ravitsemusneuvonnassa käydyn keskustelun keinoin osallistujat suorittavat institutionaalisia tehtäviä. Institutionaalisessa keskustelussa kohteena on jokin ongelma tai pulma, kuten sairaus sekä siihen liittyvät ongelmat ja ratkaisumahdollisuudet. Institutionaalisessa keskustelussa neuvonantoon voidaan päätyä joko asiakas- tai ammattilaisaloitteisesti. Joidenkin tutkimusten perusteella asiakaslähtöisen neuvonannon on havaittu olevan harvinaisempaa (Heritage ym. 1992, 381-385, Silverman 1997, 113, Vehviläinen 1999). Neuvontatilanteen kehittymisen kannalta on oleellista, miten neuvon antaja ja asiakas

käyttävät keskusteluinstituution tarjoamia välineitä ja miten keskustelu tilanteen edetessä muuttuu (Peräkylä 1997, 177-180, Juhila 2000, 105-106, Vehviläinen 2001, 39-41).

3.1 Ravitsemusneuvonnan sisältö tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa käytetty ravitsemusneuvonta perustuu tutkittuun tietoon ravitsemuksen terveystaikutuksista ihmiselle. Hyvän ravitsemuksen tavoitteena on saavuttaa mahdollisimman normaali ja tasainen verensokeripitoisuus, sydän- ja verisuoni- ja muiden liitännäissairauksien ehkäisy sekä painonhallinta (Heinonen 2003, 96-98). Neuvonnan tärkeimpinä tehtävinä ovat asiakkaan ruokailutottumusten arviointi, tarvittavista muutoksista neuvottelemineen, ravitsemussuunnitelman tekeminen sekä uuden tiedon ja ohjeiden antaminen (Koikkalainen 2001, 31). Ravitsemusneuvojan tulisi tarjota tietoa suositusten mukaisesta proteiinin, hiilihydraattien, rasvojen, kuitujen ja antioksidanttien päivittäisestä tarpeesta niin, että se hyödyttää asiakasta jokapäiväisessä ravinnon valinnassa ja valmistamisessa (Nupponen 2001, 35, Heinonen 2003, 99-101). Nupposen (2001, 35) mukaan ravitsemusneuvonnassa tulisi hakea niitä vaihtoehtoja, joissa asiakkaan omia mieltymyksiä sekä hänelle sopivimpia ruoanvalmistustapoja voidaan hyödyntää käytännössä.

Tyypin 2 diabetesta sairastavien ravitsemusneuvonnassa on tärkeää korostaa myös ravinnon määrää sekä aterioiden rytmitystä. Koska ravitsemustottumusten muuttaminen pysyvästi on usein vaikeaa, neuvojan tulisi ohjata asiakasta positiivisiin muutoksiin ruokailussa ja hyvän elämänlaadun ylläpitämiseen. Hyvin toteutettu ravitsemusneuvonta ohjaa asiakasta tasapainoisiin ruokailutottumuksiin, ruoasta nauttimiseen ja ravitsemuksesta tulee osa asiakkaan joustavaa itsehoitoa (Heinonen 2003, Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004).

Tyypin 2 diabeetikoille suunnatussa ravitsemusneuvonnassa suurimpana tavoitteena ovat usein painon pudotus ja painonhallinta (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004). Mustajoki ja Lappalainen (2001, 20 - 21) näkevät painonhallinnan moniulotteisena kokonaisuutena, jossa tarvitaan useita erilaisia muutoksia. Tupakoinnin lopettamiseen verrattuna painonhallinnassa tarvittavat muutokset eivät ole absoluuttisia ”joko - tai - tapahtumia”, vaan yleensä suhteellisia. Painonhallinnassa tulisi ohjata asiakkaita löytämään omatoimisesti muutosvaihtoehtoja ja kokeilemaan niitä käytännössä. Painonhallinnan keskeisenä tavoitteena

on vähentää ruoasta saatua energiamäärää, joten ravitsemukseen liittyvät ohjeet ja neuvot kuuluvat siihen oleellisesti (Mustajoki & Lappalainen 2001, 61).

Kettusen ja kumppaneiden (2004) mukaan tyypin 2 diabeetikoiden neuvonnassa on keskeistä asiakkaan omien kokemusten ja ajatusten esille tuominen. Neuvon antajan ei tule tarjota valmiita ratkaisuja, vaan hänen kuuluu ohjata asiakasta pohtimaan omia elintapojaan. Myös Koikkalaisen (2001, 33) mielestä ravitsemusneuvonnassa irrallisina annetut ohjeet eivät luultavasti johda pysyviin ruokailutottumusten muutoksiin. Parhaisiin tuloksiin sen sijaan päästään, jos asiakas sisäistää tiedon ja muuttaa saamansa tiedon pohjalta käyttäytymistään omaehtoisesti.

Elintapojen, kuten ravitsemustottumusten muutoksia koskevat tutkimukset tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa ovat osoittaneet positiivisia tuloksia usein silloin, kun neuvonta ja ohjaus ovat olleet hyvin valmisteltuja ja tehokkaita (Pan ym. 1997, Tuomilehto ym. 2001), sekä silloin kun asiakkaan osallistumista on korostettu neuvontatilanteessa (Williams ym. 1998). Dehkon 2D-hankkeen projektisuunnitelman mukaan ravitsemukseen liittyvä neuvonta pohjautuu asiakkaan ja neuvonantajan yhteiseen tavoitekeskusteluun, suunnitteluun ja arviointiin. Neuvonnassa pyritään käymään läpi niitä tunteita, jotka liittyvät tehtävien elintapamuutosten toteuttamiseen ja ylläpitoon. (Suomen Diabetesliitto 2004.)

Oleellinen osa tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemusneuvontaa on saada asiakas ymmärtämään ruokavalion merkitys sairautensa ehkäisyssä ja hoidossa. Tavoitteelliseen ja suunnitelmalliseen ravitsemusneuvontaan tulisi osallistua asiakkaan lisäksi perheestä myös se henkilö, joka suorittaa ruokaostokset sekä ruoan valmistuksen. Eri ruoan valmistustapojen esittely ja ohjaaminen kuuluvat ravitsemusneuvontaan. Ravitsemustottumusten muuttumista ja ravitsemusneuvonnassa asetettujen tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida kliinisillä mittareilla, ravintopäiväkirjan sekä potilaan voinnin ja painon perusteella. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2004.)

Tyypin 2 diabeteksen hoito ja seuranta sekä osittain myös ehkäisy kuuluvat perusterveydenhuollon tehtäviin. Ravitsemusneuvontaan osallistuvat usein lääkärin lisäksi diabetekseen perehtynyt hoitaja sekä mahdollisuuksien mukaan ravitsemusterapeutti (Suomen Diabetesliitto 2004). Ohjauksessa ovat mukana tarvittaessa myös työterveyshuolto tai kotisairaanhoido. Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen (2004) suositusten mukaan tyypin 2

diabetekseen sairastuneen tulee saada asiantuntevaa ravitsemusneuvontaa mahdollisimman pian diagnoosin jälkeen, sekä tämän jälkeen 2-3 seurantakäyntiä noin kuukauden välein on tarpeen ravitsemushoidon toteutumisen varmistamiseksi. Käytännössä seurantakäyntien määrä jää usein vähäisemmäksi. Läheskään kaikilla kunnilla ei ole mahdollista tarjota asiakkaille ravitsemusterapeutin palveluita, joten ravitsemusohjaus ja -neuvonta tapahtuvat usein muiden ammattihenkilöiden toimesta, joilla ei välttämättä ole riittävää koulutusta tai resursseja toteuttaa muun työn ohella tehokasta ravitsemusneuvontaa.

3.2 Ravitsemusneuvonnan haasteet

Ravitsemusneuvontaa voidaan pitää haasteellisena toimintana, koska ravitsemustottumukset ovat suhteellisen pysyviä ja niiden muuttaminen vaatii onnistuakseen jatkuvaa keskittymistä, kärsivällisyyttä sekä itsekuria (Kiuru ym. 2004). Neuvonta on aina kaksisuuntaista, jossa kummankin osapuolen toimet ja reaktiot vaikuttavat tilanteen kulkuun. Ravitsemussuositusten noudattamisen vaikeudet saattavat johtua monista eri syistä, kuten psykososiaalisista tekijöistä, ongelmanratkaisutaitojen puutteesta sekä masennuksesta (Bonnet ym. 1998, Hänninen 2000, Glasgow ym. 2001). Koikkalaisen (2001, 90) mukaan sosiaalisella ympäristöllä on suuri merkitys ruokailutilanteen kokemiselle. Neuvojen noudattamisen esteenä voi olla myös haluttomuus tehdä niin kuin joku kehottaa, koska se saattaa tuntua itsemääräämisoikeudesta luopumiselta (Kuusinen 1993, 116). Toisaalta epäterveellisten elintapojen noudattaminen aiheuttaa yhteiskunnalle taloudellista rasitetta ja yksilölle mahdollisesti terveyden ja hyvinvoinnin laskua (Kuusinen 1993, 98 - 99). Terveysneuvontaan liittyvä informaation ja neuvojen antaminen saattaa aiheuttaa asiakkaissa vastustusta, varsinkin kun kyseessä on arkaluontoinen tai hyvin henkilökohtainen ongelma. Neuvojen vastustaminen ei kuitenkaan yleensä johda avoimeen konfliktiin neuvon antajan ja asiakkaan välillä (Pyörälä 2000).

Elintapoja koskevien muutosten tekeminen voi epäonnistua, jos neuvonnassa on edetty liian nopeasti, tietoa on tarjottu liikaa tai tavoitteet on aseteltu väärin. Ravitsemusneuvontaa saavat asiakkaat ovat usein jo yrittäneet aikaisemminkin muuttaa ruokailutottumuksiaan ja muita elintapojaan. Aikaisempiin kokemuksiin liittyvien ongelmien käsittely voi auttaa asiakasta onnistumaan muutosten toteuttamisessa (Koikkalainen 2001). Ruokailutottumusten muutoksiin liittyvien esteiden ja ongelmien sekä hyötyjen ja haittojen käsittely tulisi Koikkalaisen (2001) mielestä aloittaa jo ensimmäisellä tapaamiskerralla. Käsittelemällä

muutoksiin liittyviä ongelmia säännöllisesti asiakas huomaa esteiden ja ongelmien sekä ruokavaliossa tapahtuvien repsahdusten liittyvän olennaisena osana muutosten tekemiseen. Neuvojan ja asiakkaan on myös tiedostettava, että asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa vaikka repsahduksia tapahtuisikin (Koikkalainen 2001).

Mustajoen (1998) mukaan jokainen lääkäri on kohdannut tilanteen, jossa asiakas myötäilee lääkäriltä saamiaan kehotuksia ja kokee ehdotetut muutokset tarpeelliseksi, mutta mitään muutosta ei kuitenkaan tapahdu. Samankaltaisten tilanteiden toistuttua kerta toisensa jälkeen neuvoja usein kokee aikansa menevän hukkaan ja asiakas tuntee syyllisyyttä, koska ei ole pystynyt muuttamaan käyttäytymistään. Neuvojan antama suora kehoitus elintapojen muutokseen ei useinkaan motivoi asiakasta, vaan aiheuttaa vastarintaa. Kuitenkin diabetes ja sen ehkäisy vaativat kattavaa itsehoitoa, joten hyvien tulosten saavuttamiseksi terveysneuvonnan tulisi olla asiakaslähtöistä (Fox & Kilvert 2003, Whittemore ym. 2003).

Perinteisesti elintapoihin liittyvässä neuvonnassa asiakasta pidetään ainoastaan ammattihenkilöiden antaman tiedon vastaanottajina (Fox & Kilvert 2003). Ravitsemusneuvontaa annetaan yleisesti ottaen terveydenhuollossa runsaasti, mutta usein ilman selkeää, yhtenäistä mallia siitä, miten neuvoja tulisi antaa. Peräkylä ym. (2001, 180) havaitsivat tutkiessaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta, että lääkäri kertoi, miten potilaan tulisi toimia yleisellä tasolla. Potilaan tehtäväksi jäi itse etsiä käytännön keinot, joilla hän voi lääkärin antamaa neuvoa noudattaa. Neuvontatilanteissa ammattihenkilö kyselee usein asiakkaan elintavoista, mutta ei ota varsinaisesti näihin kantaa (Peräkylä & Sorjonen 1997, Peräkylä 2001). Neuvoja annetaankin Peräkylän ja kumppaneiden (2001, 180) mielestä usein vain silloin, kun potilas on itse jollain tapaa kuvannut elintapaansa ongelmalliseksi.

Terveydenhuollossa asiakkaan asema on usein nähty alisteisena ammattihenkilön asemaan verrattuna. Muutamissa tutkimuksissa on havaittu, että asiakkaiden omista ajatuksista, ratkaisuksista, muutosehdotuksista sekä kokemista ongelmista ei juuri neuvontatilanteissa keskustella (Kettunen 2001, Koikkalainen 2001, Karhila ym. 2003). Ravitsemusneuvonta onkin ehkä saanut liikaa vaikutteita perinteisestä lääketieteellisen konsultaation mallista, joka ei huomioi asiakkaan omia voimavaroja. Ravitsemusneuvonnan vuorovaikutuksesta saattaa muodostua epäsymmetrinen, koska neuvon antaminen vihjaa neuvojalla olevan tietoa tai taitoja, jotka neuvottavalta puuttuu. Lisäksi neuvominen saattaa asettaa neuvottavan tiedot vähempiarvoiseksi tai toiminnan sellaiseksi, jota tulisi muuttaa. Neuvon antamisessa voidaan

usein nähdä myös ristiriita neuvomispyrkimyksen ja asiakaslähtöisyyden välillä. Silti asiakkaan omaa tietoa asioistaan ja tilanteestaan tulisi kohdella merkittävänä ja joissain tapauksissa ensisijaisena. (Juhila 2000, 108–109, Suoninen 2000, 69-70, Raevara ym. 2001, 16-17, Vehviläinen, 2001, 40.)

Useissa tutkimuksissa liittyen tyypin 2 diabeetikoiden elintapojen muutoksiin kuvaillaan usein ammattihenkilön ja asiakkaan välisten tapaamisten määrää sekä käytetään eri mittareita (esim. kehon paino) mittaamaan tapahtunutta muutosta (kts. Tuomilehto ym. 2001). Vuorovaikutuksen sekä keskustelun sisällön ja luonteen analysointi on usein jäänyt vähemmälle. Viimeaikaisissa suomalaisissa tutkimuksissa (kts. Kiuru ym. 2004) on kuitenkin keskitytty neuvon antajan ja asiakkaan väliseen kanssakäymiseen sekä siihen, miten neuvoja annetaan ja vastaanotetaan. Suomalaisessa terveydenhuollossa meneillään olevien muutosten vuoksi elintapoja koskevasta neuvonnasta, kuten tyypin 2 diabeetikoiden ravitsemusneuvonnasta, vastaavat lääkäreiden sijaan pääasiassa hoitajat. Kuitenkin suuri osa neuvontaan ja vuorovaikutukseen liittyvistä tutkimuksista on tehty tarkastelemalla potilaan käyntiä lääkärin vastaanotolla (kts. esim. Peräkylä ym. 2001). Usein lääkäreiden vastaanottoajat ovat liian lyhyitä, jotta neuvojen hyväksymistä edellyttävä luottamuksellinen ilmapiiri ehtisi muodostua lääkärin ja asiakkaan välille. Etenkin kansainvälisesti diabetekseen liittyen käytetään termiä lääketieteellinen ravitsemushoito, jonka tarkoituksena on korostaa ravitsemusta osana diabeteksen lääketieteellistä hoitoa. Suomessa vuonna 1999 laadituissa diabeetikoiden ruokavaliosuosituksissa painopiste on tieteelliseen näyttöön keskittymisen sijaan ruokien valinnassa (Aro 2004).

Kettusen ym. (2004) mielestä onnistuneessa neuvontatyössä tulisi välttää liiallista suoraa ohjaamista, mutta silti neuvojan ammatillisen tietämyksen ja näkemyksen tulisi ohjata asiakasta. He esittävät myös, että neuvontataitojen koulutuksessa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota vuorovaikutuksellisiin tekijöihin, kuten kysymisen ja vastaamisen muotoihin sekä tilan antamiselle potilaan puheelle.

4 NEUVON RAKENTUMINEN RAVITSEMUSNEUVONNASSA

4.1 Ravitsemusneuvonnan kulku

Ravitsemusneuvonnan kulkuun ovat eri tutkijat esittäneet erilaisia malleja. Nupposen (2001) mukaan johdonmukaisesti etenevä ravitsemusneuvonta jakautuu kolmeen osaan – *avausosa*, *muokkausvaihe* sekä *päätösvaihe*. Tarkemmin ravitsemusneuvonnan kulkua on kuvannut Pyörälä (2000, 61). Hän on havainnut ravitsemusneuvonnan etenevän seuraavalla tavalla tutkiessaan tyyppin 1 diabetesta sairastavien lasten ja nuorten ravitsemusneuvontaa:

1. **Avaaminen (Opening)**
2. **Ongelman määrittely (Definition of the problems)**
3. **Ravitsemushaastattelu (Dietary recall)**
4. **Kuvaileva jakso (Descriptive sequences)**
5. **Informaation antaminen (Information delivery)**
6. **Ruokavalion muuttamisesta neuvottelu (Negotiating dietary change)**
7. **Lopetus (Closing)**

Samankaltaista ravitsemusneuvonnan kulkua kuvailevaa mallia on soveltanut myös Koikkalainen (2001) tutkiessaan ruokailutottumusten muutosten esteitä sydänpotilailla. Neuvonta ei kuitenkaan etene edellä mainitun suoraviivaisesti, vaan eri vaiheet saattavat esiintyä eri järjestyksessä sekä lomittain. Ongelman määrittelyä ja informaation antamista tapahtuu useita kertoja neuvontatilanteen aikana. Ravitsemushaastattelu saattaa kestää koko neuvontatilanteen ajan, jos ravitsemusneuvoja kerää tietoa asiakkaan ruokailutottumuksista vähitellen. Muihin terveysneuvontatilanteisiin tai terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamiseen verrattuna samankaltaisia vuorovaikutuksellisia osioita ovat avaaminen ja lopetus sekä elintapojen ongelmallisuudesta keskustelu. Muista terveysneuvontatilanteista poiketen ravitsemusneuvonnassa korostuvat osiot, jossa käsitellään asiakkaan ruokailutottumuksia sekä keskustellaan niihin liittyvistä muutoksista (Pyörälä 2000, 61 - 63).

Pyörälän (2000) kuvaaman mallin mukaan avaamisjaksossa tapahtuu neuvojan ja asiakkaan esittäytyminen. Samalla alkaa myös muodostua koko neuvontatilanteen vuorovaikutus.

Avaamisjakson pituus ja sisältö vaihtelevat sen mukaan, tapaavatko osallistujat ensimmäistä kertaa vai onko kyseessä seurantakäynti. Pyörälän (2000) tutkimuksessa ravitsemukseen liittyvän ongelman määrittelyyn osallistui lähinnä ravitsemusneuvoja ja tilanteessa mukana ollut lapsen vanhempi. Ravitsemusneuvontatilanteessa ongelmia määritellään tavallisesti useampia kuin yksi. Ongelman voi määritellä myös asiakas. Koikkalaisen (2001, 90) tutkimuksessa sydänpotilaiden oli vaikea kuvailla ruokailutottumuksiinsa liittyviä ongelmia ja esteitä vapaan keskustelun muodossa. Ongelman määrittelyssä voidaankin käyttää tarvittaessa apuna kyselylomaketta (Koikkalainen, 2001, 90).

Ravitsemushaastattelu eli ravintoanamneesi on neuvontatilanteen perusta. Haastattelu sisältää kysymyksiä asiakkaan päivittäisistä ruokailutottumuksista. Vastausten pohjalta ravitsemusneuvojan tavoitteena on selvittää ne kohdat, jotka asiakkaan ruokailutottumuksissa kaipaavat muutosta. Ravitsemushaastattelussa asiakkaat ovat usein itse aktiivisia (Pyörälä 2000, 85, Koikkalainen 2001, 32). Kettusen (2001, 31) mukaan omaa vointia ja toimintaa koskevan informaation antamista pidetään asiakkaiden taholta hyväksyttävänä sekä etukäteen tiedossa olevana normina. Koikkalainen (2001, 36) korostaa, että asiakkaalta tulisi ravitsemushaastattelun aikana kysyä myös, mitä muutoksia asiakas on aikaisemmin yrittänyt tehdä ja miten hän on omasta mielestään näissä muutoksissa onnistunut.

Ravitsemusneuvonnan kuvailevassa jaksossa asiakas kertoo elämästään ja syömiskäyttäytymisestään. Kuvailun tarkoituksena on täsmentää ravitsemussuunnitelman toteuttamista asiakkaan jokapäiväisessä elämässä. Asiakkaalta kysytään esimerkiksi suhtautumistaan houkutukseen syödä rasvaista ja runsaskalorista ruokaa. Kuvailun aikana asiakas esittää usein ongelmia tiettyjen ruokailutottumusten noudattamisessa. Tämän jälkeen ravitsemusneuvojan tehtävänä on tarjota asiakkaalle tämän tarvitsemaa tietoa ja neuvoja, joiden avulla asiakas pystyy ratkaisemaan ongelmiaan (Pyörälä 2000, 85).

Ruokavalion laadullisten tavoitteiden saavuttamiseksi informaation antamisen yhteydessä käytetään usein tukena kirjallista materiaalia, elintarvikepakkauksia sekä kuvia. Havaintomateriaalin avulla ravitsemusneuvoja ohjaa asiakkaan valintoja muun muassa rasvan määrän ja laadun, kuidun, alkoholin, makeutusaineiden ja maitotuotteiden sekä pakkausmerkintöjen suhteen. Ravintopäiväkirja, jonka avulla asiakas ja ravitsemusneuvoja voivat tarkastella asiakkaan ruokailutottumusten muutoksia, on myös tavallisesti käytetty neuvonnan apuväline (International Diabetes Federation 2003, Ravitsemusterapeuttien

yhdistys ry 2004). Neuvonnan tulisi sisältää myös tietoa insuliinin vaikutusajoista ja ruokailun yhteensovittamisesta, hypoglykemian ehkäisystä ja hoidosta sekä ruokavaliosta erityistilanteissa (sairaudet, matkat, juhlat, liikunta). Ravitsemusneuvontaa antavan tulee lisäksi ottaa huomioon asiakkaan kulttuurinen sekä uskonnollinen tausta (International Diabetes Federation 2003).

Ruokavalion muutoksista keskusteltaessa ravitsemusneuvojan tulisi vahvistaa asiakkaan itsemääräämisen tunnetta, jossa hän itse on ensisijainen päätöksentekijä ruokavaliionsa suhteen (Pyörälä 2000, 122). Koikkalainen (2001, 32) pitää ruokavaliomuutoksista keskustelua neuvottelun kaltaisena tilanteena. Neuvottelun aikana ravitsemusneuvoja keskustelee asiakkaan kanssa tarvittavista muutoksista ja tekee ehkä ehdotuksia niihin liittyen. Asiakas vastaa ehdotuksiin joko hyväksymällä tai hylkäämällä ne (Tapsell 1997). Jos asiakas hylkää ravitsemusneuvojan ehdotukset, tämä tekee uusia ehdotuksia, kunnes asiakas ne hyväksyy (Pyörälä 2000, 125). Tämän kaltaisesta asiakkaan ja neuvojan välisestä keskustelusta käytetään nimitystä muutospuhe (Kettunen ym. 2004). Ruokavalion muutoksista keskusteltaessa tulisi huomioida myös ne hyvät asiat, joita ruokavalion muuttaminen tuo asiakkaan elämään (Koikkalainen 2001, 88). Pyörälän (2000, 144) tutkimuksessa neuvontatilanteen lopetukseen aloitteen teki usein ravitsemusterapeutti. Lopetukseen jätetään usein kuitenkin aikaa kysymysten tekemiseen ja yhteenvedoon (Pyörälä 2000, 144, Koikkalainen 2001, 32).

4.2 Neuvoon päätyminen

Terveydenhuollon vuorovaikutustutkimuksissa neuvon antamisesta on löydetty erilaisia ulottuvuuksia (kts. Heritage & Sefi 1992, 368, Silverman 1997, 111, Peräkylä ym. 2001, 174). Tässä tutkimuksessa neuvo nähdään institutionaalista vuorovaikutusta tutkineiden Heritagen ja Sefin (1992, 368) lailla **puheenvuorona, jossa neuvoja suosittelee asiakkaalle tietynlaista, nykyisestä tavasta jollain muotoa poikkeavaa toiminnan suuntaa**. Neuvo on institutionaalisen tilanteen, vuorovaikutuksen sekä tiedon pohjalta rakentunut ammattihenkilön mielipide siitä, mitä tehdä ja miten käyttäytyä, kun tavoitteena on asiakkaan tilan paraneminen (Pyörälä 2000, 13).

Neuvominen, ehdottaminen tai ohjeiden antaminen eivät juuri käytännössä eroa toisistaan. Institutionaalisen neuvomisen pohjana on nähty olevan tietty normatiivisuus (Heritage & Sefi 1992, 368, Silverman 1997, 111, Vehviläinen 1999, 167). Lääkäreiden ja potilaiden välistä vuorovaikutusta tutkineet Peräkylä ja kumppanit (2001, 161-182) havaitsivat, että lääkäri antaa potilaan elämäntapoihin liittyviä neuvoja vain silloin, kun potilas on itse kuvannut tapansa joiltain osin ongelmallisiksi. Myös vastaanottokäyntien määrällä on todettu olevan merkitystä. Ensimmäisellä vastaanottokäynnillä neuvot jäävät usein yleiselle tasolle (Peräkylä ym. 2001, 161-182).

Neuvo ja sen vastaanottaminen voidaan nähdä kaksiosaisena toimintana. Neuvoa seuraa aina jokin vaste, jolla on vaikutusta tilanteen kululle jatkossa. Neuvon toinen ulottuvuus liittyy käsiteltävään ongelmaan, johon neuvojen, suositusten ja ehdotusten, tulisi kohdistua (Heritage & Sefi 1992, 368). Suomalaisessa terveydenhuollossa annetussa ravitsemusneuvonnassa lainsäädäntö ja kansalliset ravitsemussuositukset ja ravitsemuspolitiikka ohjaavat neuvonnan sisältöä (Maa- ja metsätalousministeriö 2003). Toisen näkökulman neuvon antamiseen on tuonut Psathas (1991), jonka mukaan keskustelussa tapahtuva neuvon antaminen rakentuu neljästä eri osa-alueesta: neuvon päätyminen, keskustelun vuorottelu, tilanteen keskeytyminen ja uudelleen aloitus sekä tilanteen päätyminen.

Neuvontatilanteiden tutkimuksen kannalta oleellista on keskittyä sisällön tulkinnan lisäksi myös siihen, miten osallistujat käyttävät keskusteluinstituution tarjoamia välineitä ja miten keskustelu muuttuu tilanteen edetessä (Peräkylä 1997, 180, Kiuru ym. 2004). Engeströmin ja Ruusuvuoren (2003) mukaan institutionaalinen puhe ja kielelliset ilmaisut ovat tutkittavina asioina paljon muutakin kuin pelkkiä välineitä, joilla siirretään informaatiota, ajatuksia ja kokemuksia. He pitävät puhetta hienosyisenä ja monimutkaisena prosessina, jonka tulkinnan kautta saadaan esiin merkityksiä. Neuvontatilanteen kulku ja vuorovaikutus ovat riippuvaisia asiakkaan oletuksista siitä, miten tilanteessa tulee toimia asianmukaisesti sekä siitä, millaisia ovat neuvojan ja asiakkaan roolit kyseisessä tilanteessa (Ruusuvuori ym. 2003). Asiakkaan ja neuvon antajan rooleja voidaan tarkastella eri tavoin.

Heritagen & Sefin (1992, 360) mukaan institutionaalisisessa neuvonnassa asiakas ja neuvon antaja ottavat keskustelussa itselleen keskenään hyvin erilaiset asemat sekä suorittavat erilaisia tehtäviä, jotka pohjautuvat yhteisiin sääntöihin. Neuvoja kontrolloi usein tilannetta ja toimii tietävän osapuolen roolissa. Toisaalta asiakaskin pystyy ohjaamaan keskustelun kulkua

niin, että hänen tietonsa ja kykynsä ymmärtää otetaan keskustelussa huomioon. Nupposen (2001, 37) mielestä asiantunteva ravitsemusneuvonta on yhteistyötä, joka vaatii molempien osapuolten aktiivista panosta ja yhteistä näkemystä. Ravitsemusneuvojan tehtäviin kuuluvat neuvonnan eteneminen asiaankuuluvalla tavalla sekä neuvontatilanteen suotuisan ilmapiirin luominen. Nupponen (emt.) korostaa myös asiakkaan aktiivista roolia - asiakkaan tulisi ilmaista oma kannanottonsa, kokeilla yhdessä sovittuja toimintatapoja sekä kertoa kokemuksistaan.

4.3 Neuvon antaminen ja vastaanottaminen

Neuvon antaminen ja vastaanottaminen ovat sidoksissa toisiinsa. Neuvoa antaessaan ammattihenkilö suosittelee tai tarjoaa asiakkaalle tiettyä toimintatapaa ja toisaalta odottaa hyväksyntää tai vastausta tarjotuille malleille. Asiakkaan tietyn tyyppinen vastaus ohjaa ammattihenkilön seuraavaa puheenvuoroa sekä vuorovaikutuksen kulkua yleisesti (kts. Heritage & Sefi 1992, 368, Silverman 1997, 111, Peräkylä ym. 2001, 174). Neuvon antamiselle ja vastaanottamiselle on löydetty erilaisia muotoja ja ryhmittelyjä. Aloitteen neuvon antamiseen voi tehdä ammattihenkilö tai asiakas, jolloin voidaan puhua asiakas- tai ammattilaislähtöisyydestä (Heritage & Sefi 1992, 409-413). Lastensuojelua tutkinut Juhila (2000, 107) näkee asiakasaloitteisen tilanteen neuvonnan kannalta suotuisampana, koska tällöin asiakas osoittaa jonkin pulman, johon hän odottaa ratkaisua tai esittää suoraan pyynnön neuvosta. Koikkalaisen (2001, 36) mukaan erityisesti ravitsemusneuvonnassa tulisi pyrkiä asiakaslähtöisyyteen niin, että neuvonnan lähtökohtana olisivat asiakkaan kokemat ongelmat ja halu muuttaa elintapojaan. Nupponen (2001, 36) kuvaa asiakaslähtöistä ravitsemusneuvontaa mielikuvalla, jossa asiakas on toimija, jota neuvon antaja auttaa toimimaan.

Silverman (1997, 126) havaitsi tutkiessaan HIV-potilaille annettua neuvontaa, että vain kaksi tilannetta 61:stä sisälsi asiakaslähtöisen neuvonantamisen. Samankaltaisiin tuloksiin ovat päässeet myös Heritage ja Sefi (1992, 409-413) tutkiessaan brittiläisiä hoitajia ja vastasyntyttäneitä äitejä. Ammattilaislähtöisen neuvonannon tulisi edetä vaiheittain, haastatellen ja kysymyksiä esittäen, jolloin asiakkaan antamat vastaukset täsmentävät ongelmaa. Kettusen (2001, 34) tutkimuksessa suurin osa aineiston neuvontakeskusteluista alkoi neuvon antajan toimesta toteavalla aloituksella ilman tilannetta tai ongelmaa

pohjustavaa kysymystä. Neuvon antaja otti näin tilanteen haltuunsa. Toteava aloitus antaa potilaalle tiedon lähteen tai tiedon vastaanottajan roolin. Asiakas voi myös pohjustaa keskustelua antamalla itse itselleen neuvon, jota työntekijä lähtee tukemaan tai vastustamaan oman neuvonsa keinoin. (Silverman 1997, 123–124, Juhila 2001, 108–109.)

Asiakas- ja ammattilaislähtöisyyden lisäksi neuvoista on löydetty myös muita ulottuvuuksia. Tutkiessaan HIV-positiivisille annettua neuvontaa Silverman (1997, 110-133) havaitsi neuvonantamisessa neljä eri muotoa. Pelkkä *informaation jakaminen ei-personalisoidusti* ei ota huomioon asiakkaan omia näkemyksiä asiasta. Tällöin asiakkaan vastauksistakaan ei yleensä pysty tunnistamaan, onko hän omaksunut annetun informaation. *Personalisoitu neuvon antaminen* pohjautuu edellistä enemmän kysymiseen ja haastatteluun sekä kestää usein ajallisesti edellistä kauemmin. Tässä muodossa neuvo annetaan vasta, kun asiakkaan näkökulma on tullut esille, jolloin neuvo pystytään räätälöimään tilanteeseen sopivaksi. *Sekamuotoinen neuvon antaminen* yhdistää nämä kaksi edellä mainittua muotoa eli siinä vuorottelevat tiedon antaminen ja haastatteluosiot. Viimeinen neuvonantamisen muoto on vastakohta pelkälle informaation jakamiselle eli *asiakas rakentaa itse neuvon kysymysten ja haastattelun pohjalta*. Tässä mallissa neuvoja luovuttaa asiakkaalle keskustelussa tilaa, eikä anna välittömästi oikeaa ratkaisua tai ohjetta (Silverman 1997, 110-133).

Kiuru ym. (2004) puolestaan havaitsivat neljä eri neuvon antamisen tyyliä tutkiessaan hoitajien tyyppin 2 diabeetikoille antamaa ravitsemusneuvontaa – kehottava (recommending), suostutteleva (persuasive), kannustava (supportive) sekä salliva (permitting). Useimmin edellä mainituista neuvon antamisen tyyleistä aineistossa esiintyi kehoittava tyyli. Kehoittavassa neuvon antamisessa suositeltua toimintaa pidetään kannattavana, mutta kuten personoimattomassa informaation jakamisessakin (vrt. Silverman 1997), tässä ei voida tietää, tuleeko asiakas noudattamaan saamaansa neuvoa. Tutkimuksen hoitajat siirtyivät käyttämään suostuttelevaa neuvon antamisen tyyppiä silloin, kun asiakas oli jollain tapaa ilmaissut vastustavansa neuvoa. Kannustava neuvon antamisen jakso alkoi tutkimuksessa usein hoitajan kysymyksellä koskien asiakkaan voimavaroja noudattaa neuvoa (vrt. askelittainen siirtymä neuvon). Sallivan neuvon antamisen jaksot sen sijaan sisälsivät tavallisesti yhteen lauseeseen niputettuja useita neuvoja, joita ei oltu jäsennelty etukäteen (vrt. informaation antaminen ei-personoidusti).

Eräs ammattihenkilölähtöinen neuvon antamisen tyyppi on askelittainen siirtymä neuvon (stepwise entry to advice) (vrt. Heritage & Sefi 1992, 377-380). Se tarkoittaa neuvonantamiseen liittyvää puhejaksoa, jossa neuvon antaja pohjustaa neuvonsa kysymällä ensin neuvottavan näkemystä, tietoa tai aikomuksia asiasta. Neuvon antaja käyttää samaansa vastausta sitomalla sen tavalla tai toisella antamaansa neuvon. Tämän kartoittavan kysymyksen avulla otetaan huomioon neuvottavan oma näkemys asiasta, mikä edistää neuvon henkilökohtaisen sopivuuden saavuttamista, neuvon hyväksymistä sekä tiedollisen epäsymmetrian vähentämistä. Askelittainen siirtymä neuvon voi olla myös oikeuttamassa neuvon antamista, kun kyse on esimerkiksi haitallisiin elämäntapoihin liittyvistä ongelmista. Kuitenkin neuvoa edeltävä kysymys voi olla lieventämässä asiantuntijan ja maallikon välistä tiedollista tasoeroa. (Heritage & Sefi 1992, 377-380, Vehviläinen 2001, 39-61.)

Heritage ja Sefi (1992) kuvaavat askelittaisen siirtymisen neuvon toteutumista terveydenhoitajan tekemillä kotikäynneillä, joissa oli tavoitteena muun muassa jakaa äideille tietoa vauvan hoidosta sekä kontrolloida asianmukaista hoitoa. Terveydenhoitajan institutionaaliseen tehtävään sekä rooliin kuuluu tarjota asiantuntevaa tietoa. Äidit saattoivat kuitenkin kokea terveydenhoitajan neuvonnan tarkkailuna ja vihjailuna, että he eivät osaa hoitaa lastaan. Ristiriitaiset tunteet vaikuttavat neuvojen antamiseen ja vastaanottamiseen. Neuvoa edeltävän kysymyksen avulla ammattihenkilö pystyy paikantamaan neuvoa vaativan ongelman yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin etukäteisoletuksena ei ole mikään tietty ongelma. Kysymällä ammattihenkilö saa myös tietoa asiakkaan aikaisemmin käyttämistä keinoista ratkaista ongelma (Heritage & Sefi, 1992, 381-385).

Neuvon vastaanottaminen on vahvasti sidoksissa siihen, kuinka neuvon antaminen on suoritettu (Heritage & Sefi, 1992). Neuvon vastaanottamista on luokiteltu eri tutkimuksissa useisiin kategorioihin. Kun asiakas ottaa annetun tiedon ja neuvon vastaan uutena ja hänelle tarpeellisena, hän ilmaisee sen sanallisesti ja kyseessä on *merkitty hyväksyminen*. *Merkittämättömästä vastaanotosta* puhutaan silloin, kun asiakas antaa neuvon hyvin lyhyen palautteen. Tämä palaute voi olla joko hyväksyvä (joo, totta) tai passiivista vastustamista (niin, mm). Tähän kategoriaan kuuluu myös *kokonaan puuttuva vastaanottaminen* (hiljaisuus). Asiakas voi vastustaa neuvoa passiivisesti myös tuomalla *omaa tietoaan ja kompetenssiaan* esiin, tällöin hän saattaa ilmaista, että ei tarvitse tietoa. Neuvon on huomattu saavan myös *avointa vastustustamista*. Kahteen viimeiseen kategoriaan voi liittyä tiedon

epäilevä vastaanotto. (Heritage & Sefi 1992, Juhila, 2000, Silverman, 1997, Vehviläinen 1999.)

Tapa, jolla neuvo otetaan vastaan vaikuttaa vuorovaikutuksen kulkuun. Asiakaslähtöisessä ja askelittain etenevässä neuvonannossa myönteinen vastaanotto eli neuvon merkitty hyväksyminen on Heritagen ja Sefin (1992, 409) sekä Silvermanin (1997, 124-125) mukaan hyvin todennäköinen. Ongelmien ja niihin sopivien ratkaisujen etsimisen tulisi tapahtua yhteistyössä neuvonantajan ja asiakkaan kanssa. Myös ammattilaislähtöinen neuvonanto voi johtaa asiakkaan merkittyyden hyväksymiseen. Tällöin on luultavasti kyse asiasta, josta asiakkaalla on jo aiempaa tietämystä, ja josta hän on kiinnostunut. (Heritage & Sefi 1992, 409, Silverman 1997, 129). Vuorovaikutustilanteet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja ainutkertaisia, joten neuvon vastaanottamista ei voida täysin ennustaa sen perusteella, miten neuvo on annettu.

Asiakkaat käyttävät tiedon vastustamiseen useammin merkitsemätöntä vastaanottoa ja hiljaisuutta kuin avointa vastustamista. Tällainen epäsuora vastustaminen voi johtaa tilanteeseen, jossa osapuolet eivät edes huomaa ristiriidan olemassaoloa. Vehviläinen (1999, 234-245) havaitsi koulutuksellista ohjaustilannetta tutkiessaan kolme eri tapaa, joilla neuvonantajat reagoivat neuvon vastustamiseen. Reagoidessaan ongelmaan neuvoja tarjoaa asiakkaalle aseman, jossa hän on vastuussa uusien ideoiden tuottamisesta tai muutoin osallistumisesta ongelman ratkaisuun. Jatkaessaan neuvomista neuvon antaja voi muuttaa näkökulmaa, jolla ongelmaa on käsitelty tai käyttää askelittaista siirtymää neuvon ja saada näin asiakkaalta lisää tietoa ongelmasta sekä mahdollisesti hänet innostumaan ongelman ratkaisemisesta. Pysyttäytyessään neuvossa neuvon antaja pitää kiinni antamastaan neuvosta perustellen sen uudelleen huolella (emt.).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella videoidun aineiston avulla millaisia neuvoja ravitsemusterapeuttien ja asiakkaiden väliset neuvontakeskustelut sisältävät, kun kyseessä on tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn tai hoitoon kohdistuva ravitsemusneuvonta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kenen aloitteesta neuvontajaksoihin päädytään sekä millaisia aiheita erilaiset neuvot käsittelevät. Lisäksi halutaan selvittää, miten neuvoihin vastataan sekä onko neuvon antamisen tavalla yhteys neuvon vastaanottamiseen.

Alkuperäinen tutkimusidea sai alkunsa kiinnostuksesta neuvoihin, niiden rakentumiseen ja vastaanottamiseen. Aikaisempien vuorovaikutustutkimusten johtopäätökset tukivat ajattelua aineistoon tutustumisen alkuvaiheessa. Varsinaiset tutkimuskysymykset muotoutuivat ja täsmentyivät aineiston tarkemman tutkimisen ja analyysin aikana. Tutkimuksella halutaan vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia neuvoja tyypin 2 diabeetikoiden ehkäisyssä ja hoidossa käytetty ravitsemusneuvonta sisältää?
 - 1.1 Kenen aloitteesta neuvon päädytään?
 - 1.2 Millaisia aiheita erityyppisissä neuvoissa käsitellään?
2. Miten asiakkaat ottavat vastaan erilaisia ravitsemukseen liittyviä neuvoja?
3. Onko neuvon antamisen tavalla yhteys neuvon vastaanottamiseen?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA SEN ANALYYSI

Tutkimuksessa käytetty videoitu aineisto on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen tyypin 2 diabetesneuvonnan seurantatutkimusaineistoa. Aineisto on kerätty vuosina 2000–2002 perusterveydenhuollossa ja se käsittää yhteensä 152 terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välistä tilannetta. Tässä tutkimuksessa käsitellään neljän ravitsemusterapeutin ja neljän asiakkaan välisiä neuvontatilanteita, joita on yhteensä kahdeksan. Asiakkaiden käyntien määrä vaihtelee yhdestä neljään eivätkä yhden asiakkaan käynnit ole aina saman ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Ravitsemusterapeutit ovat naisia, asiakkaista kolme on naisia ja yksi mies. Yhdessä neuvontatilanteessa on mukana myös asiakkaan puoliso. Tutkimukseen osallistuneet ovat vapaaehtoisia, jotka ovat antaneet kirjallisen suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Asiakkaat ovat hakeutuneet ravitsemusterapeutin vastaanotolle lääkärin suosituksesta kohonneen verensokerin tai vasta todetun tyypin 2 diabeteksen vuoksi.

Tutkimusaineisto on kuvattu ravitsemusterapeuttien omissa työhuoneissa yhdellä paikalleen sijoitetulla kameralla. Kuvaustilanteeseen ei osallistunut asiakkaan ja ravitsemusterapeutin lisäksi muita lukuun ottamatta yhdessä tilanteessa mukana ollutta asiakkaan puolisoa. Ajoittain kuvanauhan tulkintaa vaikeuttavat taustamelu sekä hiljainen puheääni. Kuvan tarkkuus on myös ajoittain epäselvää, joten aineiston analyysissä ei huomiota ravitsemusterapeutin ja asiakkaan välistä sanatonta viestintää.

Aineiston tarkastelussa ja analyysissä on hyödynnetty videoidun tutkimusmateriaalin lisäksi valmista kirjalliseen muotoon tehtyä litteraatiota. Neuvontakeskusteluista on poimittu omaksi tiedostoikseen ne neuvot, jotka noudattavat kappaleessa 4.2 esitettyä määritelmää. Valittujen jaksoiden lajittelua eri luokkiin ovat ohjanneet ennen kaikkea aineistosta nousseet havainnot aikaisempien tutkimusten tulosten tukiessa osittain päätelmiä (vrt. Heritage & Sefi 1992, Silverman 1997). Neuvon antamisen ja vastaanottamisen luokittelun jälkeen analyysissä hyödynnettiin sisällön erittelyä (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002) eli neuvot laskettiin luokittain määrällisesti ja prosentuaalisesti jokaisen asiakkaan osalta. Määrällistä laskentaa hyödynnettiin myös tarkasteltaessa neuvon vastaanottamisen jakaantumista eri neuvon antamisen luokkien suhteen. Neuvojen sisältämien aihealueiden selvittämiseen käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa analyysiyksikkönä oli neuvossa käsitelty aihealue.

Osa neuvontajaksoista on litteroitu keskustelunanalyysin mukaisesti lisäämällä litterointiin kuulohavainnon mukaan kielelliselle viestinnälle ominaisia piirteitä kuten puheen tauot, päällekkäispuhunnat ja äänenvoimakkuuden muutokset (kts. Seppänen 1997, 22-23.) Valitut jaksot toimivat havainnollistavina esimerkkeinä tutkimuksen tuloksia käsittelevässä kappaleessa. Esimerkeiksi on valittu sellaisia jaksoja, jotka parhaiten kuvaavat kyseisistä neuvon antamisen tai vastaanottamisen luokkaa. Selvyuden vuoksi samaan esimerkkiin ei ole liitetty tarkkaa analyysiä sekä neuvon antamisesta että vastaanottamisesta. Keskustelunanalyysi tutkimusmenetelmänä sopii tämänkaltaisten aineistojen käsittelyyn, koska sen avulla on mahdollista tarkastella asiakkaan ja ravitsemusterapeutin välisen vuorovaikutuksen sisältöä ja etenemistä hyvin yksityiskohtaisesti (kts. Ruusuvuori 1996, Peräkylä 1997, Raevaara ym. 2001).

LITTEROINTIMERKIT

- Rt ravisemusterapeutti
- A asiakas
- (0.7) Tauko ja sen pituus sekunteina
- (.) Mikrotauko
- = Kaksi eri puhuntaa liittyy toisiinsa joko yhden tai puhujan vuorossa tai kahden puhujan kesken
- [Päälekkäispuhunnan alku
-] Päälekkäispuhunnan loppu
- _ Painotus
- VOI Äänen voimistaminen (isot kirjaimet)
- £ Hymyilevällä äänellä lausuttu sana
- (h) Naurua sanan sisällä
- he he Naurua
- sa- Kesken jäänyt sana
- > Analyysin kannalta tärkeä kohta
- () Sulkeissa epäselvästi kuultu jakso
- (()) Kaksoissulkeissa litteroijan kommentteja

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Neuvon antaminen

Muutamien aiempien tutkimusten (vrt. esim. Heritage ja Sefi 1992, 359-417) kaltaisesti tässä tutkimuksessa neuvon antaminen jaotellaan pääluokkiin **asiakas- ja ravitsemusterapeuttilähtöisesti**. Tutkimuksessa neuvon antaminen tapahtui asiakaslähtöisesti 60 kertaa ja ravitsemusterapeutin aloitteesta 75 kertaa (taulukko 1). Asiakaslähtöisen neuvon antamisen alaluokiksi muodostuivat aikaisempien tutkimusten perusteella sekä aineistolähtöisesti tarkasteltuna **neuvo asiakkaan pyytämänä ja asiakkaan rakentama neuvo** (kts. Heritage ja Sefi 1992, 359-417, Silverman 1997, 111-133). Asiakkaat pyysivät neuvoa useammin verrattuna joihinkin aikaisempiin tutkimuksiin (vrt. esim. Heritage ja Sefi 1992, 388-389). Neuvoon päädyttiin asiakkaan pyytämänä 51 kertaa yhteensä 135 neuvon antamisesta (taulukko 1). Ravitsemusterapeuttilähtöisiä neuvon antamisen jaksoja oli yhteensä 75 (taulukko 1) ja ne sisälsivät keskenään hyvin erityyppisiä piirteitä. Neuvot vaihtelivat hyvin pohjustetuista kysymys-vastaus – jaksoista aina neuvoon, joka annettiin täysin ilman valmistelua tai ennakkointia. Ravitsemusterapeuttilähtöisen neuvon antamisen alaluokkia ovat: **askelittainen siirtymä neuvoon, neuvon antaminen informaation pohjalta sekä neuvon antaminen irrallisena** (kts. Heritage ja Sefi 1992, 359-417, Silverman 1997, 111-133).

Tämän aineiston neuvoille oli tavallista, että ravitsemusterapeutti ilmaisi kielellisin keinoin, mitä mieltä hän itse on ehdottamastaan toiminnasta. Tyypillisesti ravitsemusterapeutti ilmaisi asiakkaan hyötyvän ehdotetusta toiminnasta tai hän piti sitä kannattavana. Lääkäreiden ja potilaiden vuorovaikutusta tutkineen Sorjosen (2001, 89-112) mukaan neuvoissa, jotka liittyvät asiakkaan omaan toimintaan tilanteensa parantamiseksi päätäntävalta jätetään tavalla tai toisella potilaalle. Kuten Sorjosen (emt.) tutkimuksessa, tässäkin aineistossa ravitsemusterapeutit jättivät neuvoja antaessaan usein mainitsematta, kenen tulisi tai kannattaisi toimia ehdotuksen mukaisesti.

Taulukko 1 Neuvon antamisen jakautuminen asiakaskohtaisesti

Neuvontakäynnit	Asiakaslähtöinen 60 kpl		Ravitsemusterapeuttilähtöinen 75 kpl			Neuvon antaminen yhteensä (kpl)
	Neuvo asiakkaan pyytämänä (kpl)	Asiakkaan rakentama neuvo (kpl)	Askelittainen siirtymä neuvon (kpl)	Neuvon antaminen informaation pohjalta (kpl)	Neuvon antaminen irrallisena (kpl)	
A, 1. käynti	5	1	2	6	0	14
A, 2. käynti	4	2	0	3	0	9
B, 1. käynti	11	2	3	7	2	25
C, 1. käynti	15	0	0	8	0	23
D, 1. käynti	1	0	1	17	3	22
D, 2. käynti	9	1	0	13	2	25
D, 3. käynti	2	1	2	4	0	9
D, 4. käynti	4	2	1	1	0	8
8 käyntitä	51 (38%)	9 (7%)	9 (7%)	59 (43%)	7 (5%)	135 (100%)

(Taulukossa neuvot on ilmoitettu kappalemääräisesti, prosentuaaliset osuudet sulkeiden sisällä. A, B, C, D = asiakkaat).

7.1.1 Neuvo asiakkaan pyytämänä

Aineistosta löytyi yhteensä 51 neuvoa, jotka olivat asiakkaiden pyytämiä (taulukko 1). Asiakkaan pyytämä neuvo voi vähentää neuvontatilanteen vuorovaikutuksellista ongelmaa. Pyydetty neuvo ei uhkaa neuvottavaa samalla tavalla kuin ilman ennakoitua annettu neuvo (Heritage ja Sefi 1992, 359-417). Muun muassa Suoninen (2001) puhuu tässä yhteydessä neuvottavan kasvojen menetyksestä. Juhilan (2000, 107) mukaan asiakaslähtöisesti etenevässä neuvon antamisessa on suotuisampi ilmapiiri kuin ammattihenkilön aloitteesta tapahtuvassa neuvonnassa. Tyypillistä asiakkaan pyytämälle neuvolle on tiedon pyytäminen. Krupat ym. (1999) kuvaavat tietoa pyytäviä ja päätöksentekoon osallistuvia asiakkaita assertiivisiksi. Krupatin ja kumppaneiden (1999) tutkimuksesta poiketen tässä aineistossa asiakkaan pyytämään neuvon ei tavallisesti liittynyt epäilyä annettuja neuvoja kohtaan. Jotkut asiakkaista halusivat kuitenkin neuvoja pyytäessään tuoda esille myös omia käsityksiään sekä

johdattaa ja rakentaa keskustelua itselleen tärkeisiin asioihin. Suuri osa aineiston pyynnöistä saada neuvo tapahtui asiakkaan esittäessä kysymyksen. Tavallisesti esitetyt kysymykset ja pyynnot saada neuvo liittyvät niihin puheenaiheisiin ja ongelmiin, joita asiakas ja ravitsemusterapeutti olivat parhaillaan käsittelemässä tai joista he olivat aiemmin keskustelleet.

Esimerkki 1 (Asiakas C, ravitsemusterapeutti 1, 1. käynti, 15. neuvo, kesto: 47 sek.)

1. **A:** -> Joo, no kuinka tota niin (.) paljon leipää päivässä on sitten semmonen sopiva
2. määrä?
3. **Rt:** -> (1.0) Ehkä minimi vois aatella, että on joku (.) kuus viipaletta, että [mielellään
4. [enemmän.
5. **A:** [Se on paljon,
6. **Rt:** [Niin.]
7. **A:** Mut eiks tuo vähennä tuo aamupuuro vai eikö mee?
8. **Rt:** Kyllä, joo sen voi laskee siihen.
9. **A:** Joo, elikkä paljonko se vastais, mää teen yleensä aina DESIN joko, (.) mää
10. joko tuota ruishiutaleita, neljän viljan hiutaleita tai kaurahiutaleita. Desi tuota
11. (.) ryyniä ja kaks vettä.
12. **Rt:** Joo, niin sillan se ois neljä viiva viis viipaletta sen lisäksi
13. **A:** Joo, just. (1.5)
14. **Rt:** Jos aattelis semmosta minimimäärää
15. **A:** Joo, (1.0) ja sitten onks yhtä hyvä sitten ruisleipä tai sitten tuota niin
16. tuommonen joku (.) sekahiivaleipä? Että yleensä mä katon, ettei se nyt oo
17. pelkkää vehnää, [vaan sitten tämmösiä...
18. **Rt:** [No niitä voi vaihdellen] käyttää, ruisleipä toki on, on hirveen
19. hyvä.

Esimerkin 1 asiakas on neuvontatilanteessa aktiivinen ja osallistuva, hänen kohdallaan neuvoja annettiin enimmäkseen hänen itsensä pyytämänä (taulukko 1). Jaksoa edeltää vuorotellen ravitsemushaastattelu, kuvaileva jakso sekä informaation jako liittyen eri ruoka-aineisiin. Riveillä 1-2 sekä 15-17 asiakas pyytää neuvoa esittämällä kysymyksen ravitsemusterapeutille. Neuvon pyytämisessä tulee ilmi aihealue, johon ongelma liittyy sekä asiakkaan epävarmuus esittämästään aiheesta. Lisäksi neuvon pyytäminen osoittaa asiakkaan roolin neuvon vastaanottajana (Heritage & Sefi 1992, 370-377). Tälle aineistolle tyypilliseen tapaan asiakas pyytää neuvoa avoimella kysymyksellä, johon ravitsemusterapeutti vastaa. Kun neuvon antaminen tapahtuu asiakkaan pyytämänä, ravitsemusterapeutti vastaa pyyntöön usein pidemmällä kuin pelkällä *kyllä tai ei* – vastauksella. Saatuaan neuvon asiakas ilmaisee vielä omaa asiantuntemustaan ja omia henkilökohtaisia kokemuksiaan (rivit 7 ja 9-11). Rivillä 8 ravitsemusterapeutti ilmaisee *voi* – verbillä luvanvaraisuutta. Hän jättää asiakkaan omaan harkintaan, vähentääkö aamupuuro leivän määrän tarvetta. Luvanvaraisuudella

ravitsemusterapeutti voi ilmaista, että kyse ei ole asiakkaan kannalta kovin merkittävästä asiasta.

7.1.2 Asiakkaan itse antama neuvo

Asiakkaat rakensivat itse neuvoja aineiston kuudessa neuvontatilanteessa yhteensä yhdeksän kertaa (taulukko 1). Silvermanin (1997, 121) mukaan asiakkaan antama neuvo rakentuu tavallisesti kysymys – vastaus –jaksojen pohjalta

Esimerkki 2 (Asiakas D, ravitsemusterapeutti 3, 3. käynti, 7. neuvo, kesto: 26 sek.)

1. **Rt:** Joo. Onkos nyt samanlaista [väsymystä?
2. **A:** [Ei oo kuule.]
3. **Rt:** Joo.
4. **A:** Ei oo [kuule=
5. **Rt:** [Joo.]
6. **A:** =sillä lailla, että mä saatan kyllä pötköttää, mutta mä en mee uneen.
7. **Rt:** Aivan.
8. **A:** Niin.
9. **Rt:** Elikkä siinäkin oli [se muutos.
10. **A:** [Joo.]
11. **Rt:** Joo.
12. **A:** Et mä en putoo [sillä lailla uneen.
13. **Rt:** [Joo, joo.]
14. **A->** Et kyllä mun täytyy nyt yrittää vaan jaksaa kuule kahtoo, mitä suuhuni laitan.

Esimerkkiä 2 edeltävässä keskustelussa asiakas on kertonut huomanneensa aiemmin korkean verensokerin aiheuttavan väsymystä, mutta tilanne on nyt muuttunut. Asiakkaan itselleen antama neuvo rakentuu keskustelun pohjalta, jossa ravitsemusterapeutti ja asiakas päättävät painon pudotuksen olevan yhteydessä verensokerin tasoon ja sen myötä asiakkaan vireystilaan. Riveillä 7 ja 9 ravitsemusterapeutti tukee asiakasta ja korostaa muutosta, joka asiakkaan hyvinvoinnissa on tapahtunut elämäntapojen muuttumisen myötä (vrt. Kiuru ym. 2004). Muutoin ravitsemusterapeutti jättää tilaa asiakkaan puheelle eikä anna välittömästi neuvoja tai ohjeita. Rivillä 14 asiakas rakentaa itselleen neuvon siitä, miten hänen tulisi jatkossa toimia säilyttääkseen nykyisen vointinsa. Asiakas korostaa itseään toimijana käyttäessään persoonapronominia: *kyllä mun täytyy*. Näin hän ilmaisee olevansa itse vastuussa omasta hyvinvoinnistaan. *Yrittää* –verbillä asiakas ilmaisee, että toiminta vaatii ponnisteluja ja saattaa mahdollisesti epäonnistuaakin (vrt. Sorjonen 2001, 107).

7.1.3 Askelittainen siirtymä neuvoon

Neuvoja, joissa oli löydettävissä askelittainen siirtymä neuvoon, oli aineistossa yhdeksän (taulukko 1). Kahdesta neuvontatilanteesta tällaista ei löytynyt lainkaan. Askelittainen siirtyminen neuvoon rakentuu seuraavasti (Heritage & Sefi 1992, 377-388):

Neuvon antaja: 1 -> Kysymys, joka koskee asiakkaan näkemystä tai mielipidettä käsiteltävästä asiasta.

Asiakas: 2 -> Vastaus

Neuvon antaja: 3 -> Asiakkaan antaman vastauksen pohjalta rakennettu neuvo.

Esimerkkiä 3 edeltää ravitsemushaastatteluosio, jossa ravitsemusterapeutti kysyy asiakkaan ravitsemustottumuksista sekä aikaisemmin saavutetusta painon pudotuksesta. Haastattelun pohjalta asiakas ja ravitsemusterapeutti määrittelevät edelleen painon pudotuksen erääksi ongelmaksi. Esimerkissä ravitsemusterapeutti aloittaa jakson avoimella kysymyksellä asiakkaan tämän hetkisestä mielipiteestä ja tavoitteesta liittyen painon pudotukseen (rivit 1-2). Peräkylän (1995, 98-99) mukaan mahdollista neuvojen vastustamista voidaan vähentää ottamalla huomioon asiakkaan näkökulmat. Kysymyksen asettelulla ravitsemusterapeutti vahvistaa painon pudotuksen edelleen tavoiteltavaksi asiaksi. Joissain tapauksissa askelittaista siirtymää neuvoon voidaan käyttää neuvoa vaativan ongelman paikallistamiseen. Kysyessään asiakkaan mielipidettä, ravitsemusterapeutti voi varmistaa, onko asiakas hänen kanssaan samaa mieltä aikaisemmin liian tiukaksi asetetusta painon pudotuksen aikataulusta. Näin toimimalla ravitsemusterapeutti pyrkii vähentämään ristiriitaa neuvomispyrkimyksen ja asiakaslähtöisyyden välillä (vrt. Vehviläinen 2001, 40).

Vastatessaan ravitsemusterapeutin asettamaan kysymykseen asiakas ilmaisee epävarmuutensa tavoitteensa suhteen (rivit 3-4). Hän pitää puheenvuoronsa aikana taukoa sekä naurahtaa, joka saattaa ilmentää samalla asian arkaluotoisuutta (vrt. Haakana 2001). Ravitsemusterapeutti osallistuu asiakkaan aloittamaan nauruun aiheenaan kollegan unohtus kirjata painon pudotuksen aikatavoite ylös. Näin ravitsemusterapeutti purkaa naurulla asian ongelmallisuutta tai kiusallisuutta. Riveillä 5, 7-8 ja 10-11 ravitsemusterapeutti kertoo tienneensä aikaisemmin asetetusta tavoitteesta, sekä korostaa puheen painotuksella tavoitteelle annetun aikataulun merkitystä. Koska asiakas ilmaisee itse riveillä 12-13 aikaisemmin asetetun tavoitteen liian

vaikeaksi saavuttaa, osapuolten välinen tiedollinen epäsymmetrisyys tasoittuu ja ravitsemusterapeutti tukee (rivit 14 ja 16) myötäilemällä asiakkaan antamaa vastausta.

Esimerkki 3 (Asiakas B, ravitsemusterapeutti 1, 1. käynti, 3. neuvo, kesto: 1 min. 40 sek.)

1. **Rt:**->Hmm. No, mites oot miettiny tätä uutta rynnistystä. (1.0) Minkä oot
2. tavoitteeksi asettanut painon suhteen tai?
3. **A:**-> No, olihan meillä,- kyllähän me asetettiin ton, (2.0) ööö, terveystohtajan,
4. (.).XXX:n kanssa, niin oliko se nyt alle 90, vuodenvaihteessa, mi(h)ten se oli
5. **Rt:** Joo, aivan.
6. **A:** [Se...
7. **Rt:** [Niin, täällä] tais jossakin olla, et oli se tavoite. Mut hän tais laittaa,ettei muista
8. että mihinkä (he he) mennessä se piti olla. [Olikohan se niin=
9. **A:** [Ai, jaa.]
10. **Rt:** = kun mää jostakin sen huomasin. (2.5) Joo, eli täällä lukee, et jäi sopimatta,
11. missä ajassa sitten se painotavoite olisi tarkoitus saavuttaa. Joo.
12. **A:** Joo, kyllä, kyllä. Voi se olla, että nyt kun on luiskahtanut tää, että se ei oo
13. ruvennu tippumaan, niin voi se olla vähän liian kovakin.
14. **Rt:** On, se liian kova [tavoite nyt kyllä, joo. Se vaatii vähän=
15. **A:** [Joo] (he he) .
16. **Rt:** = enempi puserrusta sitten.
17. **A:** Joo. Ei sitä (0.5), kun on näitä (.), näitä riskitekijöitä, niin ei sitä oikein uskalla
18. sillai
19. **Rt:**->Niin, siis missään tapauksessa ei oo=
20. **A:** Mmm.
21. **Rt:** =ei oo painon kanssa niin kiire, että sitä pitäis nyt ruveta jotenkin erityisesti
22. jollain=
23. **A:** Mmm.
24. **Rt:** = kuurilla puottamaan, ei.
25. **A:** Niin.
26. **Rt:** Et ei, ei koskaan oo niin kiire. Vaan sitten aatella, että kaikki mitä siitä pois
27. saahaan niin et se pysyvästikin onnistuu (.). Niin ei oo, sillä vauhdilla ei oo
28. niin kiire. Vaan sitten sitä, et se ei sitten heilahtele ees taas.
29. **A:** Mmm.
30. **Rt:** Elikkä tota (0.5) ei, ei tarvii missään tapauksessa siihen (.), siihen mennessä
31. sitä yrittää. Koska nyt sää oot hirveen hyvin jo saanu.
32. **A:** Mmm.
33. **Rt:** Täähän on jo upee suoritus tavallaan, jos sää oot sit tän kesän, et oo saanut
34. pysymään, et se ei oo noussu vaikka on ollu...
35. **A:** Mmm.

Jakson edetessä ravitsemusterapeutti antaa tilaa asiakkaan omalle pohdiskelulle (rivit 17-18). Asiakas lisää vastaukseensa yksityiskohtia selittämällä syitä painon pudotuksen vaikeuteen liittyen. Tainion (1997 a) mukaan puhuja pyrkii rakentamaan selittelystä sellaisen, että puhuja ei pysty itse toimimaan muulla tavoin. Tässä tapauksessa asiakas nostaa esille painon pudotuksen ongelmallisuuden syitä ja vetoaa sairauksiinsa. Samalla hän osoittaa kaipaavansa

ravitsemusterapeutilta kannanottoa siihen, millä tavoin painoa voisi pudottaa turvallisesti (kts. Ruusuvuori ym. 2003). Ravitsemusterapeutti on havainnut aikaisemmin asetetun tavoitteen ja asiakkaan puheen välillä olevan ristiriidan ja tulkinnut asiakkaan tarvitsevan neuvoa. Neuvo tukee asiakkaan aikaisemmin antamaa vastausta ja on samanmielinen hänen ajatustensa kanssa (vrt. Peräkylä ym. 2001, 177). Varsinaisen neuvon liittyen painon pudotuksen aikatauluun ja nopeuteen ravitsemusterapeutti antaa riveillä 19, 21-22 sekä 24, 26-28.

Neuvon antamisen yhteydessä ravitsemusterapeutti muuttaa puhetapaansa verrattuna aikaisempaan: neuvosta puuttuu toimija, eli kenen tulisi saada paino pysyvästi putoamaan (vrt. Sorjonen 2001, 95). Ravitsemusterapeutti asettuu jakson lopussa myös kannustajan rooliin riveillä 30-31 sekä 33-34 ja puhe muuttuu tuttavallisemmaksi (vrt. Routarinne 1997). Suonisen (2001, 95) mukaan neuvojan aloitteesta tapahtuva asiakkaan kannustaminen tai kehuminen ei ole kovinkaan helppoa. Kannustaminen saatetaan tulkita mielistelyksi tai sisältävän piileviä funktioita aidon tukemisen sijaan. Ravitsemusterapeutin suora kannustaminen saa asiakkaan antamaan kuitenkin vain merkitsemättömän vastauksen *mm* (rivit 29, 32, 35), joka voi myös merkitä tiedon epäilevää vastaanottoa tai passiivista vastustamista (vrt. Heritage & Sefi 1992, Silverman 1997). Neuvon tai kannustuksen selkeän hyväksymisen puuttuminen voi johtua siitä, että konkreettista painotavoitetta tai aikataulua ei tällä kertaa asetettu.

Esimerkki 4 liittyy ravitsemushaastatteluosioon, jossa asiakas ja ravitsemusterapeutti keskustelevat asiakkaan käyttämistä rasvoista.

Esimerkki 4 (Asiakas D, ravitsemusterapeutti 2, 1. käynti, 6. neuvo, kesto: 25 sek.)

1. **Rt:**-> No, mikäs sulla on sitten tää lähtökohta (.), et sä tykkäät Voimariinia
2. käyttää?
3. **A:** -> No kun se on minusta paremman makusta.
4. **Rt:** Niinkö?
5. **A:** N(h)iin.
6. **Rt:** Ai jaa. (he he)
7. **A:** Minusta se haiseekin oikeen pahalle se Benecol (he he).
8. **Rt:** Joo-o. Mutta tuota, no sitten niitä on paljon muitakin vaihtoehtoja. Me
9. mennään niitä läpi. Eli ei sen tarvi olla ihan Benecolia, mutta Voimariinin ja
10. Benecolin välilläkin on aika monta vaihtoehtoo.
11. **A:** Niin [on varmaan
12. **Rt:** [Jos ei Benecolin] mausta pidä, [niin siinä on=
13. **A:** [Joo, en.]
14. **Rt:** =muita vaihtoehtoja.

15. **A:** Joo. Joo, kun mies on [käyttänyt...
16. **Rt:** [Elikkä leivän] päälle et sit laita mitään? ((Voimariinin
17. lisäksi))
18. **A:** En.

Jakson alussa (rivit 1-2) ravitsemusterapeutti haluaa tietää, miksi asiakas on valinnut juuri kyseisen rasvan. Hän painottaa erityisesti asiakkaan omaa lähtökohtaa kyseisen rasvan käyttäjänä, koska aikaisemmin on tullut ilmi, että asiakkaan mies käyttää eri rasvaa. Kysymyksellään ravitsemusterapeutti nimeää kyseisen rasvan käytön omasta mielestään jollain tapaa ongelmalliseksi. Toisaalta askelittaisessa siirtymässä myös neuvottava esiintyy tietoa omaavana (vrt. Vehviläinen 2001, 44), tässä jaksossa asiakas tietää itse parhaiten, miksi hän pitää käyttämästään rasvasta. Ravitsemusterapeutti ottaa asiakkaan antaman tiedon ikään kuin yllätyksenä vastaan: *niinkö?* (rivi 4). Riveillä 8-10 ravitsemusterapeutti antaa neuvon liittyen myös muihin tarjolla oleviin rasvoihin. Samalla hän viittaa tarkentavansa neuvoa vielä myöhemmin. Rivillä 12 ravitsemusterapeutti ottaa huomioon asiakkaan antaman vastauksen (rivit 3 ja 7) liittyen rasvan makuun. Lisäksi hän osoittaa empatiaa ottamalla osaa asiakkaan aloittamaan nauruun (rivit 5-7) (vrt. Haakana 2001, 135).

Jakson lopussa (rivi 12) ravitsemusterapeutti jättää puheestaan persoonapronominin pois: *jos ei Benecolin mausta pidä*. Käyttämällä persoonatonta neuvon antamista ravitsemusterapeutti voi välttää asiakkaan kasvojen menetystä, mutta pystyy silti tuottamaan neuvon (vrt. Silverman 1997, 154-181). Rivillä 16 asiakas antaa minimipalautteen: *joo joo* ja alkaa kertoa miehensä käyttämästä rasvasta. Ravitsemusterapeutti jatkaa kuitenkin ravitsemushaastattelua muista aiheista.

Myöhemmin samalla neuvontakäynnillä ravitsemusterapeutti ja asiakas neuvottelevat ruokavalion muuttamisesta ja palaavat siinä yhteydessä vielä rasvan laadun vaihtamiseen. Käynnin loppupuolella asiakas hyväksyy merkitysti neuvon rasvan vaihtamisesta. Neuvontatilanteen aikana ravitsemusterapeutin ja asiakkaan välille on syntynyt luottamuksellinen ilmapiiri sekä kokemuksellinen ja emotionaalinen vastavuoroisuus. Varsinainen neuvon antaminen varhaisemmassa vaiheessa tilanteen alkupuolella olisi saattanut johtaa toisenlaiseen vastaanottoon.

7.1.4 Neuvon antaminen informaation pohjalta

Aineiston yleisin tapa antaa neuvoja oli pohjata ne joko asiakkaan antamaan informaatioon, jolloin neuvot olivat personoituja, tai yleiseen tietoon. Ravitsemusterapeutit antoivat neuvoja informaation pohjalta yhteensä 59 kertaa (taulukko 1). Informaatio, johon ravitsemusterapeutin antama neuvo pohjautuu, tarkoittaa tässä asiakkaan kertomaa tietoa käyttäytymisestään tai ravitsemusterapeutin ammatillista tietoa tai näiden yhdistelmää.

Esimerkki 5 (Asiakas B, ravitsemusterapeutti 1, 1. käynti, 9. neuvo, kesto: 28 sek.)

1. **Rt:->** Mut että maltillisesti (0.5) Ja kyl se varmaan siinä aamupalassa (.) pikkasen voi pienempi se ateria ollakin.
- 2.
3. **A:** Mmm.
4. **Rt:->** Ja samaten sitä voi miettiä myöskin et miten se on se lounas. (0.5) Et kun
5. nipistä tasaisesti joka paikasta niin se ei ihan=
6. **A:** Mmm
7. **Rt:->** =hirveesti vaikuta sitten (1.0) Pikkuhiljaa kun pienentää annoksia, niin
8. pärjää vähemmällä. Tulee täyteen pienemmistä [annoksista.
9. **A:** [Aivan, joo] sitten siihen
10. tottuu.

Esimerkin 5 jakso liittyy informaation antamiseen sekä osittain ruokavalion muutoksista neuvotteluun. Ravitsemusterapeutti, asiakas ja hänen puolisonsa katselevat kuvia lautasmalleista ja keskustelevat niiden sisältämistä energiamääristä. Asiakkaan puoliso on tuonut aikaisemmin tilanteessa esiin, että he olivat keskustelleet jo terveydenhoitajan vastaanotolla aamiaisen määrän vähentämisestä. Ravitsemusterapeutti antaa neuvon huomioimalla vaimon antaman informaation aikaisemmasta vastaanottotilanteesta sekä vertaamalla asiakkaan nykyisiä ruokamääriä ja suositusten mukaisia lautasmalleja (rivit 1 - 2 ja 4-5). Neuvo on siis personoitu koskemaan juuri asiakasta ja suhteutettu hänen nykyisiin ruokailutottumuksiinsa.

Ravitsemusterapeutti käyttää kuitenkin *voi* -verbiä (rivi 2) ja korostaa näin asiakkaan omaa harkintaa aamupalansa suhteen. Samassa vuorossa ravitsemusterapeutti tuo käyttämällä *kyl* (*kyllä*) -partikkelia ilmi, että haluaa vaikuttaa asiakkaan mielipiteeseen (vrt. Sorjonen 2001, 99). Asiakkaan omaa harkintaa korostaa myös se, että ravitsemusterapeutti antaa neuvon kokonaisuudessaan korostamatta asiakasta kyseisen muutoksen tekijänä (rivit 1-2, 4-5 ja 7-8). Riveillä 3 ja 6 asiakas antaa merkitsemättömän palautteen *mm*, joka voi tarkoittaa annetun

neuvon passiivista vastustamista (vrt. Silverman 1997, 125). Ravitsemusterapeutti jatkaa kuitenkin jakson lopussa (rivit 7-8) perusteluja neuvolle ja jakso päättyy asiakkaan hyväksyessä neuvon merkitysti (*aivan joo*).

Esimerkki 6. liittyy ravitsemushaastatteluosioon, jonka lomassa tapahtuu myös ravitsemusterapeutin suorittamaa informaation antamista. Jakso alkaa ravitsemusterapeutin esittämällä kysymyksellä, joka liittyy lounasravintolassa tarjottavan kastikkeen laatuun. Kysymyksen asettelussa on nähtävissä ravitsemusterapeutin ennako-oletus lounasravintolan kastikkeesta (rivit 2 -3). Samalla hän luokittelee kastikkeen laadun ongelmalliseksi ja vahvistaa vielä näkemystään rivillä 9. Asiakas painottaa vastaustaan rivillä 4 ja ilmaisee näin varmuutensa kyseisestä asiasta.

Esimerkki 6 (Asiakas D, ravitsemusterapeutti 2, 1.käynti, 8. neuvo, kesto: 38 sek.)

1. **Rt:** Niin. Osaatko sanoa yhtään, että onkse kastike semmosta ihan perinteistä (.),
2. mahdollisesti ihan perinteistä ruskeeta kastiketta, joka on tehty ihan tää rasva
3. suurustamalla?
4. **A:** On varmasti, [joo.
5. **Rt:** [Joo.]
6. **A:** Ja tuota, ja maustettu kato [eri mausteilla.
7. **Rt:** [Joo.
8. **A:** [Et on se varmasti ihan.]
9. **Rt:** Et se ei oo sen kevyemmän [olosta?
10. **A:** [En usko kuule.
11. **Rt:** [Joo, et se on ihan] tämmöstä.
12. **A:** En oo koskaan sitä kyllä kysynyt.
13. **Rt:->** Niin justiin. Joo, niinku nää saattaa olla kyllä semmosia, et niitä kantsii
14. ehkä vähän niinku miettiä, että kannattaako sitten ottaa ollenkaan, että se on
15. aika (.),tuhtia sitten, jos se on sitten ihan sitä perinteistä, ruskeaa kastiketta.
16. **A:** Joo, [kyl se varmaan=
17. **Rt:** [Siinä on rasvaa aika paljon.]
18. **A:** =ihan niitä on. [Kato, ne tekee sitten=
19. **Rt:** [Joo.
20. **A:** [=maustavat sitten erillä lailla niitä kato sitten
21. **Rt:** [Niin, että tämmönen=
22. **A:** [Joo, ne tekee=
23. **Rt:** [=kotiruokaa=
24. **A:** [=Joo.
25. **Rt:** [=jäljittelevä?]
26. **A:** Joo.
27. **Rt:** Et vähän [semmosta
28. **A:** [Joo]
29. **Rt:** Joo. Entäs niitä salaatteja. Kuin paljon yleensä...

Esimerkissä 6 ravitsementerapeutti antaa varsinaisen neuvon, joka perustuu asiakkaan antamaan informaatioon kastikkeen laadusta, riveillä 13-15. Ravitsementerapeutti käyttää varovaista puhetta (*ehkä, vähän ja mieltä*) (rivit 13-14), joka voi kuvata epävarmuutta annetun neuvon oikeutuksesta, mutta samalla ravitsementerapeutti korostaa asiakkaan omaa harkintaa liittyen kastikkeen käyttöön. Kun ravitsementerapeutti esittää toiminnan kannattavaksi (*kannattaako sitten ottaa ollenkaan*, rivi 14), asiakkaalla on enemmän valinnan varaa kuin silloin, kun toiminta on esitetty välttämättömäksi (vrt. Sorjonen, 2001, 103). Vaikka tässä tilanteessa on selvää, kenen ohjeita tulisi noudattaa, ravitsementerapeutti jättää toimijan sanomatta. Tämä saattaa joissain tapauksissa Sorjosen (2001, 109) mielestä lisätä asiakkaan päätäntävaltaa. Ravitsementerapeutti perustelee vielä antamaansa neuvoa rivillä 17, korostamalla kastikkeen sisältämää rasvan määrää. Jakson aikana asiakas vastaa ravitsementerapeutin esittämiin kysymyksiin kastikkeen laadusta, mutta hänelle ei jää tilaa kommentoida millään tavalla ravitsementerapeutin antamaa neuvoa. Ravitsementerapeutti siirtyy haastattelussa jo seuraavaan aiheeseen (rivi 29).

7.1.5 Neuvon antaminen irrallisena

Neuvon antamista irrallisena, ilman ennakointia, esiintyi tässä aineistossa suhteellisen. Kyseisiä neuvoja oli aineistossa vain seitsemän yhteensä kolmessa eri neuvontatilanteessa (taulukko 1). Tähän luokkaan on jaoteltu ne neuvon antamisen jaksot, joissa kyseinen teema tulee keskustelussa esille ensimmäistä kertaa juuri neuvon antamisen muodossa. Sosiaali- ja terapiatyötä tutkinut Suoninen (2001) on myös havainnut auttamistyöntekijöiden soveltavan suoraan, ilman pohjustusta tapahtuvaa neuvonantoa vain harvoin. Tällä aineistolle oli tyypillistä, että asiakkaat eivät juuri osallistuneet keskusteluun niissä jaksoissa, joissa neuvo annettiin irrallisena, ilman ennakointia.

Esimerkkiin 7 liittyvän neuvontatilanteen alkupuolella ravitsementerapeutti ja asiakas ovat määritelleet painon pudotuksen ongelmaksi. Esimerkkiä 7 edeltävässä keskustelussa ravitsementerapeutti, asiakas ja hänen puolisonsa käsittelevät painonhallinnan vaikeutta. Vaikka neuvo liittyy määriteltyyn ongelmaan, lääkkeen käyttäminen tavoitepainon saavuttamiseksi ei ole tullut esille keskustelussa aikaisemmin. Pyytämättä annettu neuvo voi kuitenkin olla merkki siitä, että ravitsementerapeutti on tulkinnut jaksoa edeltävässä

vuorovaikutuksessa asiakkaan ilmaisevan jollain lailla neuvon tarvetta (vrt. Vehviläinen 2001, 41).

Esimerkki 7 (Asiakas B, ravitsemusterapeutti 1, 1. käynti, 14. neuvo, kesto: 1 min 17 sek)
(P:puoliso)

1. **Rt:->** Et siihen painonhallintaan on sitten (.) tukea. Elikkä tää lääke esimerkiksi,
2. mikä nyt on Xenecal (.), ootko kuullu?
3. **A:** No, en oo semmoisesta.
4. **Rt:** Voi olla yks semmoinen, mikä joillakin auttaa (.), auttaa tota niin kun se
5. otetaan aterian yhteydessä kolme kertaa päivässä (.) semmoisen aterian
6. yhteydessä, missä on rasvaa (.) Että periaatteessa tämmöisellä systeemillä se ei
7. oikein onnistu. Taikka tuota pitää ottaa kaikki välistä pois. Ja pullat heittää
8. tänne aterioille. Elikkä siinä välillä söis vaan hyvin rasvatonta. Elikkä se estää
9. osittain sitä rasvaa imeytymästä.
10. **A:** Mmm.
11. **Rt:** Kolmasosa tämän aterian rasvasta esimerkiksi jää tuonne suoleen. (.) Niin se
12. on monelle semmoinen et kun se otetaan joka päivä, niin se pitää jo asian
13. mielessä (0.5). Myöskin sillä on, on semmoinen vaikutu että energiaa tietysti
14. menee hukkaan (.) Toisaalta et jos syö jonkun rasvaisemman (.), siitä seuraa
15. rangaistus eli tulee rasvaripuli.
16. **A:** (1.0) Mmm.
17. **Rt:** Et tämmöinen,(.) mut en tiää, mitenkä pitkällä tähtäimellä sillä on sitten paljon
18. merkitystä.
19. **P:** [Joo.
20. **Rt:** Musta] tuntuu, että merkityksellisempi on se=
21. **A:** Mmm.
22. **Rt:** =kun se sininen pilleri otetaan tai kapseli otetaan siinä ennen kun ruvetaan
23. syömään. Se jotenkin niin kun muistuttaa=
24. Mmm.
25. **Rt:** =että tää on nyt tää juttu.
26. **A:** Kyllä, kyllä.

Esimerkki 7 alkaa ravitsemusterapeutin kysyessä asiakkaan tietämystä kyseisestä lääkehoidosta. Kysymys eroaa askelittaisessa siirtymässä käytetystä neuvosta siinä mielessä, että ravitsemusterapeutti ei huomioi asiakkaan mielipidettä tai näkemystä, vaan ainoastaan tietämystä. Asiakkaan vastatessa kielteisesti (rivi 3) ravitsemusterapeutti jatkaa informaation antamista yleisellä tasolla ilman, että neuvo kohdistuu henkilökohtaisesti asiakkaalle. Ravitsemusterapeutti käyttää passiivimuotoa persoonapronominin sijaan (rivit 4-9), joten asiakas saattaa saada vaikutelman neuvosta, joka on tarkoitettu yleisesti ihmisille eikä niinkään juuri hänelle (vrt. Silverman 1997, 114.)

Ravitsemusterapeutti päättää informaation antamisen rivillä 15 ja odottaa asiakkaan vastaavan. Asiakkaan osallistuminen neuvontajakson kulkuun on kuitenkin vähäistä, hän vastaa ravitsemusterapeutin antamaan informaatioon hyvin lyhyesti ”mm ja kyllä, kyllä”. Asiakas luultavasti kuuntelee ravitsemusterapeuttia, mutta ei ilmaise kiinnostustaan kyseistä asiaa kohtaan, mikä saattaa johtua annetun tiedon passiivisesta vastustamisesta (kts. Silverman 1997, 114). Ravitsemusterapeutti kertoo riveillä 17-18, 20 ja 22-23 oman mielipiteensä lääkkeestä, mutta ei saa edelleenkään houkuteltua asiakasta osallistumaan keskusteluun, joten keskustelu lääkehoidon osalta päättyy.

Esimerkkiä 8 edeltävässä keskustelussa asiakas kertoo kokemuksistaan ollessaan mukana Painonvartijoiden toiminnassa ja siitä, että tuolloin hän oli kokenut ruokien punnitsemisen hankalaksi. Asiakas ilmaisee, että ei ole tällä kertaa halukas punnitsemaan ruokiaan. Asiakas jatkaa kertomalla huolensa siitä, millä tavoin hän pystyy arvioimaan ravinnon määrää. Aikaisemmin keskustelussa ei ole viitattu kaloreihin millään tavalla.

Esimerkki 8 (Asiakas D, ravitsemusterapeutti 2, 1. käynti, 4. neuvo, kesto: 47 sek.)

1. **Rt:** Kyllä (.). Nykyäänhän on sillä tavalla, että, et näissä (1.0), päivän annoksissa
2. taikka niinku laihduttajankaan ruokavaliossa ei mennä kovin alhasiin
3. energiatasoihin, että ei mennä alle 1200:n kilokalorin (.), mielellään. Elikkä
4. siinä on ihan varmasti kyllä riittävästi ru-, sitä syömistä. Se on vaan se
5. syömistä (.), taikka ruuan laatu tehdään niin keveäks, että sitä on niinku
6. helppo (.), sen avulla laihduttaa. Mut et siitähän saadaan sit kaikki
7. välttämättömät ravintoaineet ja valkuaiset ja riittävästi vitamiineja ja
8. [hivenaineita.
9. **A:** [Joo.]
10. **Rt:** Elikkä silloin ei tarvita mitään monivitamiinitablettejakaan, eikä, missään
11. tapauksessa ei alle 1000:n kilokalorin ruokavaliota ei suositella ja mielellään
12. se 1200 on se, mun mielestä=
13. **A:** -> Joo.
14. **Rt:->** =aika, lailla vois olla semmonen, naisihmiselle, (.) sun ikäselle (.), sopiva.
15. **A:** Joo.

Riveillä 1-7 ravitsemusterapeutti jakaa yleisellä tasolla informaatiota laihduttajan ruokavaliion määrästä ja laadusta. Ravitsemusterapeutti käyttää termiä *ruokavalio* (rivi 2), joka tarkoittaa Peräkylän (1997, 185) mukaan tietoisten ja päämäärähakuisten valintojen tulosta. Syömistä ei pidetä sattumanvaraisena, vaan terveysasiana, joka voidaan selostaa ja arvioida normatiivisesti (emt). Tässä vaiheessa ravitsemusterapeutti ei kuitenkaan vastaa asiakkaan esittämään käytännön ongelmaan ja huoleen siitä, miten hän pystyy arvioimaan ravinnon määrää (ruoan punnitseminen). Asiakas ja ravitsemusterapeutti puhuvat ikään kuin eri asioista

ja eri kielellä. Kiurun ym. (2004) mukaan ammattihenkilöiden käyttämät ilmaisut saattavat aiheuttaa epäsymmetriaa neuvon antajan ja neuvottavan välille. Jakson alussa ravitsemusterapeutti käyttää persoonatonta tiedon antamista, josta ei näy ilmi tekijä, esim. *ei tarvita mitään* (rivi 10) (vrt. Silverman 1997, 114).

Jakson lopussa ravitsemusterapeutti personalisoi neuvonsa koskemaan tarkemmin asiakasta: *naisihmiselle, sun ikäsellem sopiva* (rivi 14). Asiakas ilmaisee kuuntelevansa informaation antamista vastaamalla *joo* (rivit 9, 13 ja 15). Tästä merkitsemättömästä minimipalautteesta ei kuitenkaan voi päätellä, onko asiakas sisäistänyt ravitsemusterapeutin antaman informaation. Asiakas ei myöskään ole vastannut ravitsemusterapeutin kutsuun osallistua keskusteluun, jossa käytetään tiettyjä termejä ja jossa syömistä pidetään normatiivisena asiana (vrt. Peräkylä 1997, 187). Suonisen (2001, 87) mukaan asiakkaan passiivisuus voidaan joskus tulkita vastustamisena, mikä saattaa ajaa ammattihenkilön muuttamaan käyttämäänsä termistöä sellaiseksi, joka saa paremmin asiakkaan hyväksynnän. Toisaalta tässä jaksossa asiakkaalle ei ole jäänyt juuri tilaa ilmaista omaa mielipidettään. Tilanne jatkuu välittömästi ravitsemusterapeutin kysyessä asiakkaan liikuntatottumuksista.

7.2 Neuvon vastaanottaminen

Neuvon vastaanottaminen on sidoksissa siihen, miten neuvo on annettu (Silverman 1997, 124). Aikaisempien neuvonantoa koskevien tutkimusten (mm. Heritage & Sefi 1992, Silverman 1997, Vehviläinen 1999, Juhila 2000) sekä aineistosta saatujen havaintojen perusteella neuvon vastaanottaminen on tässä tutkimuksessa jaettu kolmeen luokkaan: **neuvon merkitty hyväksyminen, neuvon merkitsemätön vastaanotto sekä neuvon torjuminen.**

Edellä mainituissa tutkimuksissa (kuten Heritage ja Sefi 1992) asiakkaan oman tiedon ja pätevyuden esiintuominen on jaoteltu omaksi luokakseen. Tässä tutkimuksessa asiakkaat esittivät omia kannanottojaan ja tietoaan kaikissa kolmessa neuvon vastaanottamisen luokissa. Taulukossa 2 neuvon vastaanottaminen on jaoteltu edellä mainittuihin luokkiin asiakaskohtaisesti. Tapaamiskertojen lukumäärällä näyttäisi olevan yhteys siihen, miten asiakkaan ottavat neuvot vastaan. Niiden asiakkaiden kohdalla, joilla käynnejä ravitsemusterapeutin vastaanotolla oli useampia kuin yksi (asiakkaat A ja D), on havaittavissa

neuvon merkityn hyväksymisen suhteellinen lisääntyminen neuvontatilanteiden lisääntyessä. Asiakas A vastasi ensimmäisellä kerralla annetuista neuvoista vain joka kuudenteen merkitysti, kun taas toisella tapaamiskerralla hän hyväksyi merkitysti lähes puolet neuvoista (taulukko 2).

Taulukko 2 Neuvon vastaanottamisen jakautuminen asiakaskohtaisesti

<i>Neuvontakäynnit</i>	<i>Merkitty hyväksyminen (kpl)</i>	<i>Merkitsemätön vastaanotto (kpl)</i>	<i>Neuvon torjuminen (kpl)</i>	<i>Neuvon vastaanottaminen yhteensä (kpl)</i>
A, 1. käynti	2	10	1	13
A, 2. käynti	3	3	1	7
B, 1. käynti	4	15	4	23
C, 1. käynti	14	7	2	23
D, 1. käynti	8	12	2	22
D, 2. käynti	8	12	4	24
D, 3. käynti	7	1	0	8
D, 4. käynti	4	2	0	6
8 käyntiä	50 (40%)	62 (49%)	14 (11%)	126

(Taulukossa neuvot on ilmoitettu kappalemääräisesti, prosentuaaliset osuudet sulkeiden sisällä. A, B, C, D = asiakkaat).

Neuvojen vastaanottaminen suhteessa eri neuvon antamisen luokkiin on esitelty taulukossa 3. Ravitsemusterapeuttien antamia kommentteja asiakkaan itse rakentamiin neuvoihin ei ole tässä laskettu neuvojen vastaanottamiseksi, koska neuvo liittyy asiakkaan, ei ravitsemusterapeutin toimintaan. Toinen asiakaslähtöinen neuvon antamisen tyyppi eli neuvo pyydettyinä sai useimmin merkitsemättömän vastaanoton (taulukko 3). Tämä tulos on ristiriidassa aikaisempien tutkimusten kanssa (kts. Silverman 1997, 127). Heritagen ja Sefin (1992) tutkiessa hoitajien vastasyntyneille äideille antamaa neuvontaa he havaitsivat äitien antamien vastaanottojen perusteella askelittaisen siirtymän neuvon suotuisimmaksi ammattihenkilölähtöisistä neuvon antamisista. Tämän tutkimuksen tulokset näyttäisivät

viittaavan samankaltaiseen tulokseen, vaikkakin askelittaista siirtymää neuvon oli vain sesitsemän prosenttia kaikista neuvoista (taulukko 1). Askelittainen siirtymä neuvon sisälsi neuvon merkittyä hyväksymistä kahdessa kolmasosassa tapauksista (taulukko 3).

Ravitsemusterapeuttilähtöisistä tavoista neuvon antaminen informaation pohjalta sai vastoin aikaisempien tutkimusten tuloksia (vrt. Heritage & Sefi 1992, Silverman 1997) lähes puolessa tapauksista asiakkailta vastaukseksi merkityn hyväksymisen (taulukko 3). Myös neuvon torjuminen silloin, kun se annettiin informaation pohjalta oli suhteellisen harvinaista. Sen sijaan, kun neuvo annettiin täysin irrallisena, yhdessä tapauksessa sitä ei otettu vastaan hyväksytyksi (taulukko 3).

Taulukko 3 Neuvon vastaanottamisen yhteys neuvon antamiseen

<i>Neuvon antaminen</i>	<i>Neuvon vastaanottaminen</i>			
	<i>Merkitty hyväksymisen (kpl)</i>	<i>Merkittämättömän vastaanotto (kpl)</i>	<i>Neuvon torjuminen (kpl)</i>	<i>Neuvoja yhteensä (kpl)</i>
Neuvo asiakkaan pyytämänä	17	25	9	51
Askelittainen siirtymä neuvon	6	3	0	9
Neuvon antaminen informaation pohjalta	27	28	4	59
Neuvon antaminen irrallisena	0	6	1	7

7.2.1 Merkitty hyväksyminen

Neuvo hyväksyttiin tässä aineistossa merkitysti 50 kertaa (taulukko 2). Merkittyä hyväksymistä esiintyi kaikissa muissa neuvon antamisen tyypeissä, paitsi silloin, kun neuvo annettiin irrallisena (taulukko 3). Neuvon merkityllä hyväksymisellä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa vastausta, jossa asiakas ilmaisi neuvon tuovan heille jotain uutta tietoa tai he toistivat neuvon ainakin osittain (vrt. Heritage & Sefi 1992, 359-419) tai oli muutoin

havaittavissa, että asiakkaat tulisivat jatkossa noudattamaan saamaansa neuvoa kertomalla mielipiteitään tai omia ratkaisuehdotuksiaan.

Esimerkki 9 (Asiakas C ravitsemusterapeutti 1, 1. käynti, 3. neuvo, kesto: 45 sek.)

1. **Rt:** Mutta tota (1.0) se rasvan laatuasia tässä seuraavana. Joo, muutenhan tää on
2. ihan hyvä, että vähärasvanen ruokavalio, mutta (.) jos sen kaiken rasvan jättää
3. tuota pois ja enimmäkseen sen näkyvänkin rasvan, niin sitten sitä ei oikein
4. riittävän pehmeeks saa millään sitä rasvan laatua niin, että se ois sitten
5. terveyden kannalta [hyvä.
6. **A: ->** [Just, niin], ett sitä kuitenkin [tarvitaan
7. **Rt:** [Kyllä,] eli välttämättömiä
8. rasvahappoja ei oikein tuppaa saamaan riittävästi jos ei siellä oo sitä
9. kasvirasvaa.
10. **A: ->** Just, no kaiken, jos mää teen semmosta, että mä paistan tai muuta, mää oon
11. vuosikymmeniä käyttäny öljyä siinä. Että rypsiöljyä tai oliiviöljyä enemmän
12. rypsiöljyä kun [oliiviöljyä,
13. **Rt:** [Kyllä, aivan.]
14. **A:** Että se on niinkun mulla semmonen (.), jota mä käytän (.) ja esimerkiks
15. niinkun silloin kun mä leivon ite leipää leipäkoneella, niin mä käytän myöskin
16. siinä niinkun öljyä aina.
17. **Rt:** Joo, se on hyvä.

Esimerkissä 9 kuvattu jakso liittyy ravitsemushaastatteluosioon. Tässä neuvontatilanteessa asiakas on aktiivinen ja esittää jo neuvontatilanteen alkuvaiheessa paljon kysymyksiä ja pyyntöjä saada neuvo. Riveillä 1-5 ravitsemusterapeutti antaa neuvon informaation pohjalta. Neuvo pohjautuu asiakkaan ravintopäiväkirjaan sekä ravitsemushaastattelussa saatuihin tietoihin. Sisällöltään neuvo on diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa käytetyistä neuvoista poikkeava siinä mielessä, että asiakkaan ruokavalio on hyvinkin vähärasvainen ja ravitsemusterapeutti haluaa korostaa hyvälaatuisten kasvirasvojen tarpeellisuutta. Ravitsemusterapeutti aloittaa neuvon antamisen pitämällä tauon ja ilmoittamalla, mitä aihetta tuleva neuvo koskee (rivi 1). Rivillä 6 asiakas ottaa neuvon vastaan hyväksymällä sen merkitysti ilmaisemalla, että hyvälaatuisten rasvojen tarpeellisuus oli hänelle uutta tietoa.

Myöhemmin tilanteen jatkuessa asiakas mainitsee jättäneensä kaiken mahdollisen näkyvän rasvan pois. Asiakas jatkaa (rivit 10-12) ruokailutottumuksistaan kertomista ja korostaa, että hän kuitenkin tarvittaessa käyttää hyvänlaatuisia rasvoja, vaikka ravintopäiväkirjasta se ei tullut ilmi. Tässä tapauksessa asiakkaan oman tiedon esiintuominen ei kuitenkaan vaikuta neuvon vastustamiselta (vrt. Heritage & Sefi 1992, 402-409), vaan jo hyväksytyyn neuvon käsittelyltä ja prosessoinnilta.

Esimerkissä 10 on kyseessä asiakkaan kolmas käynti ravitsemusterapeutin vastaanotolla. Ravitsemusterapeutti on eri henkilö kuin asiakkaan aikaisemmillä käynneillä, joten he keskustelevat asiakkaan ruokailutottumuksista ja ennen kaikkea siitä, mitä muutoksia asiakas on tehnyt ravintonsa suhteen. Laajemmin tarkasteltuna neuvona voitaisiin pitää koko edeltävää keskustelua, mutta selkeyden vuoksi neuvoksi on rajattu ravitsemusterapeutin tekemä yhteenveto (rivit 1-2). Ravitsemusterapeutti korostaa tässä jaksossa painonhallinnan jatkuvuutta. Riveillä 3-4 asiakas ilmaisee hyväksyneensä neuvon merkitysti sekä toistaa osittain ravitsemusterapeutin antamaa neuvoa (kts. Heritage & Sefi 1992, 391-395).

Esimerkki 10 (Asiakas D, ravitsemusterapeutti 3, 3. käynti, 4. neuvo, kesto: 31 sek.)

1. **Rt:** Mut kuitenkin painonhallinnassa on myös tärkeätä se (.), et niinku pitkällä
2. aikavälillä, et se (.) syöminen on tasapainosta.
3. **A:->** Niin, ei siitä kyllä tule mittään, et jos se yks kaks noin paino putoo, se tulee
4. takasin.
5. **Rt:** Aivan.
6. **A:** Niin et, täytyy nyt yrittää kahtoo, et=
7. **Rt:** Joo.
8. **A:** =ja sitten niin, että (.)ku sitä puurookin, niin mä sen, etten (.), vähän vaille jää
9. se kupura, kuu(h)le.
10. **Rt:** Niin. Niin joo, et se annos [pysyy isona £
11. **A:** [Niin. Mä, että] mistä niin siinä ois=
12. **Rt:** Joo.
13. **A:** =siinä, oikein tuolla desillä mittasin, siinä ois niinku [2½, 3 desiä, kuule=
14. **Rt:** [Joo.]
15. **A:** =sitä [puuroo kuule.
16. **Rt:** [Enintään, et sopiva annos] joo.

Neuvon vastaanottamisen jälkeen asiakas kertoo vielä keinoista, joita hän on käyttänyt tehdessään muutoksia ruokavalioonsa. Rivillä 8 on kuultavissa asiakkaan naurua sanan keskellä ja myös ravitsemusterapeutti vastaa hymyilevästi. Tässä tilanteessa naurua ja hymyä käytetään poikkeavalla tavalla, tavanomaista positiivisemmassa ja kannustavammassa mielessä (vrt. Haakana 2001, 135-159). Nauraminen sekä neuvon merkitty hyväksyminen voivat johtua siitä, että neuvontatilanteen aikana ravitsemusterapeutin ja asiakkaan välille on syntynyt luottamuksellinen ilmapiiri.

7.2.2 Merkitsemätön vastaanotto

Suurin osa (62 kpl) aineiston neuvoista otettiin vastaan merkitsemättömästi (taulukko 2). Samankaltaisia tuloksia ovat tutkimuksissaan saaneet myös Heritage & Sefi (1992) sekä Silverman (1997). Aineiston asiakkaat ottivat neuvon vastaan merkitsemättömästi sekä asiakas- että ravitsemusterapeuttilähtöisissä neuvoissa. Neuvon merkitsemätöntä vastaanottoa esiintyi kaikissa neuvon antamisen tyypeissä, mutta se oli yleisintä silloin, kun neuvo annettiin asiakkaan pyytämänä tai informaation perusteella (taulukko 3). Tosin edellä mainitut neuvon antamisen tyypit olivat muutoinkin yleisiä. Verrattuna neuvon merkittyyden hyväksymiseen merkitsemättömästä vastaanotosta ei voida päätellä, onko neuvolla ollut asiakkaalle jotain uutuusarvoa ja tuleeko hän jatkossa noudattamaan saamaansa neuvoa (vrt. Heritage & Sefi 1992, 395, Peräkylä 1994). Neuvon merkitsemätön vastaanotto saattaa joissain tilanteissa tarkoittaa myös neuvon vastustamista passiivisesti (Silverman 1997, 126).

Esimerkissä 11 asiakas ja ravitsemusterapeutti käyvät yhdessä läpi asiakkaan täyttämää ruokapäiväkirjaa ja keskustelevat sen pohjalta, millaisia muutoksia asiakkaan tulisi tehdä ruokavalionsa suhteen.

Esimerkki 11 (Asiakas A, ravitsemusterapeutti 1, 1. käynti, 8. neuvo, kesto: 43 sek.)

1. **Rt:** JOO, kyllä se kestää jonkin aikaa ennen ku se (.) lähtee kunnolla. Et ehkä tätä
2. kello 16 aterialle silleen jos aattelee, että tänne lisää, niin voi tästä ottaa sitä,
3. osan siitä maidosta ja=
4. **A:** Joo.
5. **Rt:** =ja vaikka sitte leipääkin jos, mut ei tässä ooo ku yks viipale. (1.0)
6. [Hedelmää ehkä vois
7. **A:** [Montakos viipaleita] sitä leipää vois päivittäin syödä?
8. **Rt:** No, kyllä minusta tää (.), ei tästä ainakaan voi vähentää. Ei täällä oo ku kolme
9. viipaleita.
10. **A:** Eiks siellä ollu [enempää, joskus on vähän enemmän?
11. **Rt:** [Kaks, kolme, neljä, viis], on ihan hyvä määrä. Ei kannata
12. vähentää leivän [määrää. (1.0) Ei missään tapauksessa.
13. **A:** [Aha, joo.] (3.0)
14. **Rt:** Et minusta tää on tämmösenään ihan hyvä, et en ainakaan nyt lähtis
15. kiristämään.
16. **A:** -> Ai.
17. **Rt:** Mieluummin niin, että tasaa tätä rytmiä.
18. **A:** -> Joo.

Esimerkissä 11 ravitsemusterapeutti aikoo aluksi ehdottaa leivän määrän vähentämistä, mutta muuttaa kantansa huomattessaan, että asiakkaan ruokavalio sisältää leipää sopivan määrän (rivi 5). Asiakas tarttuu ravitsemusterapeutin esittämään havaintoon leivän määrästä ja esittää kysymyksen (rivi 7). Ravitsemusterapeutti ei vastaa vielä rivillä 8 asiakkaan kysymykseen, vaan suhteuttaa vastauksensa ruokapäiväkirjan antamaan informaatioon. *Ku kolme viipaletta – ilmaisua käyttämällä leivän määrä on ravitsemusterapeutin mielestä vähäinen. Ravitsemusterapeutti ilmaisee riveillä 11-12 antamansa neuvon välttämättömänä: ei kannata vähentää leivän määrää, ei missään tapauksessa.* Minimipalautte Ai rivillä 16, ei osoita, aikooko asiakas noudattaa ravitsemusterapeutin antamaa neuvoa. Peräkylän (1994) mukaan merkitsemättömässä vastaanotossa on kyse myös siitä, että neuvolla ei ole välttämättä asiakkaalle uutuusarvoa.

Esimerkin 12 neuvo liittyy ravitsemushaastatteluosioon. Asiakas kertoo syövänsä usein iltaisin itse tekemäänsä hedelmäkiisseliä. Rivillä 1 ravitsemusterapeutti kysyy asiakkaalta kiisselin makeutuksesta, mutta ei sen määrästä. Riveillä 3-6 ravitsemusterapeutin antama neuvo kohdistuu kuitenkin käytetyn sokerin määrän vähentämiseen. Neuvossa ei tule ilmi, mikä on riittävän vähäinen sokerin määrä kiisseliin, vaan ravitsemusterapeutti vertaa määrää *perinteiseen ohjeeseen* (rivi 6). Neuvosta jää jälleen tekijä ilmaisematta eli kenen tulisi vähentää sokerin määrää kiisselissä, *tarviiko laittaa ihan sen perinteisen ohjeen mukaan* (rivit 6-7). Asiakas ei saa neuvon aikana konkreettista tietoa sopivasta sokerin määrästä, joten hän tyytyy antamaan merkitsemättömän vastauksen rivillä 14 (*mmm*), josta ei voi päätellä, tuleeko hän vähentämään kiisselissä käyttämänsä sokerin määrää.

Esimerkki 12 (Asiakas D, ravitsemusterapeutti 2, 1. neuvonta, 12. neuvo, kesto: 25 sek)

1. **Rt:** Laitatko ihan tavallista sokeria siihen vai käytätkö makeutusainetta?
2. **A:** Joo. Mä oon laittanut siihen tavallista sokeria(.)
3. **Rt:** Joo (.) Ootko yhtään kattonut sitä sokerin määrää, että sitä vois niinku
4. pikkasen niinku tarkistaa, et sen ei tarvi olla ihan niinku, (0.5) niin, et siinähan
5. on jo hedelmissä itessäänkin aika paljon makeutta, että sitä varmaan vois
6. niinku pikkasen miettiä, että tarviiko laittaa ihan, sen perinteisen ohjeen
7. [mukaan=
8. **A:** [Niin (h).
9. **Rt:** =[sitä sokeria?]
10. **A:** En oo kattonut, kuhan vaan=
11. **Rt:** Niin?
12. **A:** =oon ihan, (.) se on ihan reilusti imelä kyllä.
13. **Rt:** Joo.
14. **A:** -> Mmm.

7.2.3 Neuvon torjuminen

Neuvon torjumisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa selkeää, avointa vastustamista. Aineistossa oli vain 15 neuvoa, jotka otettiin vastaan torjuen (taulukko 2). Askelittaisessa siirtymässä neuvon ei havaittu yhtään neuvon torjumista. Neuvojen torjumisen tai avoimen vastustamisen on havaittu aikaisemminkin olevan harvinaista (kts. Heritge & Sefi 1992, 409, Silverman 1997, 134-153).

Esimerkki 13 liittyy neuvontatilanteen ongelmanmäärittelyosioon, jossa asiakas ja ravitsemusterapeutti käsittelevät asiakkaan painonpudotuksen tarvetta sekä käytettävissä olevia keinoja sekä muita käytäntöjä. Juhilan (2001) mukaan institutionaaliselle neuvonantotilanteelle on tyypillistä juuri tämän kaltainen ammatillisesta interventtiosta tai avun tarpeesta neuvottelemisen. Nupposen (2001, 43-45) mukaan ravitsemusneuvontajakson alussa asiakkaan kanssa tulisi sopia, miten jatkossa edetään.

Esimerkki 13 (Asiakas D, ravitsemusterapeutti 2, 1. neuvonta, 3. neuvo, kesto: 48 sek.)

1. **Rt:** Ja tietenkkin sulle tulee nyt useempia käyntejä tänne.
2. **A:** Joo. [Joo.
3. **Rt:** [Et varmasti] ihan yhdellä käynnillä [niitä=
4. **A:** [Niin.
5. **Rt:** [=asioita ei sillai=
6. **A:** [Ei varmaan.]
7. **Rt:** =ja tarvii semmmosta niinku seurantaa ja tukee siihen laihduttamiseen (0.5). Et
8. sitten meillä on olemassa myös painonhallintaryhmä. Elikkä tämmönen ryhmä,
9. jossa käydään läpi tuota niin, minkälainen terveellinen ruokavalio on (.). On
10. tosiaan ja, ja miten, miten niinku painoo voidaan hallita, miten niihin asioihin
11. voidaan ite (.), ite vaikuttaa ihan siinä ruuanvalmistuksessa, ruoka-, ruoka-
12. aineen valinnan tasolla ja ruoka-, ruuan valmistuksessa ja niin edelleen (.). Nyt
13. mä en tietenkään osaa sanoa sitä, että tähän, tammikuussa alkavaan ryhmään
14. (.), et mahtuuko siihen vielä, mutta yks mahdollisuus on se, ja tietysti toisaalta
15. jos et siitä oo kiinnostunut, sitten tietenkin voidaan ihan näillä
16. yksilökäynneillä.
17. **A:** -> Joo. Mä en oo ryhmäihmisiä.
18. **Rt:** Sä et oo ryhmäihmisiä.
19. **A:** En oo. Mä en oo sillä lailla.

Ravitsemusterapeutti aloittaa jakson kertomalla oman näkemyksensä asiakkaan avun tarpeesta kysymättä ensin asiakkaan mielipidettä (rivi 1). Asiakas myötäilee ravitsemusterapeutin ehdotusta riveillä 2, 4 ja 6. Riviltä 7 alkavassa vuorossa ravitsemusterapeutti ehdottaa

asiakkaalle eri tapoja jatkaa neuvontakäyntejä sekä esittelee painonhallintaryhmän toimintaa ja kertoo siihen liittyvistä sisällöistä. Asiakas ei osallistu keskusteluun ravitsemusterapeutin pitämien taukojen aikana. Tässä jaksossa ravitsemusterapeutti ehdottaa asiakkaan nykyiseen tilanteeseen muutosta (osallistuminen painonhallintaryhmään), jonka asiakas torjuu. Asiakkaan vastaus alkaa *joo* -sanalla (rivi 17), joka tässä tapauksessa voi merkitä, että asiakas hyväksyy ravitsemusterapeutin ehdotuksen yksilökäynneistä. Neuvo, joka liittyy painonhallintaryhmään, saa asiakkaalta kieltävän vastauksen (rivi 17). Jakson aikana ei selviä se, miten asiakkaan neuvontakerrat jatkuvat ja etenevät.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten yhteenveto

Tutkimustulokset vahvistavat osaksi aiempien tutkimusten johtopäätelmiä, mutta osaltaan tuovat myös uudenlaista tietoa siitä, miten ravitsemukseen liittyviä neuvoja annetaan ja otetaan vastaan. Tulokset osoittavat, että tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa käytetty ravitsemusneuvonta sisältää sekä asiakas- että ammattilaislähtöistä neuvon antamista. Lisäksi erityyppiset neuvot poikkeavat joiltain osin toisistaan myös sen mukaan, millaisia aiheita niissä käsitellään (taulukko 4).

Taulukko 4 Yhteenveto tutkimustuloksista

Neuvon antaminen	<i>Neuvo asiakkaan pyytämänä</i>	<i>Asiakkaan rakentama neuvo</i>	<i>Askelittainen siirtymä neuvoon</i>	<i>Neuvon antaminen informaation pohjalta</i>	<i>Neuvon antaminen irrallisena</i>
Jakso, johon neuvo paikantuu	informaation antaminen, ruokavalion muuttamisesta neuvottelu	ruokavalion muuttamisesta neuvottelu, lopetusvaihe	informaation antaminen, ruokavalion muuttamisesta neuvottelu	informaation antaminen, ruokavalion muuttamisesta neuvottelu	informaation antaminen, ruokavalion muuttamisesta neuvottelu
Yleisin neuvon antamisen tapa	persoonaton neuvon antaminen	asiakas neuvon kohteena	persoonaton neuvon antaminen	persoonaton neuvon antaminen	persoonaton neuvon antaminen
Aloitteen tekijä	asiakas	asiakas	ravitsemusterapeutti	ravitsemusterapeutti	ravitsemusterapeutti
Tyypillinen neuvon sisältö	ruoan määrä ja laatu, painon pudotus painonhallinnan ongelmat	yhteenveto / kannustus käsittelystä aiheesta, oma vointi	painon pudotus, käyttäytymisen muutos	ruoan määrä ja laatu, painon pudotus	painon pudotus, lääkehoito, ruokapäiväkirja
Neuvon vastaanottaminen (yleisin tapa)	merkitsemätön vastaanotto	-	merkitty hyväksyminen	merkitsemätön vastaanotto	merkitsemätön vastaanotto

Ravitsemusneuvonnan tapaa koskevia tutkimuksia on tehty verrattain vähän sekä Suomessa että muualla maailmassa. Eri maissa tehtyjen neuvontaa koskevien tutkimusten vertailussa täytyy kuitenkin ottaa huomioon kulttuuriset erot (Peräkylä 2004, 299). Tutkimustulosten

vertaaminen suoraan suomalaiseen kulttuuriin tai päinvastoin voi olla hankalaa. Suomalaiseen keskustelukulttuuriin eivät tavallisesti kuulu voimakkaat kannanotot tai hyväksymistä merkitsevät pään nyökkäykset, vaikka keskustelun vuorottelu onkin universaalia (Hakulinen 1997, 32). Peräkylä (1998, 192-207) on kuitenkin havainnut mielenkiintoisia eroavaisuuksia suomalaisten ja brittiläisten välillä tutkiessaan lääkärin ja potilaan vuorovaikutusta. Hän vertasi omaa suomalaista aineistoaan Heathin (1992) brittiläiseen aineistoon ja totesi suomalaisten potilaiden olevan aktiivisempia verrattuna brittiläisiin potilaisiin, kun tutkimuksen kohteena oli potilaiden puhe ja sen määrä lääkärin kertoman diagnoosin jälkeen.

Toinen merkittävä seikka, joka vaikuttaa ammattilais- ja asiakaslähtöisten neuvojen jakautumiseen, on käsitteillä oleva aihe. Kaikki terveydenhuollon asiakkaan ja ammattilaisten väliset neuvontakeskustelut eivät ole käytännöiltään tai sisällöiltään suoraan verrattavissa toisiinsa. Silvermanin mukaan (1997, 130) asiakkaiden on vaikea avata keskustelua tai pyytää neuvoa, jos kyseessä on arkaluontoinen asia. Ravitsemukseen liittyvät asiat ovat jokaiselle arkipäiväisiä, joten omasta ravitsemuksesta keskusteleminen ja neuvojen pyytäminen eivät välttämättä aiheuta häpeän tunnetta. Toisaalta ammattihenkilö voi myös luoda tahtomattaan tilanteesta sellaisen, jossa asiakkaan on vaikea kertoa ruokailutottumuksistaan tuntematta syyllisyyttä tai häpeää. Tässä tutkimuksessa kaikki asiakkaat kertoivat omasta ravitsemuksestaan suhteellisen avoimesti.

Eri tutkimustulosten verrattavuuteen vaikuttavat myös tutkittava kohderyhmä sekä paikka, jossa neuvontaa annetaan. Silverman (1997, 128) on todennut, että samassa organisaatiossa työskentelevillä on taipumus rakentaa neuvonsa samoin tai samankaltaisesti. Työyhteisöillä voi olla käytössään tiettyjä yhteisesti sovittuja menetelmiä. Tässä tutkimuksessa tarkastelun kohteena oli vain yhden yksikön ravitsemusterapeuttien antama neuvonta. Tutkimuksessa ei tämän vuoksi ollutkaan tarkoituksena erotella, miten eri ravitsemusterapeuttien antamat neuvot poikkeavat toisistaan. Asiakkaan kotona annetut neuvot (Heritage & Sefi 1992) saattavat myös poiketa neuvoista, jotka annetaan sairaalassa (Kettunen 2001, Koikkalainen 2001) tai terveyskeskuksen yksikössä (tämä tutkimus).

8.1.1 Neuvon antaminen

Jakauma ravitsemusterapeutti- ja asiakaslähtöisen neuvon antamisen välillä on tämän tutkimuksen tulosten perusteella tasaisempaa kuin muissa asiakkaiden ja ammattihenkilöiden

vuorovaikutusta kuvaavissa tutkimuksissa (vrt. Heritage & Sefi 1992, Silverman 1997). Tämän tutkimuksen neuvontajaksoista lähes 45 prosenttia sai alkunsa asiakkaan aloitteesta (taulukko 1). Neuvontatilanteiden yksilöllisyys korostuu tarkasteltaessa neuvon antamisen jakautumista asiakaskohtaisesti (taulukko 1). Eri asiakkaat omaavat erilaisia valmiuksia muuttaa ruokailutottumuksiaan sekä heidän tottumuksensa ja elämäntilanteensa ovat hyvin erilaisia. Toisaalta myös ravitsemusterapeuttien käytännöissäänkin saattaa olla eroavaisuuksia, vaikka sitä ei tässä tutkimuksessa tarkasteltukaan. Kettunen (2001, 93) korostaa voimavarakeskeisestä työskentelymallista puhuessaan asiakkaan oikeutta määrittellä oman osallistumisensa laatua ja laajuutta oman jaksamisen ja voimavarojen mukaan. Hänen mielestään ammattihenkilö ei myöskään saisi estää asiakkaan osallistumista (emt.). Mielestäni tässä tutkimuksessa lähes kaikissa neuvontatilanteissa ravitsemusterapeutit huomioivat ainakin osittain asiakkaiden lähtötilanteet ja valmiudet. Niillä asiakkailla, jotka osallistuivat ravitsemusneuvontaan useammin kuin yhdesti, asiakaslähtöisten neuvojen sekä neuvon merkityn vastaanottamisen suhteellinen osuus kasvoi neuvontatilanteiden lisääntyessä (taulukot 1 & 2) (vrt. Peräkylä ym 2001, 180).

Tässä aineistossa annetuille neuvoille löytyi tyypillisiä piirteitä riippumatta siitä, mihin luokkaan neuvot jaoteltiin kuuluviksi (taulukko 4). Annetut neuvot paikantuivat tyypillisesti ravitsemushaastatteluosion lomassa esiintyvän informaation antamisjakson tai ruokavalion muutoksista neuvottelemisen yhteyteen, lukuun ottamatta asiakkaan itse rakentamaa neuvoa, jota esiintyi ainoastaan neuvontatilanteiden loppuvaiheessa ruokavalion muutoksista neuvotellessa sekä lopetusvaiheessa (vrt. Pyörälä 2000, 61). Ravitsemusterapeutit käyttivät lähes kaikissa neuvon antamisen jaksoissa ainakin osittain persoonatonta neuvonantoa, jossa ei tule ilmi kenen tulisi noudattaa annettua neuvoa. Persoonattomalla neuvon antamisella ravitsemusterapeutit voivat välttää asiakkaan kasvojen menetyksen, mutta pystyvät silti tuottamaan neuvon (Silverman 1997, 154-181, Sorjonen 2001, 89-111, Suoninen 2001, 84-89).

Eri neuvon antamisen luokista löytyy myös runsaasti eroavaisuuksia (taulukko 4). Kaksi asiakaslähtöistä neuvonantamisen muotoakin poikkeavat toisistaan. Neuvo asiakkaan pyytämänä rakentui tavallisesti asiakkaan esittäessä kysymyksen ja ilmaistessaan samalla epävarmuutensa kyseisestä asiasta. Asiakkaan pyytämät neuvot käsittelivät tavallisesti ruoka-aineisiin, ruoan määrään, painon pudotukseen sekä painonhallinnan ongelmiin liittyviä asioita. Asiakkaan rakentama neuvo muodostui puolestaan asiakkaan ja ravitsemusterapeutin

välisen keskustelun tuloksena, jossa ravitsemusterapeutti johdatteli keskustelua antamatta kuitenkaan selkeitä neuvoja. Asiakkaan rakentama neuvo olikin usein eräänlainen yhteenveto käydylle keskustelulle (vrt. Silverman 1997, 124) ja vaikutti suotuisalta neuvon rakentumisen tavalta.

Ravitsemusterapeuttilähtöisten neuvojen eroavaisuudet löytyivät lähinnä neuvon sisällöistä. Neuvon antaminen informaation pohjalta poikkesi askelittaisesta siirtymästä sekä neuvon antamisesta irrallisena tosin määrällisestikin (taulukko 2). Lisäksi informaation pohjalta annetut neuvot käsittelivät muista poiketen lähestulkoon ainoastaan painon pudotukseen, ruoan määrään ja laatuun sekä ravintoaineisiin liittyviä asioita. Askelittaista siirtymää neuvon käyttöön käytettiin tässä tutkimuksessa hyvin vähän, joten tämän tyyppiselle neuvolle on vaikea hahmottaa yhdistävää tekijää. Informaation pohjalta annettuun neuvon verrattuna askelittaista siirtymää esiintyi kuitenkin usein, kun kyseessä oli painon pudotukseen tai asiakkaan käyttäytymiseen ja sen muuttumiseen liittyvät neuvot. Neuvon antamista irrallisena voisi kuvata ravitsemusterapeutista lähtöisin olevana ehdotuksena, joka sisälsi vain vähän asiakkaan puhetta ja osallistumista. Irrallisena annetun neuvon sisällöt olivat vaihtelevia aina ruokapäiväkirjan täyttämisen lähtökohdasta laihdutuslääkkeen esittelyyn.

8.1.2 Neuvon vastaanottaminen

Neuvojen vastaanottamisen vertailu eri tutkimusten välillä on vaikeaa, koska annetut neuvot, käsitelty aihe sekä kohderyhmät voivat olla hyvin erilaisia. Neuvo asiakkaan pyytämänä hyväksyttiin merkitysti tässä tutkimuksessa vain reilussa kolmasosassa tapauksista (taulukko 3). Merkitysti hyväksytyin vastaanoton saaneet asiakaslähtöiset neuvot koskivat tavallisesti ruoka-aineita sekä ruoan määrää. Ne asiakaslähtöiset neuvot, jotka saivat usein merkitsemättömän vastaanoton tai neuvo otettiin vastaan torjuen, käsittelivät usein vaikeuksia muuttaa tai ylläpitää ruokailutottumuksia. Jotkut näistä neuvoista olivat ristiriidassa asiakkaan aikaisemman tiedon tai käyttäytymisen kanssa. Toisaalta neuvon merkitsemätön vastaanotto ei välttämättä tarkoita neuvon hylkäämistä. Ravitsemusterapeuttien tässä tutkimuksessa usein käyttämän persoonattoman neuvonantamisen ongelmana voi olla se, että sen jälkeen asiakkaan on hyväksyttävää antaa vain minimipalaute, josta ei voida päätellä, tuleeko hän noudattamaan neuvoa (vrt. Suoninen 2001, 85).

Lähes puolet neuvoista, joihin asiakkaat antoivat torjuvan vastaanoton, olivat rakentuneet asiakkaan pyytämänä (taulukko 3). Neuvon vastaanottamista torjuen havaittiin kokonaisuudessaan suhteellisen vähän, joten sisällöltään näille torjutusti vastaanotetuille neuvoille ei ole löydettävissä yhdistävää tekijää. Ravitsemusterapeuttien antamat neuvot olivat luultavasti näissä tapauksissa ristiriidassa asiakkaiden oletusten ja odotusten kanssa.

Lähes puolet neuvoista, jotka annettiin informaation pohjalta, otettiin vastaan käyttäen merkittyä hyväksyntää (taulukko 3). Vaikka ammattihenkilöstä lähtöisin olevia neuvoja ei aikaisempien tutkimusten tulosten perusteella tulisi välttämättä suosia (Heritage & Sefi 1992, Silverman 1997), tässä aineistossa ravitsemusterapeuttien informaation pohjalta antamat neuvot olivat usein personalisoitu asiakkaan tilanteeseen, vaikka selvää asiakkaan pyyntöä saada neuvo ei kyseisessä jaksossa esiintynytäkään (vrt. Koikkalainen 2001, 88). Silvermanin (1997, 129) mielestä ammattihenkilölähtöinen neuvon antaminen voi saada asiakkaalta merkityn hyväksymisen, jos asiakas on etukäteen kiinnostunut kyseisestä aiheesta tai, hänellä on jo siitä jotain aikaisempaa tietoa. Tässä tutkimuksessa ravitsemusterapeuttien huolellisesti tekemät ravitsemushaastattelut toivat esiin asiakkaiden ruokailutottumuksia, joiden perusteella ravitsemusterapeutit pystyivät antamaan asiakkaiden omaa elämää koskettavia neuvoja.

Neuvon vastaanottamisen perusteella ei voida tämän tutkimuksen perusteella olla täysin varmoja, tuleeko asiakas noudattamaan saamaansa neuvoa. Toisaalta neuvon merkitty hyväksyminen vaikuttaa neuvon noudattamisen kannalta selvästi suotuisammalta verrattuna neuvon torjumiseen. Neuvon merkitsemättömän vastaanoton perusteella on vaikea arvioida neuvon toteuttamista. Useissa tapauksissa ravitsemusterapeutit eivät muuttaneet neuvoaan tai antaneet uutta ehdotusta huomattuaan asiakkaan antavan vain lyhyen minimipalautteen tai torjuessaan neuvon (vrt. Pyörälä 2000).

8.2 Tutkimusmenetelmän arviointi

Tutkimuksen aineistoa analysoitaessa on hyödynnetty sekä määrällistä että laadullista tarkastelua. Laadullisen tarkastelun tavoitteena on ollut kuvata ravitsemusneuvonnan kulkua ja sisältöä sekä asiakkaan ja ravitsemusterapeutin välistä vuorovaikutusta. Eri neuvon

antamisen muotojen määrällinen esiintyvyys aineistossa puolestaan antaa kokonaiskuvan neuvontatilanteen monipuolisuudesta ja vaihtelevuudesta.

Vuorovaikutuksen tarkempaan tutkimiseen keskustelunanalyttinen tutkimusmenetelmä soveltuu hyvin, koska sen avulla voidaan täsmentää yksityiskohtaisesti ravitsemusterapeutin ja asiakkaan välisen puhutun vuorovaikutuksen dynamiikkaa. (vrt. Ruusuvuori 1996, Heritage 2004, 223). Vuorovaikutuksen tutkimuksessa keskustelunanalyysin tavoitteena on saada näkymätöntä näkyväksi. Tässä tutkimuksessa keskustelunanalyysin avulla on saatu selville logiikka, joka ohjaa neuvontatilannetta sekä orientaatio, jotka vaikuttavat ravitsemusterapeutin ja asiakkaan toimintaan. Keskustelunanalyysin avulla voidaan myös nähdä osallistujien puheenvuorojen liittyvän ja vaikuttavan toisiinsa. Toisen neuvonnan osapuolen esittämälle kysymykselle odotetaan aina vastausta ja pyynnölle tai neuvolle suostumusta tai kieltäytymistä. Vuorovaikutuksen rakentumisen ja neuvontatilanteen kulun kannalta pienetkin yksityiskohdat voivat olla merkityksellisiä. Keskustelunanalyttinen aineistonanalyysi soveltuu hyvin institutionaalisten neuvontatilanteiden käsittelyyn, koska kyseessä on aito vuorovaikutustapahtuma, jolla on oma, erillinen tavoitteensa. (Engeström & Ruusuvuori 2003, Heritage 2004, 224.) Tässä tutkimuksessa ravitsemusterapeuttien ja asiakkaan välisen neuvontatilanteen tavoitteena oli asiakkaan ruokailutottumusten muutos.

Tutkimuksen aineiston luotettavuutta lisää se, että aineisto on kerätty luonnollisessa tilanteessa, ei koe-asetelmassa (vrt. Eskola & Suoranta 1998). Aineiston keruumenetelmä eli valmis videoitu aineisto sekä kirjallinen litteraatio ovat helpottaneet aineiston analyysiä, koska siihen palaaminen aina uudelleen on ollut mahdollista. Toisaalta toisen keräämästä aineistosta on voinut jäädä jotain itselle oleellista pois. Toisaalta tutkimustehtävien valossa tarkasteltuna, aineiston analyysi ei tässä tapauksessa välttämättä vaadi osallistumista aineiston keräämiseen (vrt. Kettunen 2001). Videoinnin vaikutusta tilanteen vuorovaikutukseen sekä asiakkaiden ja ravitsemusterapeuttien käyttäytymiseen ja puheeseen on vaikea tämän tutkimuksen perusteella arvioida.

Tutkimuksen aineiston koko on suhteellisen pieni, joten siitä on vaikea tehdä yleispäteviä ja objektiivisia päätelmiä (vrt. Peräkylä 2004, 295-296). Yleistettävyyden sijaan laadullisessa tutkimuksessa tuloksia voidaan arvioida mielummin siirrettävyydellä ja sillä, millaisia uusia näkökulmia tehnyt tutkimus on tuottanut (Eskola & Suoranta 1998). Tuomi ja Sarajärvi (2003, 66-69) sekä Pyörälä (1994) korostavat laadullisen tutkimuksen yhteydessä tilastollisten

yleistyksien sijaan tietyn toiminnan ymmärtämistä tai jollekin ilmiölle annettavaa teoreettisesti mielekästä tulkintaa. Peräkylän (2004) mukaan keskusteluanalyysillä saatuja tutkimustuloksia eri vuorovaikutuksen piirteistä voidaan hyödyntää käytännön työssä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei voida välttämättä yleistää, että ravitsemusterapeutit ja asiakkaat käyttäytyisivät aina samoin kuin tässä tutkimuksessa. Toisaalta voidaan kuitenkin yleistää, että he voivat mahdollisesti käyttäytyä tutkimuksessa esitetyn kaltaisesti (Peräkylä 2004). Tällöin yksikin tapausesimerkki voi olla arvokas. Eskola ja Suoranta (1998, 230) haluavat myös kyseenalaistaa sen, onko ihmisten toiminnasta ylipäättään löydettävissä tiettyjä lainalaisuuksia. Tutkimuksen lukija voi arvioida sen luotettavuutta esitettyjen väitteiden ja selitysten pohjalta. Aineiston tulkinnan selkeyttämiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi tässä tutkimuksessa on esitetty lukuisia esimerkkejä, joista tulkinnat on tehty (vrt. Eskola & Suoranta 1998, Tuomi & Sarajärvi 2003). Tulkinnoille ovat antaneet vahvistusta myös aiemmat keskusteluanalyysillä tehdyt institutionaaliset tutkimukset.

Tutkimustulosten siirrettävyyteen liittyy myös kysymys, miten tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää muun diabetesneuvonnan tai yleisesti elintapaneuvonnan yhteydessä. Ravitsemusneuvonnan ohella myös liikuntaneuvonta on haasteellista ja tarpeellista diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä. Vaikka kyse on erilaisista elintavoista, tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan suositella tietyntyypisten neuvojen suosimista tai välttämistä sekä huolellista haastattelua kyseisestä elintavasta.

8.3 Johtopäätökset ja kehittämisideat

Tämä tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että tyyppin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä käytetty ravitsemusneuvonta sisältää runsaasti eri tavoin rakentuvia ja eri aihealueita käsitteleviä neuvoja, jotka otetaan vastaan eri tavoin. Lisäksi tulokset osoittavat, että jokainen neuvontatilanne on yksilöllinen. Tämä tutkimuksen mukaan neuvon vastaanottamisen kannalta ei ole merkittävää, rakentuuko neuvo asiakas- vai ravitsemusterapeuttilähtöisesti. Sen sijaan neuvon hyväksyminen merkittävästi edellyttää asiakkaan oman näkemyksen, hänen tilanteensa ja ruokailutottumustensa huomioimista huolimatta siitä, kenen aloitteesta neuvon on päädytty. Toisaalta tilan antaminen asiakkaalle on neuvontatilanteen vuorovaikutuksen muodostumisen kannalta oleellista (vrt. Kettunen 2001), joten asiakkaalle tulee antaa myös mahdollisuus tehdä aloite neuvon antamiselle sekä

rakentaa itselleen neuvoja. Tämän tutkimuksen mukaan neuvojen antamisen tavalla ja asiakkaan huomioimisella voidaan ainakin osittain vaikuttaa ravitsemusneuvonnan tavoitteiden toteutumiseen.

Vaikka Koikkalaisen (2001, 90) mukaan asiakkaalle tulisi esittää kysymyksiä, jotka koskevat hänen kokemiaan esteitä muuttaessaan ruokailutottumuksiaan, tässä tutkimuksessa ravitsemusterapeutin aloitteesta esteiden ja ongelmien käsitteleminen oli harvinaista. Ravitsemustottumusten muuttamiseen liittyvien ongelmien käsittelyn vähyyteen saattaa olla osittaisena syynä se, että neuvontatilanteet sisälsivät suhteellisen vähän kuvailevia jaksoja, joissa asiakkaalta kysytään muun muassa suhtautumistaan ruokailuun erilaisissa tilanteissa (vrt. Pyörälä 2000). Ravitsemusneuvojen toteutumista asiakkaan jokapäiväisessä elämässä ei juuri täsmennetty tai pohdittu tarkemmin. Ravitsemusterapeutin tulisi kysellä asiakkaan mielipiteitä riittävästi, jotta asiakkaan oma näkemys kokemistaan ongelmista tulisi esiin selvästi. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ravitsemusneuvonnassa voisi olla hyvä hyödyntää askelittaista siirtymää neuvon ongelmatilanteiden läpikäymiseen.

Ravitsemusneuvonnassa vastaanottajan huomioiminen ammattihenkilön osalta vaatii myös sanojen ja kuvausten valinnan niin, että ne ovat ymmärrettäviä. Kettusen (2001, 63) mukaan neuvontatilanteen kielenkäytöllä voi olla suuri merkitys. Tietyillä sanavalinnoilla neuvon antaja voi ehkä tahtomattaankin ohjata asiakasta antamaan tietyn tyyppisiä vastauksia. Peräkylän (1997, 185) mukaan käyttämällä termiä ruokavalio neuvon antaja voi johdatella asiakasta puhumaan syömisestä päämäärätietoisena, normatiivisten valintojen kohteena. Tämä ei välttämättä vastaa asiakkaan näkemystä jokapäiväisestä syömisestään. Yksittäisten sanojen valinnan lisäksi puheenvuorojen laajempi rakenne ja kulku vaikuttavat ravitsemusneuvonnan vuorovaikutukseen (vrt. Peräkylä 1997, 185).

Ravitsemusneuvonnassa on tavallisesti tavoitteena ihmisen käyttäytymisen muutos, johon pyritään ravitsemusterapeutin ja asiakkaan toteuttaman keskustelun keinoin. Neuvontaan ja vuorovaikutukseen liittyviä asioita tulisi näin ollen opiskella jo koulutusvaiheessa. Nykysessä muodossaan Suomessa toteutuva ravitsemusterapeuttien koulutus sisältää joitain käyttäytymistieteiden opintoja, mutta varsinaisesti neuvontaan liittyviä opintoja ei kurssitarjonnasta kuitenkaan löydy (Kuopion Yliopisto 2005). Neuvontakäytäntöjen ja neuvontatilanteiden sisältämien haasteiden, kuten asiakkaan esittämien

ongelmanratkaisupyyntöjen käsittely opiskeluaikana antaa ravitsemusterapeuteille valmiuksia toteuttaa jatkossa tehokasta ja tuloksekasta neuvontaa.

Vaikka nykyään työikäisten ravitsemustietämys on parantunut ja ruokailutottumukset ovat lähentyneet ravitsemussuosituksia (Puumalainen 2001, 169), tämänkin tutkimuksen tulokset osoittavat, että yksilöllistä ravitsemusneuvontaa tarvitaan edelleen Ravitsemukseen liittyvien valintojen jatkuva lisääntyminen sekä monimutkaistuminen voi vaikeuttaa ravintoon liittyvää päätöksen tekoa (emt). Yksilöllinen ravitsemusneuvonta voi olla tehokasta, mutta se aiheuttaa myös kustannuksia. Varsinaisen neuvontatilanteen lisäksi ravitsemusneuvojan aikaa kuluu myös suunnitteluun ja valmisteluun ennen neuvontaa sekä neuvonnan jälkeen kirjaamiseen. Toisaalta suunnittelematon neuvonta voi olla tuloksetonta ja näin ollen tulla kalliiksi (Nupponen 2001, 49). Tämän vuoksi olisi hyödyllistä kehittää yhtenäisiä neuvontakäytäntöjä, joihin perehtymiseen neuvojen antajilla olisi mahdollisuus.

Jotta tyypin 2 diabeteksen puhkeaminen saataisiin estettyä tai siirrettyä, suuressa riskissä olevien henkilöiden tulisi usein tehdä muutoksia ruokailutottumuksiinsa. Henkilöt, jotka ovat korkeassa riskissä sairastua tyypin 2 diabetekseen, ovat suuri ryhmä työikäisiä suomalaisia, jotka eivät välttämättä käytä säännöllisesti yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palveluja. Toisaalta osa työikäisistä henkilöistä käyttää järjestöjen ja kuntokeskusten palveluja, joissa on myös mahdollista toteuttaa ryhmämuotoista tai yksilöllistä ravitsemusneuvontaa. Ravitsemusneuvonnan toteutuminen muun kuin virallisten instituutioiden toimesta tulee luultavasti lisääntymään lähivuosien aikana. Neuvonnan laajeneminen virallisen terveydenhuollon ulkopuolelle on tarpeellista ja väistämätöntä, mutta ei aina ongelmatonta. Virallisen terveydenhuollon ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö liittyen ravitsemukseen voi auttaa kehittämään yhteneviä toimintakäytäntöjä.

Eri koulutustaustan omaavien henkilöiden osaaminen sekä ravitsemuksen että vuorovaikutuksen osalta voi olla hyvinkin kirjavaa. Myös virallisen terveydenhuollon sisältä löytyy eri koulutustaustojen pohjalta ravitsemusneuvontaa toteuttavia ammattiryhmiä. Tiedon jakaminen moniammatillisissa työryhmissä sekä useammalle ammattiryhmälle suunnatut ravitsemusneuvontaa käsittelevät koulutukset tehostavat myös terveydenhuollossa toteutuvaa neuvontaa.

8.4 Jatkotutkimushaasteet

Ravitsemusneuvontaan liittyvän tutkimustiedon lisääntyminen laajentaa myös ravitsemusneuvonnan näkökulmaa (vrt. Koikkalainen 2001). Kun ravitsemus- ja muussa elintapaneuvonnassa otetaan huomioon käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät, kuten esteet ja mahdollisuudet, voi tämä aiheuttaa ristiriitoja sen näkemyksen kanssa, jossa elintapoja tarkastellaan yksiulotteisesti, yhdestä näkökulmasta, asiakasta huomioimatta. Tutkimustietoon pohjautuvien kehittämisideoiden avulla voidaan kuitenkin vähentää ristiriitaa asiakas- ja ammattilaislähtöisen neuvonnan välillä.

Ravitsemusneuvonnan laajan kirjon vuoksi tarvitaan vielä lisätutkimuksia. Hoitajien antamasta elintapaneuvonnasta on olemassa jo jonkin verran tietoa, mutta ravitsemusterapeuttien neuvontakäytäntöjä tulisi tutkia vielä lisää. Jatkossa niin ravitsemus- kuin muunkin elintapaneuvonnan tutkimuksessa olisi hyödyllistä keskittyä niihin tekijöihin, jotka ohjaavat ihmisten ravitsemukseen liittyviä valintoja, koska tällä tiedolla on merkitystä neuvonnan toteuttamisessa. Itse neuvontakäytäntöjen tutkimuksessa edelleen mielenkiintoisia asioita ovat seuraavat:

- Tutkimuksissa olisi syytä kiinnittää huomiota neuvontatilanteiden määrän lisäksi myös niiden laatuun ja käytettyihin menetelmiin.
- Miten ravitsemusneuvonta toteutuu eri-ikäisillä tai eri sukupuolta olevilla asiakkailla?
- Asiakkaiden puheen määrä verrattuna ravitsemusneuvontaa antavan puheen määrään.
- Miten eri ammatteja edustavien henkilöiden antama ravitsemusneuvonta poikkeaa toisistaan?
- Miten erilaisia ohjeistuksia tai työvälineitä voidaan hyödyntää ravitsemusneuvonnassa?
- Miten neuvontakäytäntöjen opiskelu vaikuttavat neuvontatilanteen toteutumiseen?

LÄHTEET

Aro A, Mutanen M, Uusitupa M. 1999. Ravitsemustiede. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Aro A. 2004. Diabeteksen lääketieteellinen ravitsemushoito. *Duodecim*. 120: 2108-2111.

Ballou M B, Fetter M P, Litwack, K P & Litwalck L 1992. Health counseling. USA: American School Health Association.

Boden D & Zimmerman D H (toim.) *Talk and Social Structure*. Great Britain: Polity Press.

Bonnet C, Gagnayre R, d'Ivernois JF. 1998. Learning difficulties of diabetic patients. A survey of educators. *Patient education and counseling* 35, 139-147.

Brekke H K, Jansson P A, Mansson J E & Lenner R A. 2003. Lifestyle changes can be achieved through counseling and follow-up in first-degree relatives of patients with type 2 diabetes. *Journal of American Dietetic Association* 103(7); 835-843.

Diabetes Prevention Program. 1999. Design and methods for a clinical trial in the prevention in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 22: 623–634.

Diabetes Prevention Research Group. 2002. Reduction in the evidence of type 2 diabetes with life-style intervention or metformin. *New England Journal of Medicine* 346: 393–403.

Drew P & Heritage J. 1992. *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.

Engeström R & Ruusuvuori J. 2003. Puhe Lääkäriin työvälinaena ja laadullisen tutkimuksen kohteena. *Duodecim* 119: 303-311.

Eskola J & Suoranta J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Fogelholm M (toim.). 2001. *Ratkaisuja ravitsemukseen, ravitsemuskasvatus ja elämäankaari*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Fox C & Kilvert A. 2003. Intensive education for lifestyle changes in diabetes. *British Medical Journal* 327: 1120-1121.

Glasgow R E, Toobert D J & Hampson S E. 2001. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum* 14, 33-41.

Glasgow R E, Hampson S E, Stryker L A & Ruggiero L. 1997. Personal-model beliefs and social environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20: 556-561.

Haakana M. 2001. Lääkäri, potilas ja nauru. Teoksessa M-L Sorjonen, A Peräkylä & K Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Jyväskylä: Gummerus, 135-159.

Hakulinen A. 1997 Vuorottelujäsennys. Teoksessa L Tainio (toim.) *Keskustelunalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 32-55.

Heritage J & Sefi S. 1992. Dilemmas of advice. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 359-417.

Heritage J. 2004. Conversation analysis and institutional talk. Teoksessa D. Silverman (eds.) *Qualitative research*. Cornwall: Sage Publications, 222-245.

Heinonen L 2003. Terveyttä edistävä syöminen. Teoksessa P Ilanne-Parikka, T Kangas, E A Kaprio & T Rönnemaa (toim.) *Diabetes*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 95-123.

Hänninen J. 2000. Health Related Quality of Life and Quality of Care in Middle-aged Subjects with type 2 diabetes. *Kuopion yliopisto Publications D. Medical Sciences* 205.

International Diabetes Federation 2003. *International Curriculum for Diabetes Health Professional Education*. Module III-5, Nutrition therapy [WWW-dokumentti] [Viitattu 27.1.2005] <http://www.idf.org/webdata/dogs/Module%203.pdf>.

Jokinen A & Suoninen E. 2001. Auttamistyö keskusteluna. Tampere: Vastapaino.

Juhila K. 2001. Neuvot ja pulmat lastensuojelukeskusteluissa. Teoksessa A Jokinen & E Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tampere: Vastapaino, 105-129.

Kangas T. 2001. Diabeetikoiden ja verrokkien terveystalveluiden käyttö ja kustannukset Helsingissä. Suomalainen Lääkärilehti 56: 1525–1531.

Kangas T. 2004. Tyypin 2 diabeetikoiden terveydenhoitokustannukset räjähtävät. Kansanterveys 5 -6: 14-15.

Kansanterveyslaki 66 / 28.1.1972. [WWW-dokumentti] [Viitattu 27.1.2005] .
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Kasila K. 2003. Negotiation in type 2 diabetes counseling: from problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. Qualitative Health Research 13: 1205-1224.

Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Studies in Sport, Physical education and Health 75. Jyväskylän yliopisto.

Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P & Kasila K. 2004. Muutospuhe tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti 41: 352–365.

King H, Aubert R E, Herman W H. 1998. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 21:1414–1431.

Kiuru P, Poskiparta M, Kettunen T, Saltevo J & Liimatainen L. 2004. Advice-Giving Styles by Finnish Nurses in Dietary Counseling Concerning Type 2 Diabetes Care. Journal of Health Communication 9: 337-354.

Koikkalainen M. 2001. Ruokailutottumusten muuttamisen esteet sydänpotilailla. Kuopion yliopiston julkaisu D. 262 Lääketiede. Kuopio: Savon kopiokeskus Oy.

Krupat E, Irish J T, Kasten L E, Freund K M, Burns R B, Moskowitz M A & McKinlay J B. 1999 Patient assertiveness and physical decision-making among older breast cancer patients. *Social Science & Medicine* 49 449-457.

Kuopion Ylipisto. 2005. Tutkintoasetus. . [WWW-dokumentti] [Viitattu 9.3.2006]
<http://www.uku.fi/opiskelu/ojk/indexu110.shtml>

Kuusinen K-L. 1993. Hoito-ohjeiden noudattaminen- yksilön ja ohjauksen ongelma. Teoksessa K-L Kuusinen (toim.) *Terveyspsykologia*. Juva: WSOY.

Kuusinen K-L. 1993. *Terveyspsykologia*. Juva: WSOY.

Lahikainen A R & Pirttilä-Backman A M. 1998. *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Keuruu: Otava.

Lindström J, Eriksson J G, Valle T T, Aunola S, Cepaitis Z, Hakumäki M, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Martikkala V, Moltchanov V, Rastas M, Salminen V, Sundvall J, Uusitupa M, Tuomilehto J. 2003. Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the finnish diabetes prevention study: results from a randomized clinical trial. *Journal of the American Society of Nephrology* 14 (7 Suppl 2), 108-113.

Maa- ja metsätalousministeriö 2003. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Toimintaohjelma kansallisten ravitsemussuosituksen toteuttamiseksi. Komiteamietintö. Helsinki: Edita Prima oy.

Mustajoki P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisesmmiksi – miten autan potilasta? *Duodecim* 114: 531-538.

Mustajoki P & Lappalainen R. 2001. *Painonhallinta, Ohjaajan opas*. Hämeenlinna: Karisto oy.

Nupponen R. 2001. Ravitsemusneuvonta työmuotona. Teoksessa: M Fogelholm (toim.)
Ratkaisuja ravitsemukseen, ravitsemuskasvatus ja elämänkaari. Tammer-Paino Oy, 33-50.

Pan X R, Li G W, Hu Y H, Wang J X, Yang W Y & An Z X. 1997. Effects of diet and
exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT
and Diabetes Study. *Diabetes Care* 20: 537-44.

Pastors J C, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K. 2003. The Evidence for the
Effectiveness of Medical Nutrition Therapy in Diabetes Management. *Diabetes Care* 25:608-
613.

Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T,
Saarikoski L, Sundvall J & Tuomilehto J. 2006. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden
glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyminen suomalaisessa aikuisväestössä. *Suomen
Lääkärilehti* 61:163-170.

Peräkylä A. 1994. AIDS-neuvontatyö: esimerkki keskustelunalyysin soveltamisesta
terveys sosiologiassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 24-35.

Peräkylä A. 1995. *AIDS counselling: institutional interaction and clinical practice.* Cambridge:
Cambridge University Press.

Peräkylä A. 1997. Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L Tainio (toim.)
Keskustelunalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 177-203.

Peräkylä A. 1998. Auktoriteetti vuorovaikutuksessa. Teoksessa A R Lahikainen & A-M
Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus.* Keuruu: Otava, 192-207.

Peräkylä A, Sorjonen M-L, Tammi T, Raevaara L & Haakana M. 2001. Potilaan
elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa M-L Sorjonen, A Peräkylä & K Eskola (toim.)
Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Gummerus, 161-182.

Peräkylä A. 2004. Reliability and validity in research based on naturally occurring social interaction. Teoksessa D Silverman (toim.) *Qualitative research*. Cornwall: Sage Publications, 283-304.

Psathas G. 1991. The Structure of Direction-giving in Interaction. Teoksessa D Boden & D H. Zimmerman (toim.) *Talk and Social Structure*. Great Britain: Polity Press, 195-216.

Puumalainen R. 2001. Työikäisten ravitsemuskasvatus. Teoksessa: M Fogelholm (toim.) *Ratkaisuja ravitsemukseen, ravitsemuskasvatus ja elämäntapa*. Tammer-Paino Oy, 169-200.

Pyörälä E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31: 4-14.

Pyörälä E. 2000. Interaction in Dietary Counselling of Diabetic Children and Adolescents. University of Helsinki, Department of Public Health. Helsinki: Helsinki University Press.

Raevaara L, Ruusuvuori J & Haakana M. 2001. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa J Ruusuvuori, M Haakana & L Raevaara (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: SKS, 11-38.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2004. Hyvän ravitsemushoidon mallit, diabetes. [WWW-dokumentti] [Viitattu 27.1.2005]

<http://www.ravitsemusterapeuttiyhdistys.fi/page.php?p=22#diabetes>.

Routarinne S. 1997. Kertomuksen rakentaminen. Teoksessa L Tainio (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino, 138-155.

Ruusuvuori J. 1996. Keskustelunanalyttinen metodi lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33: 162-166.

Ruusuvuori J, Haakana M & Raevaara L. 2001. Institutionaalinen vuorovaikutus. *Keskustelunanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: SKS.

Ruusuvuori J, Raevaara L & Peräkylä A. 2003. Potilas vaivansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän. Suomen lääkäri-lehti 42: 4219-4225.

Saraheimo M & Kangas T. 2003. Diabetes lisääntyy. Teoksessa P Ilanne-Parikka, T Kangas, E A Kaprio & T Rönnemaa (toim.) Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy, 11-12.

Seppänen E-L. 1997. Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa: L Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 18-31.

Shemeikka S. 1999. Terveystottumusten muutosta tukeva neuvonta. Teoksessa Aro A, Mutanen M & Uusitupa M. (toim.) Ravitsemustiede. Karisto Oy: Hämeenlinna, 343-353.

Silverman D. 1997. Discourses of counselling. HIV counselling as Social interaction. SAGE publications Ltd.

Silverman D. 2004 (toim.). Qualitative research. Cornwall: Sage Publications.

Sorjonen M-L, Peräkylä A & Eskola K (toim.). 2001. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Gummerus.

Sorjonen M-L. 2001. Lääkärin ohjeet. Teoksessa M-L Sorjonen, A Peräkylä & K Eskola (toim.) Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Jyväskylä: Gummerus, 89-111.

Suomen Diabetesliitto. 2004 Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi. Projektisuunnitelma 2003-2007, Dehkon 2D-hanke.

Suomen Diabetesliitto. 2005. Tyypin 2 diabetes. . [WWW-dokumentti] [Viitattu 13.1.2006]
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=94

Suoninen E. 2001. ”Tanssilajit ja -tyylit” asiakkaan kohtaamisessa. . Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tampere: Vastapaino, 67-104.

Tainio L. 1997 a. Preferenssijärjestys. Teoksessa L Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino, 93-110.

Tainio L. 1997 b. Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino

Tapsell L. 1997. Client-centered practice: an interactional case study of dietary counselling. *Health 1* (1): 107-120.

Tate D F, Jackvony E H, Wing R R. 2003. Effects of Internet behavioural counseling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes: a randomized trial. *Journal of American Medical Association* 9; 289(14),1833-1836.

Tones K, Tilford S & Robinson Y. 1990. *Health Education. Effectiveness and efficiency.* London: Chapman and Hall.

Tuomi J & Sarajarvi A. 2003. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Jyväskylä: Gummerus.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J G, Valle T T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine* 344: 1343–1350.

Vehviläinen S. 1999. *Structures of Counselling Interaction. A Conversation Analytic Study of counselling Encounters in Career Guidance Training.* Helsinki: Helsinki University Press.

Vehviläinen S. 2001. Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja – vertaileva näkökulma. Teoksessa J Ruusuvoori, M Haakana & L Raevaara (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus.* Pieksämäki: RT-Print Oy, 30-61.

Watanabe M, Yamaoka K, Yokotsuka M, Tango T. 2003. Randomized Controlled Trial of a New Dietary Education Program to Prevent Type 2 Diabetes in a High-Risk Group of Japanese Male Workers. *Diabetes Care* 26: 3209-3214.

Williams G C, Freedman Z R & Deci E I. 1998. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care* 21: 1644-1651.

Williamson D F, Thompson T J, Thun M, Flanders D, Pamuk E & Byers T. 2000. International weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes. *Diabetes Care* 23: 1499-1504.

Whittemore R, Sullivan A & Bak P S. 2003. Working Within Boundaries: A Patient-Centered Approach to Lifestyle Change. *The Diabetes Educator* 29(1): 69 - 74.