

”KORVIEN VÄLISSÄHÄN TÄÄ JUTTU ON”

Tapaustutkimus elämäntaparyhmästä

Jenni Kivinen, Paula Turtiainen

Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma

Syksy 2014

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Jenni Kivinen, Paula Turtiainen (2014). ”Korvien välissä tää juttu on”. Tapaustutkimus elämäntaparyhmästä. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, (terveyskasvatus) pro gradu-tutkielma, 103 s, 9 liitettä.

Ryhmäohjausta toteutetaan terveydenhuollossa, mutta tutkimustietoa ohjausprosessista ja ohjaukseen osallistuvien näkemyksistä on vielä vähän. Tämän tapaustutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä toiminnallisesta ryhmäohjauksesta ja siinä tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Tavoitteena on selvittää, miten ryhmäohjausta on aikaisemmin toteutettu, kuinka vaikuttavaa ryhmäohjaus on ollut, millaisia kokemuksia ryhmäohjaukseen osallistuneilla henkilöillä on ryhmäohjauksesta ja miten vuorovaikutusta rakennetaan ryhmässä.

Tapaustutkimukseen kuuluu neljä aineisto-osaa: aikaisemmista tutkimuksista koostuva lähdeaineisto, ryhmähaastattelu, toiminnallisen ryhmäohjauksen tallennus sekä mittaus- ja kyselyaineisto. Lähdeaineisto muodostettiin järjestelmällisellä tiedonhaulla ja se koostui neljästä toista tutkimuksesta. Empiirinen tutkimusaineisto kerättiin yhdestä elämäntaparyhmästä, jossa oli mukana kahdeksan naispuolista henkilöä. Lähdeaineisto analysoitiin analyysikehyksen mukaisesti, ryhmähaastattelu (n=4) sisällönanalyysia hyödyntäen ja ryhmäohjauskeskustelu (n=8) puolestaan diskurssianalyysin avulla. Kyselyaineiston (n=4) ja mittaustulosten (n=8) analysoinnissa käytettiin laskennallisia menetelmiä.

Ryhmäohjausta toteutettiin aiemmissa tutkimuksissa monin eri tavoin. Ohjauksessa käytettiin muun muassa luennointia, konkreettista tekemistä, esimerkiksi liikuntaa, sekä psykologisia harjoitteita. Osassa tutkimuksista ryhmäohjauksen rinnalla järjestettiin myös yksilöohjausta. Yleensä ryhmät kestivät puolesta vuodesta vuoteen ja osallistujia niissä oli keskimäärin 10-15. Tutkimuksissa saavutettiin myös muutoksia. Painon ja vyötärönympäryksen muutosten osalta tulokset olivat vaihtelevia: joissakin tutkimuksissa osallistujien paino tippui keskimäärin vain muutaman kilon, kun taas joissakin tutkimuksissa yli 10 kiloa.

Tutkimusryhmässäkin saavutettiin muutoksia ryhmäohjauksen aikana. Terveyskäyttäytymisen osalta ryhmäläisten ravitsemustottumukset paranivat ja heidän liikunnan harrastamisensa lisääntyi ja säännöllistyi. Ryhmäläisten paino tippui intervention aikana keskimäärin muutaman kilon. Diskurssianalyysista kävi ilmi, että tutkimusryhmässä vuorovaikutus oli pääosin ohjaajalähtöistä ja eri ryhmäläisten aktiivisuus vaihteli paljon. Tutkimusryhmässä ryhmäläiset toivoivat enemmän yksilökeskusteluja sekä vielä enemmän ryhmäohjauksetoimia. Tulosten pohjalta todetaan, että ryhmäohjauksella voidaan tukea terveyskäyttäytymisen muutosta. Ryhmäohjauksessa on tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti sisäisen motivaation tukemiseen ja ryhmäohjauksen rinnalla olisi hyvä järjestää myös yksilöohjausta. Jatkossa tarvitaan vielä lisää tutkimustietoa ryhmäohjauksen toteuttamisesta ja kustannustehokkuudesta.

Avainsanat: aikuiset, ylipaino, minäpystyvyys, ryhmä, ohjaus, vaikuttavuus

ABSTRACT

Jenni Kivinen, Paula Turtiainen (2014). ” It’s just a question of attitudes”. Case study about group-based lifestyleintervention. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä (health education) Master’s thesis, 103 pp, 9 appendicies.

Group counseling is carried out in health care, but there is still little knowledge about what happens during the counseling process and what are group members’ views about the group counseling. This case study aims to increase the understanding of the functional group and interaction between the group members and the leaders in the group. Also the aim is to find out how group counseling has been organized earlier, is it effective, what kind of experience the participants have of the group counseling and how the interaction in the group has been built.

The case study consists of four parts: a systematic review, a group interview, recording the functional group meeting and measurement and survey data. The source material was collected systematically from previous researches and it consisted of fourteen researches. The empirical material was collected from one lifestyle group which included eight female participants. The source data were analyzed by framework, group interview (n=4) by using content analysis and group discussion (n=8) through a discourse analysis. The survey data (n=4) and measurement results (n=8) were analyzed by using statistical methods.

In previous studies group counseling was carried out in various ways. The group meetings consisted of for instance lectures, practical, for example physical, training and psychological exercises. In some studies the individual counseling was also held alongside group counseling. In general, the groups lasted for six months to a year and consisted on average of 10-15 participants. There were also positive results in the groups. What comes to weight and waist circumference, the results varied: in some studies the participants lost weight on average only a few kilos, while in some studies, more than 10 kilos.

Also the case study group got some achievements during the group counseling. Regarding health behavior, participants’ nutrition habits improved as well as their physical activity increased. Participants dropped weight on average a few kilos during the intervention. Discourse analysis revealed that the interaction was mainly a group leader -oriented, and group members’ activity varied a lot. Most participants hoped for more individual counseling and more group meetings. Based on the results it is found that it’s possible to support health behavior change with group counseling. In group counseling it is important to pay particular attention to supporting inner motivation and it would be good to arrange individual counseling alongside group counseling. In the future, more research is still needed for organizing cost-effective group counseling.

Keywords: adult, obesity, self-efficacy, group, counseling, effectiveness

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO.....	1
1.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	4
1.2	Suomalaisten työikäisten ravitseminen ja liikunta.....	5
1.3	Terveyskäyttämisen taustalla vaikuttavia tekijöitä.....	8
1.4	Ryhmäohjaus	13
1.5	Tapaustutkimus.....	16
2	JÄRJESTELMÄLLINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	19
2.1	Aineiston keruu ja analysointi	19
2.2	Tulokset	21
3	RYHMÄHAASTATTELU	26
3.1	Aineiston keruu	26
3.2	Aineiston analysointi sisällönanalyysin avulla.....	27
3.3	Tulokset	29
4	TOIMINNALLINEN RYHMÄOHJAUSKERTA.....	39
4.1	Toiminnallisen ryhmäohjauskerran tallentaminen	39
4.2	Aineiston analysointi diskurssianalyysin avulla.....	39
4.3	Tulokset	41
5	TERVEYSKÄYTTÄYTYMISKYSELY JA MITTAUKSET	58
5.1	Kyselylomakeaineiston ja mittausten keruu	58
5.2	Aineiston analyysi laskennallisilla menetelmin	59
5.3	Tulokset	60
6	POHDINTA	63
6.1	Ryhmän toteuttaminen.....	63
6.2	Elämäntapamuutosprosessiin vaikuttavat tekijät.....	65
6.3	Ryhmäohjauksen vaikuttavuus	68

6.4	Johtopäätökset	70
6.5	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	73
6.6	Jatkotutkimusaiheet	78
LÄHTEET		79
LIITTEET		

1 JOHDANTO

Suomalainen aikuisväestö on yhä ylipainoisempaa. Kehitys on tapahtunut hitaasti viimeisien vuosikymmenien aikana, mutta 2000-luvun alun jälkeen kehitys on selvästi tasaantunut. Esimerkiksi vuonna 2009 ylipainoisia miehiä oli 58 prosenttia ja naisia 42 prosenttia, kun taas vuonna 2010 ylipainoisten miesten osuus oli pysynyt samana ja vastaava luku naisilla oli noussut yhden prosenttiyksikön (Peltonen ym. 2008, Helakorpi ym. 2011). Ylipainon esiintyvyyden lisääntyminen on hieman yllättävää ottaen huomioon, että samaan aikaan suomalaisten ravitsemustottumukset ovat kehittyneet myönteisempään suuntaan (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005). Liikunta-aktiivisuudessa näkyvät muutokset ovat myös olleet suhteellisen pieniä 1990-luvulta lähtien, sillä esimerkiksi vähintään neljä kertaa viikossa liikuntaa harrastavien määrä on pysynyt lähestulkoon samana (Helakorpi ym. 2011). Toisaalta yleisen fyysisen aktiivisuuden väheneminen ja istumisen lisääntyminen on uusi kansanterveyden haaste. Epäterveellisillä elämäntavoilla, kuten istumisella, onkin tutkimuksilla havaittu yhteys keskeisiin kansansairauksiin ja niiden riskitekijöihin (Khaw ym. 2008). Suomalaisen aikuisväestön lihominen näkyy jo kansantautien yleistymisessä sekä terveydenhuollon menojen kasvussa. Jo pelkästään diabeteksen aiheuttamat kustannukset vievät 15 prosenttia terveydenhuollon varoista puhumattakaan lihavuuden muiden liitännäissairauksien vaikutuksista (Diabetes Käypä hoito 2011).

Terveydenhuollon tulisikin suunnata ennaltaehkäisevä työ nimenomaan riskiryhmissä oleviin ihmisiin, joilla sairastumisriskiä olisi mahdollista pienentää elämäntapamuutoksella. Elämäntapamuutoksesta hyötyvät erityisesti sairastumisvaarassa olevat, esimerkiksi ylipainoiset, mutta myös jo sairastuneet ihmiset. Elämäntapainterventioiden vaikuttavuudesta on vahva näyttö erityisesti tutkimusolosuhteissa, joskaan normaalitoiminnassa vaikutukset eivät ole niin vahvasti nähtävissä (Khaw ym. 2008). Kustannustehokkaita keinoja puuttua lihavuuden ja sen liitännäissairauksien lisääntymiseen ovat esimerkiksi erilaiset ryhmäneuvontamuodot (Lihavuus Käypä hoito 2013). Ongelmana Absetzin (2010a) mukaan on oikean kohderyhmän tavoittaminen ja interventioiden ylläpitäminen. Myös Jainin (2005) mukaan laihtumistuloksen säilyttäminen on vaikeaa ja eri interventioissa painonpudottaminen vähäistä, jolloin hänen mielestään sillä ei voida vaikuttaa lihavuuden epidemiaan. Terveydenhuollolla olisi mahdollista saavuttaa merkittävä osa ihmisistä, jotka hyötyisivät elämäntapamuutoksista (Jallinoja ym. 2007). Terveydenhuollossa onkin tärkeää miettiä, kuinka elämäntapamuutosohjausta voitaisiin toteuttaa kustannustehokkaasti ja onko ryhmäohjaus siihen sopiva menetelmä. Absetz

ym. (2011) toteavat, että mikään malli ei yksistään tuo ratkaisua elämäntapamuutoksen tekemiseen, vaan tekniikoiden yhdistäminen tuo parhaat ja vaikuttavimmat tulokset. He myös mainitsevat, että sekä potilaiden että ohjaajien yksilölliset ominaisuudet voivat vaikuttaa keinojen sopivuuteen. Erilaisilla teorioilla ja malleilla on pyritty selittämään, mitkä tekijät vaikuttavat ihmisten terveystyöskäytymisen muotoutumiseen, mutta yksimielisyyttä asiasta ei ole. Yksi käytetyimmistä teorioista on suunnitellun käyttäytymisen teoria, jolle on myös paljon tutkimusnäyttöä (Webb ym. 2010). Suunnitellun käyttäytymisen teorian mukaan ihmisten terveystyöskäytymisen muotoutuu pitkälti heidän kognitiivisten ja psyykkisten kykyjensä perusteella. Näitä ovat esimerkiksi minäpystyvyys, motivaatio sekä terveydenlukutaito. Vaikuttavassa elämäntapaohjauksessa tulisikin ottaa huomioon myös nämä psykologiset tekijät, jotka vaikuttavat muutosprosessin onnistumisessa (Melanson ym. 2012, Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009).

Terveydenhuollossa on viimeisimpien vuosien aikana etsitty uusia resursseja säästäviä tapoja toteuttaa ohjausta ja ryhmäohjaus näyttäisi olevan yksi niistä. Ryhmäohjauksen vaikuttavuudesta löytyy tutkimusnäyttöä, sillä esimerkiksi Paul-Ebhohimhen & Avenellin (2009) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ryhmäohjauksen todettiin olevan yksilöohjausta kustannustehokkaampaa varsinkin silloin, kun ryhmäohjaus perustui psykologisiin menetelmiin. Toisaalta Duke ym. (2009) toteavat kirjallisuuskatsauksessaan yksilö- ja ryhmäneuvonnan olevan yhtä tehokkaita. Yksi ohjauksen vaikuttavuuteen liittyvä tekijä on vuorovaikutus ohjaustilanteessa (Haes & Bensing 2009). Vuorovaikutuksen tulisi tähdätä terveyden edistämiseen ja minäpystyvyyden tukemiseen ja sen tulisi olla vastavuoroista asiakkaan ja terveysalan asiantuntijan kanssa. Empiiristä tutkimusta kuitenkin kaivataan lisää, jotta voidaan selvittää, millainen vuorovaikutus edesauttaa tavoitteiden saavuttamisessa (Haes & Bensing 2009).

Tarve tähän tutkimukseen nousi työelämän tarpeista. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikössä on kehitetty ryhmäohjausinterventiota, joka säästäisi terveydenhuollon resursseja, mutta olisi samalla vaikuttavaa ja tarjoaisi ihmiselle apua elämäntapamuutokseen. Kiiskinen ym. (2008) on todennut katsauksessaan terveydenedistämistoimien vaikuttavuudesta, että erityisesti painon alentamiseen tähtäävät elämäntapa-interventiot näyttävät olevan kustannustehokkaita ja mahdollisesti terveydenhuollon kustannuksia säästäviä. Perusterveydenhuollon yksikkö on järjestänyt Keski-Suomen kuntien kanssa yhteistyössä toiminnallisia elämäntaparyhmiä, joissa pyritään tukemaan ryhmäläisten elintapojen muutosta ja samanaikaisesti kouluttamaan ohjaajia uudelleenlaiseen ohjaustyyliin. Ryhmien vaikuttavuutta

ravitsemuskäyttäytymisen osalta ei ole kuitenkaan vielä arvioitu. Vielä tarvitaan lisää tietoa myös siitä, mitä ryhmäohjauksessa tapahtuu ja mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneiden tulosten saavuttamiseen. Tässä tutkimuksessa selvitetäänkin kirjallisuuden kautta, kuinka ryhmäohjausta on toteutettu ja millaisia vaikutuksia sillä on ollut elämäntapamuutoksessa. Lisäksi on selvitetty empiirisen tutkimuksen avulla, miten tutkimuksen kohteeksi valitussa elämäntaparyhmässä ryhmäohjausta on toteutettu, millaisia kokemuksia ryhmäohjaukseen osallistuneilla henkilöillä on ja millaista vuorovaikutus on ryhmäläisten ja ohjaajien välillä. Tutkimus koostuu neljästä aineisto-osasta: järjestelmällisellä tiedonhaulla kerätystä lähdeaineistosta, ryhmähaastattelusta, toiminnallisen ryhmäohjauksen tallentamisesta sekä terveystietämiskyselystä ja mittaustuloksista. Metodeina tutkimusosiossa on käytetty järjestelmällistä tiedonhakua, sisällönanalyysia, diskurssianalyysia sekä laskennallisia menetelmiä.

Tässä työssä esitellään ensiksi tutkimuskysymys ja sen teoreettinen tausta. Tämän jälkeen siirrytään tutkimusosioon, jossa jokainen lähestymistapa muodostaa oman kokonaisuuden seurattavuuden ja luettavuuden vuoksi. Lopuksi pohdinnassa tarkastellaan kaikkien tutkimusten päätuloksia ja tehdään niistä johtopäätöksiä. Tutkimuksen luotettavuus- ja eettisyyspohdinta on sijoitettu johtopäätösten jälkeen. Jatkotutkimusaiheet muodostavat viimeisen osion. Lisäksi työstä löytyy lähdeluettelo sekä liitteet.

1.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Ryhmäohjausta toteutetaan terveydenhuollossa, mutta tutkimustietoa ohjausprosessista ja ohjaukseen osallistuvien näkemyksistä on vielä vähän. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on lisätä ymmärrystä toiminnallisesta ryhmäohjauksesta ja siinä tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Tavoitteena on kartoittaa, miten ryhmäohjausta on aikaisemmin toteutettu ja millaisia muutoksia sen avulla on saavutettu.

Lähdeaineiston tutkimuskysymykset:

1. Miten ryhmäohjausta on toteutettu?
2. Millaisia muutoksia ryhmäohjauksella on saavutettu elämäntaparyhmissä?

Ryhmähaastattelun tutkimuskysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat elämäntapamuutosprosessiin?
2. Millaisia kokemuksia ryhmäläisillä on ryhmäohjauksesta?

Toiminnallisen ryhmäohjaukserän tutkimuskysymykset:

1. Miten keskustelut vuorovaikutuksellisesti rakentuvat ryhmässä?
2. Millaisia puhetyyppejä ryhmäohjaukserän aikana esiintyy?

Kyselylomakkeiden ja mittausten tutkimuskysymykset:

1. Miten ryhmäläisten koettu pystyvyys ja terveystietämykset muuttuvat ryhmäohjauksen aikana?
2. Millaisia muutoksia ryhmäohjauksen aikana saavutetaan painossa ja vyötärön ympäryksessä?

Eettinen lausunto tutkimusta varten haettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Eettiseltä toimikunnalta. Tutkimusluvut kysyttiin elämäntaparyhmästä vastanneelta kuntayhtymältä. Lisäksi elämäntaparyhmään osallistujilta kerättiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (liitteet 6-9). Koska tämä tutkimus on osa laajempaa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin tutkimuskokonaisuutta, vain osa luvista haettiin itse.

1.2 Suomalaisen työikäisten ravitsemus ja liikunta

Päivitettyjen pohjoismaisten ravitsemussuositusten (2012) mukaan ihmisen päiväkohtaisen energiansaannin tulisi koostua rasvoista, hiilihydraateista, kuiduista ja proteiineista. Rasvasta pitäisi tulla 25-35 prosenttia päivän energiasta. Suurin osa rasvasta tulisi olla tyydyttämättömiä rasvahappoja. Hiilihydraateista tulisi saada 50-60 prosenttia päivän energiasta. Hiilihydraateista 25-35 grammaa tulisi olla ravintokuituja. Pelkkää sokeria hiilihydraateista pitäisi olla alle 10 prosenttia. Proteiineista aikuisen tulisi saada 10-20 prosenttia kokonaisenergiasta. Alkoholin kulutus aikuisella saisi olla maksimissaan naisilla 10 grammaa alkoholia päivässä ja miehillä 20 grammaa alkoholia päivässä. Alkoholista ei saisi tulla yli viittä prosenttia päivän energian tarpeesta. Suolan saantia olisi myös hyvä rajoittaa. Suolan kokonaissaanti päivässä naisille on kuusi grammaa päivässä ja miehillä seitsemän grammaa päivässä. (Nordic Nutrition recommendations 2012).

Suomalaisen ravitsemussuositukset pohjautuvat Pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin. Viimeisin Suomessa tehty ravitsemussuositus on vuodelta 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on koonnut yhteen suomalaiset ravitsemussuositukset. Suosituksilla pyritään edistämään ravitsemuksen ja terveyden myönteistä kehitystä sekä parantamaan suomalaisten ruokavaliota. Ravitsemussuositukset ovat vuosien ajan pysyneet samanlaisina, mutta vuonna 2005 suositukseen lisättiin fyysisen aktiivisuuden merkitys hyvän ruokavalion rinnalla. Suositukset on tarkoitettu terveille, kohtalaisesti liikkuville ihmisille. Ne myös sopivat tyypin kaksi diabeetikoille sekä ihmisille, joilla verenpaine ja veren rasva-arvot ovat koholla. (Suomalaisen ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon 2005). Aikuisella energian saannin ja kulutuksen tulisi olla tasapainossa. Painon sopivuutta arvioidaan aikuisilla painoindeksillä (paino/pituus²). Suositeltava painoindeksi on 18.5-25kg/m². (Suomalaisen ravitsemussuositukset- ravinto ja liikunta tasapainoon 2005).

Suomalaisen ravitsemustottumukset ovat muuttuneet myönteiseen suuntaan kuluneiden vuosikymmenien aikana. Myös väestön terveydessä on tapahtunut positiivista kehitystä. Vähärasvaiset ja rasvattomat maitovalmisteet, kasvisöljyt ja pehmeät kasvisrasvat kuuluvat useimpien suomalaisten ruokavalioon. Lisäksi kasvien ja hedelmien käyttäminen on lisääntynyt ja suolan käyttäminen vähentynyt. Toisaalta makeisten kulutus on suomalaisten keskuudessa lisääntynyt. (Suomalaisen ravitsemussuositukset ravinto ja liikunta tasapainoon 2005). Pietinen

ym. (2008) toteaa, että suomalaisten ravinnonsaanti on parantunut viime vuosina. Suomalaiset saavat kuitenkin tyydyttyneitä rasvahappoja ja suolaa liian paljon. Myös D-vitamiinin ja foliaatin saanti miehillä ja naisilla Suomessa on liian vähäistä. Pietinen ym. (2008) myös toteaa, että naisten ruokavalio on proteiini-, kuitu- ja sokeripitoisempaa kuin miesten. Miesten ruokavalio on runsasrasvaisempaa kuin naisten sekä miehet käyttävät enemmän alkoholia kuin naiset. Naisten ruokavalio on lähempänä suosituksia kuin miesten, mutta naisilla sakkaroosin osuus energian saannista on suositusta runsaampaa (Pietinen ym. 2008)

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitoksen julkaiseman Suomalaisen aikuisväestön terveystietämyksen ja terveys (AVTK) –tutkimuksen (2012) mukaan suomalaisten ravitsemustottumukset ovat muuttuneet ravitsemussuosituksien suuntaan. Ravintosuosituksien mukaiset ruokatottumukset ovat yleistyneet kaikissa väestöryhmissä, mutta koulutusryhmien väliset erot ovat edelleen selviä. Elintapaerot koulutusryhmien välillä ovat säilyneet ennallaan. Erot ovat useimpien elintapojen osalta epäedullisia alimpaan koulutusryhmään kuuluville. Ylempään koulutusryhmään kuuluvat kertoivat syövänsä selvästi terveellisemmin kuin alempaan koulutusryhmään kuuluvat. Kuitenkin alkoholin kulutus on lisääntynyt 1980-luvulta lähtien kaikissa koulutusryhmissä. Ylipainoisten osuus on suurin alimmassa koulutusryhmässä. Koulutusryhmien väliset erot ovat naisilla suuremmat kuin miehillä. Vähärasvaisen maidon käyttö ruokajuomana on yleistä miehillä sekä naisilla. Huomattavaa tutkimuksessa oli että leivän käyttö on laskussa. Vuonna 2012 miehistä vajaa 40 prosenttia ilmoitti syövänsä leipää vähintään kuusi viipaletta päivässä. Samana vuonna naisista kertoi 36 prosenttia syövänsä vähintään viisi viipaletta leipää päivässä. Leipä on jo pitkään voideltu yleisimmin kevytlevitteellä tai margariinilla. Vain alle viisi prosenttia miehistä ja naisista kertoi käyttävänsä voita leivällä. Tuoreita kasviksia päivittäin sanoi syövänsä vuonna 2012 miehistä 34 prosenttia ja naisista 50 prosenttia (AVTK-tutkimus 2012)

Suomessa on tutkittu myös suomalaisten työaikaista ruokailua. AVTK -tutkimuksen (2012) perusteella lähes joka kolmas 15–64-vuotias suomalainen nautti lounaansa useimmin henkilöstöravintolassa. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa henkilöstöruokailun tai kotona syömisen yleisyyden suhteen. Sen sijaan naisista 30 prosenttia söi lounaaksi eväitä kun vastaava luku oli miehillä 21 prosenttia. Miehet puolestaan ruokailivat naisia useammin ravintolassa kuin henkilöstöravintolassa. Korkeimmin koulutetut söivät useammin henkilöstöravintolassa kuin huonommin koulutetut. Naiset kuitenkin molemmissa koulutusryhmissä kantoivat miehiä enemmän eväitä. Pääkaupunkiseudulla syötiin henkilöstöravintolassa useammin kuin

muualla maassa. Olisi tärkeää, että mahdollisimman monella olisi ruokailumahdollisuus työpaikallaan sillä se on tehokas keino parantaa työikäisen väestön ruokavaliota. Ravitsemussuosituksen mukaisesti lounasruoka kiireettömässä ympäristössä ylläpitää työkykyä ja -tehoa ja edistää työntekijöiden terveyttä. Tämän vuoksi olisi hyvä, jos kaikilla työntekijöillä olisi työpaikalla mahdollisuus kohtuuhintaiseen, ravitsemukselliset mitat täyttävään työaikaiseen ateriaan (Vikstedt ym. 2012).

Liikunnan Käypä Hoito- suosituksen (2012) mukaan suomalaisten työikäisten tulisi liikkua viikossa ainakin 2,5 tuntia kohtuukuormitteista liikuntaa tai 1,25 tuntia kuormittavaa hikiliikuntaa. Lisäksi suositeltavaa olisi harrastaa kaksi kertaa viikossa lihaskuntoa ja tasapainoa kehittävää liikuntaa. Liikunnasta aiheutuneen kuormituksen tulisi olla päivittäistä, jotta sen terveyshyödyt olisivat mahdollisimman suuret. Suomalaisista työikäisistä vuonna 2009 vain 11 prosenttia ylsi liikuntasuositukseen kaikilla osa-alueilla. Työikäisistä 37 prosenttia harrasti riittävästi aerobista liikuntaa, mutta heillä lihaskunto-osuus jäi alle suositusten (AVTK 2009).

FINRISKI 2012 –tutkimuksen mukaan (Borodulin & Jousilahti 2012) kokonaan passiivisia vapaa-ajallaan työikäisistä oli viidesosa. Työikäisten kokonaisaktiivisuuskin on vähentynyt Suomessa tasaisesti aina 70-luvulta lähtien, vaikka vapaa-ajan liikunta onkin lisääntynyt. Kokonaisaktiivisuuden väheneminen johtuu pääasiassa autoistumisen ja istumatyön lisääntymisestä. Yhä useampi, etenkin 25-34 -vuotias, tekee nykyään kevyttä istumatyötä, eikä työaikaista fyysistä kuormitusta tule. Istumisen haitallisista vaikutuksista verenkiertoelimistön ja aineenvaihdunnan sairauksiin on lisääntyvästi epidemiologista näyttöä (Liikunnan Käypä Hoito 2012). Miehillä vapaa-ajan liikunnan kehitys on ollut suotuisampaa kuin naisilla, sillä miesten aktiivisuus on lisääntynyt enemmän kuin naisilla viimeisen viiden vuoden aikana. Sukupuolen lisäksi koulutuserot luovat huomattavia eroavaisuuksia työikäisten aktiivisuudessa. Korkeasti koulutetut liikkuvat enemmän kuin alemman koulutuksen saaneet, mikä on yksi syy näiden kahden ryhmän huomattaviin terveyseroihin (Borodulin & Jousilahti 2012).

Epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen fyysisen aktiivisuuden seurauksena ihmisten paino nousee. Kun henkilön painoindeksi (BMI, paino/pituus^2) nousee yli arvon 25 (BMI >25 kg/m^2), voidaan puhua ylipainosta. Lihavuus puolestaan on määritelty alkavaksi painoindeksin arvosta 30 kg/m^2 . Nämä kansainvälisesti määritetyt raja-arvot on saatu tutkimalla ylipainon ja sairauksien välisiä yhteyksiä. Tutkimuksissa on havaittu, että monien sairauksien riski kasvaa, kun paino ylittää painoindeksin arvon 25 kg/m^2 . Ylipainon ja lihavuuden liitännäissai-

rauksia ovat esimerkiksi tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, uniapnea, astma sekä kantavien nivelten nivelrikko. Kaikkien näiden edellä mainittujen sairauksien ehkäisyyn voidaan vaikuttaa sekä liikunnan että ravitsemuksen avulla. Liikunta on myös yksi keskeisimmistä hoitokeinoista monien sairauksien kohdalla (Liikunnan Käypä Hoito 2012). Moniin sairauksiin, esimerkiksi diabetekseen, astmaan ja etenkin naisilla kohonneeseen verenpaineeseen, sairastumisen riski on lihavilla lähes kaksinkertainen normaalipainoisiin verrattuna. Erityisen haitallista lihavuus on silloin, jos lihavuus on vyötäröpainotteista ja rasvaa on kertynyt sisäelinten ympärille (Lihavuus Käypä hoito 2013).

Suomalaisessa aikuisväestössä ylipaino ja lihavuus ovat viimeisinä vuosikymmeninä tasaisesti lisääntyneet. Kansallisen FINRISKI 2007- terveystutkimuksen tulosten mukaan erityisesti aikuisten miesten painoindeksi on kasvanut vuodesta 1972 vuoteen 2007 hitaasti, mutta varmasti. Naisilla kehitys ei ole ollut aivan yhtä suoraviivaista. Samaisen tutkimuksen mukaan vuonna 2007 Suomessa oli yli kaksi miljoonaa ylipainoista työikäistä (18–64-vuotiaasta) henkilöä. Aivan mitättömästä ongelmasta ei siis ole kyse Suomessakaan. Ottaen vielä huomioon ylipainosta ja lihavuudesta johtuvat moninaiset terveysriskit, voidaan sanoa, että lihavuus on yksi Suomen haitallisimmista kansantaudeista. Elintapasairauksiin, kuten esimerkiksi diabetekseen, on kuitenkin mahdollista vaikuttaa tukemalla ihmisten terveyskäyttäytymisen muutosta.

1.3 Terveyskäyttämisen taustalla vaikuttavia tekijöitä

Ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen taustalla vaikuttavien psykososiaalisten tekijöiden ymmärtäminen on tärkeää, sillä ihmisten terveyskäyttäytymismuutoksen tukeminen ja vaikuttavien terveyden edistämisen interventioiden suunnittelu edellyttää tietämystä niistä tekijöistä, jotka terveyskäyttämiseen vaikuttavat (Hankonen 2011). Seuraavaksi tarkastellaankin suunnitellun käyttäytymisen teoriaa ja sosiokognitiivisessa mallissa keskeistä käsitettä, minäpystyvyyttä, koska tutkimuksissa on saatu näyttöä sen vaikutuksesta terveyskäyttämiseen (Thompson 2010, Hankonen 2011, Laatikainen ym. 2012).

Useissa terveyskäyttämistä koskevissa tutkimuksissa on taustalla jokin teoreettinen viitekehys, jonka avulla käyttäytymistä pyritään selittämään. Teoreettiseen viitekehykseen tukeutuminen onkin aivan perusteltua terveyden edistämisen interventioissa, sillä Webb ym. (2010)

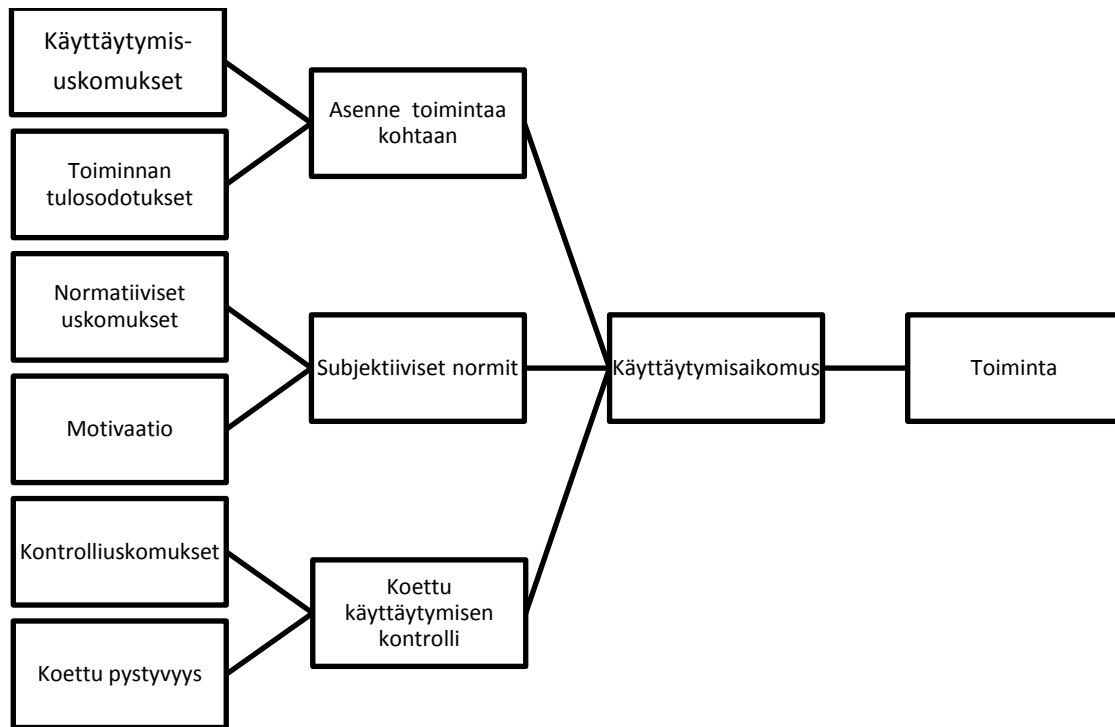
ovat internet-lähtöisiin terveystyöskäyttyymisen interventioihin perehtyessään huomanneet, että tehokkaimpia ja vaikuttavimpia terveyden edistämisen interventioita olivat sellaiset hankkeet, jotka perustuivat vuorovaikutukselliseen toimintaan ja joiden taustalla oli jokin teoreettinen viitekehys. Samassa meta-analyysissä kävi myös ilmi, että interventioiden taustalla käydyimpiä teorioita olivat sosiokognitiivinen teoria, transteoreettinen muutosvaihemalli sekä suunnitellun käyttäytymisen teoria. Nämä kaikki teoriat painottavat, enemmän tai vähemmän, käyttäytymisen muotoutumisessa psyykkisten ja kognitiivisten asioiden merkitystä.

Suunnitellun käyttäytymisen teoria on yksi käytetyimmistä teorioista terveyden edistämisen interventioiden taustalla (Webb ym. 2010). Suunnitellun käyttäytymisen teorian perusajatus on, että ihmisen asenne tietynlaisia toimintaa kohtaan on merkittävämpi käyttäytymisen ennustaja, kuin asenne toiminnan tavoitetta kohtaan (Ajzen 1991). Käytännössä Ajzen tarkoittaa, että jos jokin toiminta herättää henkilössä positiivisia mielikuvia, hän tulee todennäköisemmin toimimaan kyseisellä tavalla. Käyttäytymisaikomukset ja -asenteet osoittavat, kuinka kovasti ihmiset ovat valmiita yrittämään ja ponnistelemaan pystyäkseen toimimaan haluamallaan tavalla: esimerkiksi, kuinka paljon vaivaa ihmiset suostuvat näkemään päästäkseen harrastamaan liikuntaa estävistä tekijöistä huolimatta.

Käyttäytymisaikomukset ovat suunnitellun teorian ydinkohta, mutta nekin eivät yksinään riitä selittämään käyttäytymistä. Yleisesti tiedetään, että positiiviset aiheet eivät aina johda haluttuun käyttäytymiseen, vaikka tarkoitus niin olisikin. Kuvasta 1 huomataan, että käyttäytymisaikomukset rakentuvat monista eri osista, jotka myös osaltaan vaikuttavat niin aikomusten kuin käyttäytymisen toteuttamiseen (Montano & Kasprzyk 2002). Ajzenin (2012, 438-459) mukaan koettu käyttäytymisen kontrolli, asenteet sekä normatiiviset uskomukset ennustavat melko hyvin aikomusten syntymistä. Koetulla käyttäytymiskontrollilla tarkoitetaan lähes samaa asiaa kuin minäpystyvyys-käsitteellä. Käyttäytymistä kohtaan vallitsevat asenteet taas viittaavat niihin tunteisiin tai arvioihin, joita henkilöllä on kyseessä olevaa käyttäytymistä kohtaan. Subjektiiiviset normit puolestaan kuvastavat sitä sosiaalista painetta, jonka mukaan henkilön tulisi tai ei tulisi toimia tietyllä tavalla (Ajzen 1991).

Suunnitellun käyttäytymisen teorian mukaan käyttäytyminen on koetun pystyvyyden ja aikomusten aikaansaama yhdistelmä (Ajzen 1991). Ilman koettua pystyvyyttä aikomusten toteuttaminen jää puolittiehen, toisaalta taas ilman aikomuksia, ei ole tavoitteellista toimintaa. Ajzen mainitsee myös, että koetun pystyvyyden ja kontrolliuskomusten tukeminen on oleellista,

jotta ihmisten aikomukset, ja sitä myötä käyttäytyminen, muuttuvat parempaan suuntaan. Suunnitellun käyttäytymisen teorian yhdistäminen interventioon, jossa voidaan esimerkiksi ryhmäohjauksen avulla tukea osallistujia niillä osa-alueilla, jotka käyttäytymismuutokseen vaikuttavat, on tarkoituksenmukaista.



KUVA 1. Suunnitellun käyttäytymisen teoria (Montaño & Kasprzyk 2002)

Suunnitellun käyttäytymisen teorian soveltuvuutta käyttäytymisen ennustajana on tutkittu monissa eri tutkimuksissa (esim. Conner ym. 2002, Laatikainen ym. 2012). Laatikaisen ym. (2012) tutkimuksessa tavoitteellisen elämäntaparyhmän toteuttamista tuettiin sosiokognitiivisella teorialla sekä itsesäätelyyn perustuvilla malleilla. Teoreettisen viitekehyksen taustaole- tusten mukaisesti elämäntaparyhmien tarkoituksena oli erityisesti tukea osallistujia, jotta hei- dän asenteissa ja käyttäytymisessä tapahtuisi pysyvä uudistus. Tätä tavoitetta varten interven- tiossa pyrittiin tukemaan henkilöiden minäpystyvyyttä ja itsemääräytymistä muun muassa auttamalla henkilöitä asettamaan itselleen realistisia tavoitteita elämäntapamuutosta varten sekä tekemällä konkreettisia suunnitelmia esimerkiksi liikunnan harrastamisesta sekä syömi- sestä. Tutkimuksessa havaittiin, että minäpystyvyyden ja käyttäytymisen yhteys ei ole niin suoraviivainen kuin esimerkiksi suunnittelun ja käyttäytymisen yhteys. Minäpystyvyys sekä vaikuttaa käyttäytymismuutoksen tapahtumiseen että ottaa vastaan vaikutteita muutoksen on- nistumisesta. Toisin sanoen, jos henkilö onnistuu muuttamaan pinttyneitä tottumuksiaan esi-

merkiksi ravitsemuskäyttäytymisessään, hänen minäpystyvyytensä vahvistuu, mikä voi vaikuttaa seuraavien aikomusten toteuttamiseen. Tällaisesta vaikutuskehästä voi seurata monia positiivisia muutoksia, mutta toisaalta epäonnistuneet muutospyrkimykset voivat myös heikentää minäpystyvyyttä, mikä puolestaan voi käynnistää negatiivisen oravanpyörän. Näin ollen interventioiden tulisikin nimenomaan tukea ja vahvistaa osallistujien positiivisia mielikuvia omasta pystyvyydestään ja itsesäätelystään.

Minäpystyvyyden käsitteen on käyttänyt ensimmäisenä Albert Bandura (1986) sosiokognitiivisen teorian yhteydessä, ja minäpystyvyys onkin yksi kyseisen teorian ydinkohdista. Sittemmin minäpystyvyys -käsitettä on hyödynnetty myös monissa muissa teorioissa, joiden avulla ihmisten käyttäytymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä on pyritty kartoittamaan (esim. Ajzen 1991, Hankonen 2011). Minäpystyvyys-käsitettä ei aina käytetä nimenomaan kyseisenä terminä, vaan esimerkiksi suunnitellun käyttäytymisen teoriassa puhutaan kontrolliuskomuksista sekä koetusta kontrollista (Rimer 2002, 144-163). Käytännössä termeillä kuitenkin tarkoitetaan samoja asioita, joten niitä käytetään tässä tutkimuksessa rinnakkain.

Vaikka minäpystyvyys kuulostaa hyvin samankaltaiselta käsitteeltä kuin minäkuva, itseluottamus ja itsetunto, kuvaavat ne kaikki kuitenkin ihmisen olemusta hieman erilaisista näkökulmista. Oleellisin ero minäpystyvyyden ja muiden samankaltaisten käsitteiden välillä ilmenee minäpystyvyyden toimintaan suuntautuvassa merkityksessä (Bandura 1997). Siinä missä minäkuva, itseluottamus ja itsetunto kuvaavat ihmisen kokemusta omista ominaisuuksistaan ja arvokkuudestaan, minäpystyvyys kuvaa henkilön kokemusta omasta pystyvyydestään suorittaa tietynlaista toimintaa. Clark ja Dodge (1999) ovat toimintasuuntautuneisuuden lisäksi määritelleet minäpystyvyyden ja itsetunnon eroksi minäpystyvyyden spesifisyyden. Itsetunnon ajatellaan olevan laajempi ja melko yleinen käsitys omista kyvyistä ja omasta arvosta, kun taas minäpystyvyys nähdään hyvin spesifinä, tiettyyn asiaan liittyvänä kokemuksena. Otetaan havainnollistukseksi esimerkki siitä, kuinka nämä kaksi käsitettä linkittyvät toisiinsa. Oletetaan, että henkilöllä on hyvä itsetunto, koska hän kokee itsensä arvokkaaksi, hyväksyy itsensä eikä häpeile itseään. Kuitenkin henkilö tietää olevansa melko saamaton harrastamaan liikuntaa, joten hän saattaa kokea minäpystyvyytensä olevan huono liikunnan harrastamisessa.

Banduran (1997) mukaan minäpystyvyys näkyy ihmisen kykyinä toimia tavoitteiden kannalta suotuisasti ja välttää toimintaa, joka vaikuttaa kielteisesti tavoitteiden saavuttamiseen. Tällaista toimintaa varten ihmisen on tiedettävä, mitkä ovat haluttuja tuloksia ja millainen toiminta

edesauttaa niiden saavuttamista. Oleellista on myös, että ihminen uskoo omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa toimia tietyllä tavalla. Sosiokognitiivisessa teoriassa on myös, nimensä mukaisesti, huomioitu ihmisten sosiaalinen vuorovaikutus osana käyttäytymisen muotoutumista. Koska ihminen on aina vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, on luonnollista, ettei minäpystyvyyttäkään voida tarkastella täysin erillään kontekstistaan, sanovat myös Conner ja Norman (2005, 1-27). Sosiaalisten tekijöiden vaikutus käyttäytymismuutoksessa näkyy muun muassa ihmisten oletuksissa siitä, mitä he luulevat muiden henkilöiden odottavan heidän tekevän (Ogden 2007). Esimerkiksi nuoret voivat uskoa, että he saisivat sosiaalisessa ympäristössään toisilta nuorilta enemmän arvostusta, jos he polttaisivat tupakkaa ja eläisivät ”villia” elämää, mikä kannustaa heitä aloittamaan tupakoinnin. Sosiaalisen näkökulman huomioointaminen onkin myös oleellinen osa käyttäytymisen ymmärtämistä.

Minäpystyvyys käyttäytymismuutoksen ennustajana. Tutkittaessa minäpystyvyyttä on havaittu sen vaikuttavan niin käyttäytymisvalinnoissa kuin myös muutokseen sitoutumisessa ja tuloksien saavuttamisessa (Thompson 2010). Sen lisäksi, että minäpystyvyys vaikuttaa suoraan muutoksen aikaansaamiseen, heijastuu se epäsuorasti myös ihmisen aikomuksiin käyttäytymismuutosta koskien (Duff 2010). Toisin sanoen, vaikka käyttäytymismuutosta ei vielä voitaisikaan havaita, ihmisen aikomukset ovat voineet jo vaihtua muutoksen kannalta myönteisiksi. Minäpystyvyyden tunne ei kuitenkaan yksinään riitä käyttäytymismuutoksen aikaansaamiseen, vaan ihminen tarvitsee myös mielekkään syyn, joka motivoi häntä muuttamaan tottumuksiaan (Bandura 1997). Steptoe ym. (2010) ovat paneutuneet terveyskäyttäytymisen psykologiaan ja huomanneet, että motivaatio muutokseen voi tulla myös terveyden ulkopuolelta. Heidän mukaansa ihmiset eivät välttämättä muutakaan käyttäytymistään parantaakseen terveyttään, vaan motivaattorina saattaakin olla esimerkiksi halu muuttaa ulkonäköään. Riippumatta motivaation vaikuttamisesta, muutos edellyttää kuitenkin myös konkreettisten tekijöiden, kuten riittävien taitojen ja suotuisien olosuhteiden olemassaoloa (Duff 2010).

Minäpystyvyys terveydenhuollon apuvälineenä. Mielenkiintoisinta tarkastellessa minäpystyvyyttä, on liittää se terveyden edistämistyöhön tai terveydenhuoltoon. Jonkin verran minäpystyvyyttä on tutkittukin sairauksien hoidossa ja esimerkiksi Clark & Dodge (1999) ovat löytäneet merkitsevän yhteyden minäpystyvyyden ja sydänsairauksien itsehoidon väliltä. Clark ja Dodge tutkivat neljää tekijää, joiden on todettu olevan keskeistä sydänsairauksista parantumisessa: lääkkeiden käyttöä, liikunnan harrastamista, ruokavalion noudattamista sekä stressin käsittelyä. Näissä alaryhmissä he selvittivät muun muassa osallistujien tulosodotuksia sekä

minäpystyvyyttä. Tuloksista käy ilmi, että minäpystyvyykokemus ennusti suhteellisen hyvin käyttäytymistä, erityisesti liikunnan harrastamisessa ja ruokavalioon sitoutumisessa. Myös Hankonen (2011) on löytänyt samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan Ikihyvä Päijät-Häme -hankkeen elämäntaparyhmiä. Ryhmien tavoitteena oli auttaa osallistujia lisäämään liikuntaa ja parantamaan ruokailutottumuksiaan, ja näin vähentää lihavuutta ja ehkäistä lihavuudesta aiheutuvia liitännäissairauksia, kuten diabetesta. Hankosen (2011) mukaan osallistujien pystyvyyden kokemusten lisääntyminen ennusti niin liikunnan lisääntymistä vuoden ajalla kuin laihtumista vielä kolmenkin vuoden kohdalla. Myös osallistujien kyky suunnitella terveellistä ruokavaliota ja varmistaa ruokavalion ylläpitämistä parantui, mikä johti vähentyneeseen rasvan käyttöön.

Kuten edellä mainituista esimerkeistä havaitaan, erilaiset ryhmäohjaukseen perustuvat terveyden edistämisen interventiot ovat yksi keino vahvistaa terveydenhuoltoon tulleiden asiakkaiden minäpystyvyyttä ja kontrolliuskomuksia (Laatikainen ym. 2012). Asiakkaiden tukemiseen tähtäävässä ryhmäohjauksessa tulisi ottaa huomioon kaksi minäpystyvyyden oleellista osaa: henkilökohtainen tavoite sekä sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vaikutus minäpystyvyyden muotoutumiseen (Hankonen 2011). Henkilökohtainen tavoite varmistaa, että asiakas todennäköisemmin sitoutuu hoitoon ja on motivoitunut hoitamaan itseään ja näkemään vaivaa oman terveydentilansa parantamiseen. Sisäisten (mm. usko omaan onnistumiseen, tiedot asiasta) ja ulkoisten (esim. neuvot ja annetut roolimallit) tekijöiden ymmärtäminen taas auttaa hoitohenkilökuntaa tekemään ryhmäohjauksesta tehokkaampaa, kun he pystyvät arvioimaan, minkälaista ohjausta asiakkaat tarvitsisivat: neuvoja ja tietoa vai ennemminkin tukea (Hankonen 2011).

1.4 Ryhmäohjaus

Terveydenhuollon kenttä elää jatkuvassa muutoksessa. Nykyään kansan terveydentilassa korostuu terveyden kannalta haitallisten elämäntapojen, alkoholin käytön ja tupakoinnin, sekä lihavuuden yleistyminen. Lihavuuden arvioidaan yleistyneen miehillä 75% ja naisilla 34% viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Ravitsemus- ja liikuntaohjauksella pystytään vaikuttamaan elämäntapamuutokseen, jolla voi olla suuri merkitys esimerkiksi diabeteksen ehkäisyyn (Turku 2007).

Terveysneuvonnan yksi tavoite on perinteisesti ollut tiedon jakaminen terveydenhuollon ammattilaiselta potilaalle. Nykyään tavoitteet ovat kuitenkin laajentuneet ja terveysneuvonnalla pyritään myös lisäämään asiakkaiden motivaatiota käyttäytymisen muuttamiseksi terveellisempään suuntaan (Lappalainen ym. 1998). Kettusen (2001) mukaan terveysneuvonnassa tulisi huomioida yhä enemmän myös asiakaslähtöisyys ja potilaan tarpeiden kartoittaminen, jotta asiakkaan itsetunto ja omaa terveyttä koskeva päätöksentekokyky vahvistuu. Kettusen mukaan tällainen lähestymistapa lisää myös ihmisen elämänhallinnan tunteita, jotka ovat etenkin elämäntapamuutoksessa tarpeellisia. Tämä käy yksiin Kasilan (2011, 120-122) näkemysten kanssa, jonka mukaan terveysohjaus on ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämistä. Ohjauksella tulisi pyrkiä vahvistamaan ihmisen kykyä ohjata itseään ja omaa elämäänsä. Terveysohjaus antaa asiakkaalle mahdollisuuden pohtia terveyttään ja terveyden hallittavuutta sekä mielekkyyttä. Kasilan mukaan terveysohjauksen tavoitteena on myös vahvistaa asiakkaan terveydenlukutaitoa ja terveystajua, joiden avulla pystytään lisäämään ihmisten valmiuksia tarvittavien elintapamuutosten tekemiseen. Terveyskäyttäytymisen muutosta tukevassa terveysohjauksessa tärkeää on, että ohjaaja tuntee muutosprosessit yksilö- ja ryhmätasolla. Terveysohjausta on hyvä arvioida ihmisen terveydenlukutaidon ja terveystajun kehittymisen näkökulmasta. Tällöin arvioidaan muun muassa pystyvyyden ja hallinnan tunteen kehittymistä, tiedon ymmärtämistä ja soveltamista. Terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat indikaattorit toimivat terveysohjauksen pitkänaikavälin tulosmittareina (Kasila 2011, 120–122).

Ryhmäohjaukseen siirtymisestä puhutaan terveydenhuollossa enenevässä määrin. Tämän taustalla on taloudelliset syyt, sillä ryhmässä pystytään ohjaamaan useampia henkilöitä kerralla. Ryhmäohjaukseen sisältyy kuitenkin lukuisia haasteita. Ryhmäohjaajalta vaaditaan ammattitaitoa ja ryhmäprosessin tuntemusta. Jotta ryhmäohjausta voidaan toteuttaa, on ryhmäohjaajan ja ryhmäläisten tunnettava ryhmäprosessi ja tiedettävä, kuinka ryhmän toiminta yleensä etenee ja millaisia vaiheita ryhmässä ilmenee. Ryhmäprosessin hahmottaminen auttaa ryhmässä toimijoita ymmärtämään, mitä ryhmässä tapahtuu ja mitä tekijöitä näiden tapahtumien taustalla voi olla (Vänskä ym. 2011).

Ryhmäohjauksen ehdottomia etuja ovat ajan ja rahan säästäminen. Ryhmä myös tarjoaa osallistujille vertaistukea, jota ihminen ei voi saada yksilöohjauksessa. Parhaimmillaan ryhmäohjaus voimaannuttaa ihmistä ja ohjaajaa. Ryhmä toimii yleensä parhaiten, kun osanottajia on 9-15 henkilöä. Silloin ryhmäläisillä on mahdollisuus vertaistukeen ja vertaiskokemusten jakamiseen, mutta toisaalta myös osallistumiseen ja yksilölliseen kohtaamiseen. Ryhmän

suurin hyöty tulee esille osanottajille kertyneestä kokemuksesta ja osaamisesta, jota he jakavat ryhmässä. Parhaimmillaan ryhmäläiset oppivat toisiltaan erilaisia ajattelu- ja toimintatapoja. Ryhmä tukee jäseniään ja vahvistaa sitoutumista ongelmien ratkaisuun. Elämäntaparyhmän yksi tärkeä anti on sen voima autonomian synnyttämisessä (Vänskä ym. 2011).

Ennen ryhmän perustamista tulee ryhmän sopia toimintatavoistaan ja säännöistä. On tärkeää, että kaikki ryhmäläiset sitoutuvat ryhmän toimintaan. Ryhmässä on hyvä sopia vaitiolovelvollisuudesta, toiselle tilan antamisesta, epäselvyyksien esittämisestä, vastuusta, osallistumisesta ryhmään sekä vastuusta tehtävien tekemisessä (Vänskä ym. 2011). Ryhmä mahdollistaa sosiaalisen tuen muilta ryhmäläisiltä. Ryhmän merkityksellisyys perustuu Vesterisen (2010) mukaan tiedon jakamiseen, ryhmään kuulumisen tunteeseen ja sosiaaliseen tukeen. Vesterinen kertoo ryhmän hyödyn olevan vertaiskokemus, toimijuuden vahvistuminen ja itsetuntemuksen lisääntyminen.

Ryhmän muodostuminen on prosessi, jossa ryhmän jäsenten keskinäinen ymmärrys ja luottamus vahvistuvat sekä ryhmäläisten vuorovaikutustaidot kehittyvät. Mikäli ryhmään saadaan luotua turvallinen ilmapiiri, mahdollistaa se omien ajatusten ja tunteiden ilmaisemisen ryhmässä. Ryhmäläisten kannalta tiedottaminen on tärkeää, sillä ryhmäläiset alkavat muodostamaan mielikuvaa ryhmästä jo ennen ryhmän varsinaista alkamista. Riittävä ja selkeä tieto auttaa ryhmään tulevaa sopeutumaan tulevaan ryhmään. Ryhmän kehitysvaiheita ovat muotoutumisvaihe, kuohuntavaihe, sisäisten pelisääntöjen syntyminen vaihe ja kypsän toiminnan vaihe (Vesterinen 2010).

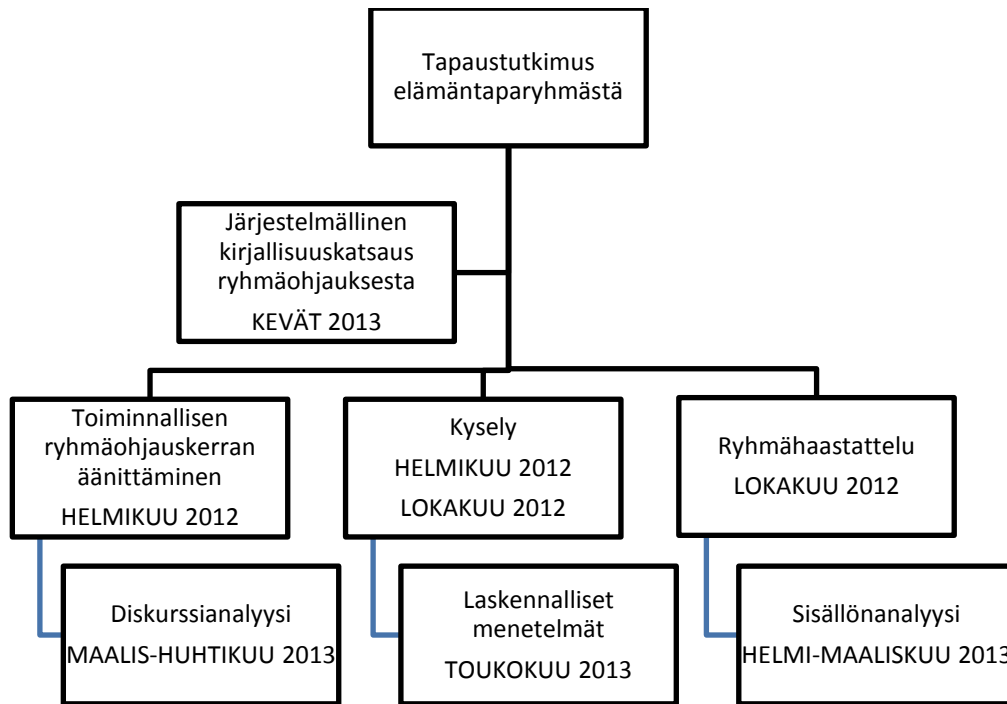
Absetzin (2010b) mukaan ryhmäohjauksen tärkeä tekijä on tavoitteellisuus. Hänen mukaansa motivaatioteorioiden varaan rakentuva tavoitteellinen toimintatapa auttaa varmistamaan, että elintapaohjaus auttaa muutoksessa ja vie sitä eteenpäin. Hyvän ohjauksen kolme tärkeintä seikkaa hänen mielestään ovat, että ohjauksessa käsitellään olennaisia asioita, ohjaustilanteen seurauksena potilaan taidoissa tai minäpystyvyydessä tapahtuu positiivisia muutoksia ja potilaalla on itselleen tekemä tavoite. Tavoitteellisen toiminnan perustana on kattava tilannearvio, jolloin lähtökohtana on se, mitä asiakas itse tahtoo elämältään ja miten hän kokee oman hyvinvointinsa. On tärkeää pohtia asiakkaan omia voimavaroja ja niitä heikentäviä ja vahvistavia tekijöitä. Hyvä ohjaustilanteen rakenne ei yksinään takaa ohjauksen onnistumista, vaan tarvitaan myös toimiva vuorovaikutus ohjattavan ja ohjaajan välille (Absetz 2010b).

Lihavuuden Käypä hoito -suosituksessa (2013) nähdään elintapahoito hyväksi keinoksi lihavuuden hoidossa. Hoito voi tapahtua yksilö- tai ryhmäinterventiona. Suosituksen mukaan potilaalle tulisi tarjota useita ohjauksetoja. Hoidon tavoitteena olisi 5% painon alentuminen ja saadun painon ylläpitäminen. Ohjauksetoja tulisi olla suosituksen mukaan viidestä viiteentoista. Elintapahoitoa suosituksen mukaan tulisi pitää moniammatillinen ryhmä, joka koostuisi lääkäreistä, hoitajasta ja ravitsemusterapeutista. Lisäksi ryhmään voi kuulua fysioterapeutti, psykologi tai jokin liikunnan asiantuntija. Elintaparyhmissä tulisi keskittyä potilaan tilanteen kartoitukseen, potilaan muutosten edistämiseen, syömisestä hallintaan, ruokavalion korjaamiseen ja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Ohjauksen tulisi tähdätä käyttäytymisen muutokseen.

1.5 Tapaustutkimus

Tämä tutkimus on toteutettu tapaustutkimuksena, jossa hyödynnetään kvalitatiivista aineistonkeruuta. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan luonnehtia prosessiksi, jossa aineistoon liittyvät näkökulmat ja tulkinnat kehittyvät tutkijan tietoisuudessa vähitellen tutkimusprosessin edetessä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen eteneminen ei ole välttämättä etukäteen jäsennettävissä selkeisiin eri vaiheisiin, vaan esimerkiksi aineistonkeruuta koskevat ratkaisut voivat muotoutua tutkimuksen edetessä. (Kiviniemi 2007, 70).

Tutkimus keskittyy yhteen yksittäiseen ja rajattuun kokonaisuuteen, tässä tapauksessa Keski-Suomessa järjestettyyn elämäntaparyhmään. Yksittäisen ja rajatun tutkimuskohteen lisäksi tapaustutkimukselle on tyypillistä aineistonkeruu monin eri menetelmin, niin että loppujen lopuksi hyvinkin rajatusta tutkimuskohteesta saadaan monenlaista tietoa erilaisten aineistonkeruumenetelmien ansiosta (Laine ym. 2007). Tapaustutkimuksen luonteelle ominaisesti tässä tutkimuksessa on kerätty aineistoa niin kyselylomakkeiden, äänitallenteen kuin ryhmähaastattelun kautta (KUVA 2). Erilaisten aineistonkeruumenetelmien avulla tutkittavasta ilmiöstä voidaan kerätä niin kuvailevaa kuin selittävääkin tietoa, joskaan tapaustutkimuksen tavoitteena ei ole muodostaa yleistettävissä olevaa tietoa, vaan pikemminkin lisätä ymmärrystä tutkimuskohteesta (Laine ym.2007).



KUVA 2. Tapaustutkimusrunko.

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista käyttää erilaisia aineistonkeruutapoja joko vaihtoehtoisina, rinnakkain tai eri tapoja yhdistelemällä. Mikäli tutkimuksessa hyödynnetään eri aineistonhankintamenetelmiä, voidaan puhua aineistotriangulaatiosta. Aineistotriangulaatio sopii tähänkin tutkimukseen, sillä yksittäisellä tutkimusmenetelmällä olisi ollut hankalaa saada kattavaa kuvaa tutkimuskohteesta (Eskola ym. 2005). Toisiaan täydentävät aineistot myös auttavat tapaustutkimuksen tekijää selvittämään, onko asiat ymmärretty oikein ja varmentavatko tulokset toisiaan (Laine ym. 2007). Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruutapojen valinnasta on sanottu myös, että kun tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ihmisten aikomuksia käyttäytyä tietyllä tavalla, paras aineistonkeruutapa on kysymiseen perustuva menetelmä. Kun taas tavoitteena on vuorovaikutuskäyttäytymisen selvittäminen, havainnointiin perustuva aineistonkeruumenetelmä on tarkoituksenmukaisin (Jyrinki 1977). Koska tutkimuksessamme pyritään kartoittamaan ryhmäohjaukseen osallistuneiden henkilöiden kokemuksia, sekä ryhmän vuorovaikutusta ja ryhmäprosesseja, oli mielekästä toteuttaa tutkimus kyselylomakkeiden, äänitallenteen sekä ryhmähaastattelun avulla.

Saarela-Kinnunen ym. (2007, 161–163) mukaan tapaustutkimus soveltuu lähestymistavaksi erityisesti silloin, kun tutkimuksen kohteena on tilanteita, joita ei voida kontrolloida tai vaki-

oida. Tutkimuksessa ryhmäohjauksen vaikutuksesta ihmisten käyttäytymismuutoksiin ei ollut mahdollista järjestää kontrolloituja tutkimusolosuhteita. Vaikka ryhmäohjaus toteutettiin kaikille ryhmäläisille samalla tavalla, tutkimuksessa ei voitu poissulkea ryhmäläisten henkilökohtaisiin elämäntilanteisiin liittyviä erityispiirteitä. Tapaustutkimukselle onkin tyypillistä toiminnan tutkiminen omassa ympäristössään. Voidaankin siis sanoa, että tapaustutkimuksen luonne suorastaan edellyttää, ettei ympäristön vaikutusta pyritä sulkemaan pois.

Tämä tutkimus on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön toteuttamaa ryhmäohjauksen kehittämis- ja arviointitutkimuskokonaisuutta. Tutkimukseen valittiin Keski-Suomen alueella järjestetty elämäntaparyhmä, joka pidettiin vuosien 2012–2013 aikana. Vuoden aikana ryhmä kokoontui yhteensä kolmesta kertaa. Tapaamiskerrat eivät jakautuneet tasaisesti vuoden ajalle, vaan aloituskeväänä tapaamisia oli tiheämmin. Viralliset seurantakerrat olivat puolen vuoden ja vuoden kuluttua ryhmän aloituksesta. Ryhmätapaamisten pääteemoja olivat ravinto ja liikunta. Osa ryhmäkertojen sisällöistä kuitenkin suunniteltiin ryhmäläisten tarpeiden ja halujen mukaan. Ryhmäohjauksen tavoitteena oli jokaisen ryhmäläisen yksilöllinen huomiointi sekä kokonaisvaltainen hyvinvoinnin edistäminen. Ryhmäläiset tekivät ohjaajan avustuksella itselleen henkilökohtaiset tavoitteet elämäntapamuutosta varten. Näiden tavoitteiden saavuttamista seurattiin säännöllisesti. Ryhmäohjauksessa pyrittiin myös hyödyntämään mahdollisimman paljon toiminnallisia menetelmiä. Ryhmätapaamisten aikana ryhmäläiset kävivät yhdessä ohjaajan kanssa esimerkiksi liikkumassa ja kaupassa tutustumassa terveellisiin elintarvikkeisiin. Lisäksi he muun muassa valmistivat yhdessä terveellistä ruokaa.

Ryhmäohjauksesta vastasivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikunnan ja ravitsemusalan asiantuntijat. Elämäntaparyhmä koostui kahdeksasta naispuolisesta ryhmäläisestä. Kukin ryhmäläisistä oli käynyt joko työ- tai perusterveydenhuollon vastaanotolla, jossa terveysalan ammattilainen oli suositellut kyseistä elämäntaparyhmää heille erilaisten terveydellisten syiden takia. Näitä syitä olivat muun muassa ylipaino, korkea verenpaine ja työssä jaksaminen. Ryhmään osallistuminen oli kuitenkin vapaaehtoista. Tutkimusaineistoa kerätessä jokainen osallistuja oli mukana työelämässä joko siivous- tai terveysalalla. Iältään he olivat 29–60 -vuotiaita.

2 JÄRJESTELMÄLLINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Aineiston keruu ja analysointi

Tämän tapaustutkimuksen yksi kokonaisuus koostuu järjestelmällisestä kirjallisuuskatsauksesta. Kirjallisuuskatsaus on hyvä keino hahmottaa jo olemassa olevaa tutkimustietoa valitusta aiheesta (Johansson 2007, 3) ja varsinkin tapaustutkimuksessa aikaisempien tutkimusten hyödyntäminen on tärkeä osa tutkimuksen toteutusta (Laine ym.2007). Tällä kirjallisuuskatsauksella pyritään selvittämään, kuinka ryhmäohjausta on aiemmin hyödynnetty ja toteutettu terveydenhuollossa ja minkälaisia tuloksia sen avulla on saatu aikaan.

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen toteutti kaksi tutkijaa. Tutkijat tekivät tutkimushaut yhdessä. Tutkimukseen valittiin alustavan tiedonhaun perusteella kuusi tietokantaa: Medline, Cinahl, Web of Science, Eric, Medic sekä Cochrane Library. Tutkimuksessa päädyttiin käyttämään sekä kotimaisia että ulkomaisia tietokantoja, jotta tutkimuksen kattavuus paransi. Tehtyään tutkimushaut, tutkijat seuloivat abstraktit ja tutkimukset itsenäisesti. Tämä vähentää Pudas-Tähkän ym. (2007, 46-51) mukaan virheiden mahdollisuutta. Seulonnan jälkeen tutkijat kuitenkin keskustelivat ja päättivät yhdessä mukaan otettavista tutkimuksista.

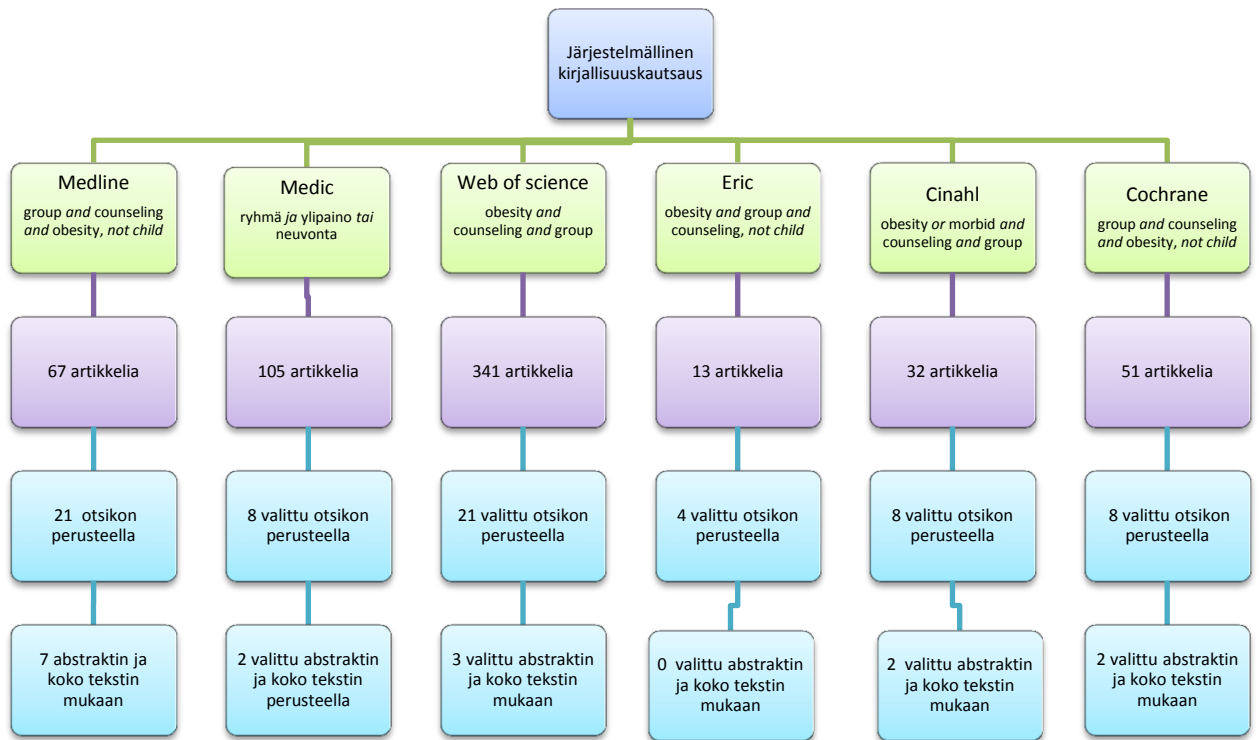
Tietokannoista etsittiin tutkimuksia järjestelmällisesti samoilla hakutermeillä. Viidessä tietokannassa (Medline, Cinahl, Web of Science, Eric sekä Cochrane Library) käytettiin samoja englanninkielisiä hakusanoja, jotka olivat: group (ryhmä), counseling (ohjaus) ja obesity (ylipaino). Obesity -sanan rinnalle hyväksyttiin Cinahl-tietokannassa hakusanaksi myös morbid (sairaalloinen ylipaino), koska sen avulla tuloksia löytyi paremmin. Myös counseling-sanan ohella tutkimuksia etsittiin education-sanalla, mutta koska tulokset olivat yhteneväisiä, tutkijat päätyivät lopulta etsimään tutkimuksia counseling-termiä käyttämällä. Obesity valittiin yhdeksi hakusanaksi, koska tapaustutkimuksessa mukana olevassa elämäntaparyhmässä suurin osa osallistujista on ylipainoisia, joten tutkimuksista haluttiin saada mahdollisimman vertailukelpoista tietoa.

Kolmessa tietokannassa (Medline, Eric ja Cochrane Library) haku rajattiin koskemaan tutkimuksia, joissa ei tutkittu lapsia tai nuoria, käyttämällä toimintoa ”not child”. Medline-tietokannassa haku rajattiin etsimällä ainoastaan tutkimuksia, joista oli saatavilla koko teksti (full text –kriteeri). Suomalaisessa Medic-tietokannassa hakusanoina käytettiin vastaavia ha-

kusanoja kuin muissakin tietokannoissa, mutta suomeksi. Hakusanat olivat ryhmä, ohjaus ja ylipaino. Mitään asiasanoja ei katkaistu, vaan niitä käytettiin perusmuodoissaan. Hakutermit yhdistettiin toisiinsa AND-operaattorilla kaikissa muissa paitsi Medic-tietokannassa. Medic-tietokannassa termit yhdistettiin AND- ja OR-operaattoreilla (ylipaino AND ryhmä OR neuvonta). Ilman OR-operaattorin käyttöä hakutulokset jäivät vajaiksi, joten kattavuuden saavuttamiseksi tutkijat päätyivät OR-operaattorin käyttöön. Suomenkieliset hakusanat tarkastettiin Yleisestä suomalaisesta asiasanastosta (YSA). Englanninkieliset termit puolestaan tarkastettiin lääketieteen kansainvälisellä Medical Subject Headings-asiasanastolla (MeSH).

Tutkimushaut suoritettiin tammikuussa 2013. Haut rajattiin koskemaan suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia vuodesta 2007 vuoteen 2013, koska mukaan haluttiin saada viimeisimmätkin tutkimukset aiheesta. Tässä tutkimuksessa ei systemaattisesti etsitty julkaisemattomia lähteitä, koska niiden laatua voi olla vaikea arvioida (Pudas-Tähkä ym. 2007, 50-51). Aiemmin mainituilla hakusanoilla ja hakukriteereillä etsiessä tulokseksi saatiin yhteensä 609 artikkelia. Tarkemmat tiedot jokaisen tietokannan artikkelimääristä on esitetty alla olevassa kuvassa (KUVA 3). Näistä artikkeleista rajattiin otsikon perusteella pois iso osa tutkimuksista, koska tutkimukset olivat epärelevantteja kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen kannalta. Kaikki haun antamat tulokset kuitenkin käytiin läpi. Otsikon perusteella tutkimukseen valittiin vain tutkimukset, jotka käsitelivät aikuisväestöä (18-64-vuotiaat) ja vastasivat tutkimuskysymykseen. Näitä tutkimuksia jäi yhteensä jäljelle 70. Tämän jälkeen jäljelle jääneistä tutkimuksista luettiin abstraktit ja abstraktien vaikuttaessa relevanteilta, koko tekstit, joiden perusteella kirjallisuuskatsaukseen jäi loppujen lopuksi 16 artikkelia. Näistä artikkeleista kaksi tutkimusta oli kuitenkin samoja tutkimuksia, jotka tutkijat olivat löytäneet eri tietokannoista, joten lopullinen määrä väheni 14 tutkimukseen.

Abstrakteja ja koko tekstejä luettaessa mukaan otettiin tutkimukset, joiden interventioissa oli käytetty ryhmämuotoista toteutustapaa. Osallistujat olivat aikuisia, mutta mukaan ei otettu raskaana oleville tai kehitysvammaisille suunnattuja interventioita tutkimustulosten vertailtavuuden perusteella. Mukaan analyysiin ei otettu myöskään tutkimuksia, joissa interventioon tai ryhmäohjaukseen osallistuminen oli maksullista tai ulkopuolisen, esimerkiksi vakuutusyhtiön, rahoittamaa. Interventioiden tuli myös liittyä joko ravitsemukseen tai liikuntaan, eikä mukaan otettu esimerkiksi tupakointiin tai mielenterveyteen liittyviä ryhmiä, koska empiirisessä elämäntaparyhmässäkin keskitytään nimenomaan elämäntapamuutokseen ravitsemuksen ja liikunnan osalla.



KUVA 3. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen rakentuminen.

2.2 Tulokset

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen lähdeaineisto taulukoitiin analyysikehyksen mukaisesti. Mukaan otettujen tutkimusten tiedot (tutkimuksen tekijät, vuosi, maa, tutkimuksen tarkoitus, aineistoon ja aineiston keruuseen liittyvät asiat sekä keskeiset tulokset) löytyvät liitteissä olevasta taulukosta (Liite 1). Tutkimukset on numeroitu taulukossa yhdestä neljääntoista (1-14) ja samoja numeroita käytetään myös tekstin lomassa selventämään analyysia.

Tutkimusten tavoitteet, aineistot ja tutkimusasetelmat. Mukaan otettujen tutkimusten yleisin tavoite oli arvioida tai testata ryhmäohjausta ja sen vaikuttavuutta. Kahdeksassa artikkelissa (3, 4, 7, 8, 10-12, 14) tutkimusasetelma rakentui yksilö- ja ryhmäohjauksen vaikuttavuuden vertailuun. Yksi näistä tutkimuksista oli meta-analyysi (14), jossa oli mukana yhteensä 9 tutkimusta. Näistä tutkimuksista kolmessa vertailtiin yksilö- ja ryhmäohjausta keskenään, muut tutkimukset vertailivat yksilöohjausta ja tavallista diabeteksen hoitoa. Joissakin tapauksissa yksilöohjaus saattoi olla kasvokkain tapahtuvan ohjauksen sijaan puhelimen tai sähköpostin kautta tapahtuvaa ohjausta. Parissa tutkimusasetelmassa (6, 9) vertailtiin erilaisten ryhmäohjauksen muotojen tehokkuutta. Lisäksi joukkoon mahtui neljä tutkimusta (1, 2, 5, 13), joissa

ei ollut erilaisten ryhmämuotojen vastakkainasettelua, vaan tutkimus keskittyi ainoastaan yhden ryhmämenetelmän testaamiseen. Tutkimus 13 on meta-analyysi, jossa on mukana 11 tutkimusta, joissa vertaillaan ryhmäohjauksen vaikuttavuutta tavalliseen diabetes-hoitoon verrattuna.

Tutkimuksista noin puolet oli toteutettu Yhdysvalloissa sekä neljäsosa Pohjoismaissa. Lisäksi tutkimuksia oli Kroatiasta, Isosta-Britanniasta, Kanadasta ja Australiasta. RCT-tutkimuksia oli seitsemän. Lopuissa tutkimuksissa ei ollut kontrolliryhmää ja lisäksi joukkoon mahtui yksi laadullinen tutkimus. Kaksi tutkimusta oli meta-analyyseja (13, 14), joten etenkin niissä osallistujamäärä oli laaja (1532 ja 1359 henkilöä). Keskiarvo tutkimuksiin osallistuvista henkilöistä oli 413 henkilöä (vaihteluväli 41-1532) ja he kaikki olivat täysi-ikäisiä. Suurimmassa osassa tutkimuksia (tutkimukset 1-10) osallistujien painoindeksi tuli olla yli 25 kg/m², eli käytännössä he olivat ylipainoisia tai lihavia. Lisäksi kahdeksassa tutkimuksessa (1, 2, 3, 7, 8, 10, 13, 14) edellytettiin, että osallistujilla oli joko diabeteksen tai verisuonisairauksien riskitekijöitä (esimerkiksi kohonnut verenpaine tai korkea kolesteroli) tai he olivat muuten monisairaita. Toisaalta yhdessä tutkimuksessa kriteerinä oli, ettei osallistujilla saanut olla minkäänlaista pitkäaikaissairautta (9). Tutkimuksiin osallistuneet henkilöt hakeutuivat ryhmiin pääosin joko terveydenhuoltoalan ammattilaisen suosittelemana (1, 2, 7, 10, 12) tai tutkimusilmoituksen tai mainosten kautta (4, 5, 6, 9, 11). Yhdessä tutkimuksessa osallistujat kerättiin sekä mainosten että lääkärin suositusten kautta (3) ja yhdessä tutkimuksessa osallistujat tulivat interventioon aiemman painonhallintaryhmän kautta (8). Meta-analyyseissa (13, 14) ei mainittu, miten osallistujat olivat hakeutuneet tutkimuksiin.

Pääasiassa tutkimusten aineisto oli kerätty erilaisilla fysiologisilla mittauksilla (tutkimuksissa 1-10, 13-14). Yleisimmät mitattavat asiat olivat paino, pituus, BMI, vyötärönympäryys, verenpaine, rasvaprosentti, kolesteroli sekä verensokeri. Muutamissa tutkimuksissa (5, 7, 9, 12) oli käytetty aineistonkeruumenetelmänä kyselyä, esimerkiksi liikunta-aktiivisuus-, elämäntapa-, sekä kylläisyyskyselyä. Kahdessa tutkimuksessa (3, 4) oli käytetty joko ruoka- tai liikuntapäiväkirjaa, jota osallistujat täyttivät omatoimisesti tapaamisten ulkopuolella. Lisäksi erikoisempina aineistonkeruutapoina hyödynnettiin videointia ja kuvakortteja, joiden avulla osallistujat kertoivat kokemuksiaan elämäntapamuutoksesta (2). Deakinin ym. (2009) meta-analyysissä (13) neljässä tutkimuksessa oli selvitetty myös osallistujien diabetes-tietoisuutta ja sen kasvua intervention aikana. Myös osallistujien minäpystyvyyttä ja itsehallintaa tutkittiin kahdessa meta-analyysin tutkimuksessa.

Interventioiden toteuttaminen. Tutkimuksista haluttiin tietää interventioiden toteutustapa, kesto, ryhmien koko sekä ryhmien vetäjät. Tutkimuksissa käytetyt interventiot erosivat toisistaan esimerkiksi sen suhteen, järjestettiinkö osallistujille ainoastaan ryhmäohjausta vai esimerkiksi myös yksilö- tai puhelinneuvontaa. Tässä analyysissä otetaan huomioon ensisijaisesti ne toteutustavat, joita ryhmäohjauksessa käytettiin, koska ne ovat olennaisempia tietoja tutkimuskysymysten kannalta. Ryhmien kesto vaihteli alle kuudesta kuukaudesta puoleentoista vuoteen. Kaksi ryhmää kesti puolitoista vuotta (6, 10), kaksi ryhmää vuoden (3, 11) ja loput ryhmät puoli vuotta tai vähemmän. Ryhmien kokonaiskesto ei kuitenkaan vaikuttanut ryhmien intensiivisyyteen, sillä esimerkiksi osa lyhytkestoisista ryhmistä tapasi viikoittain kun taas yksi vain kuuden viikon välein. Yhdeksän ryhmää tapasi viikoittain tai joka toinen viikko, ainakin kuukauden ajan. Kahdessa tutkimuksessa tapaamisia järjestettiin joko neljän tai kuuden viikon välein (4, 8). Yhdestä tutkimuksesta ei selvinnyt, kuinka usein ryhmäohjausta järjestettiin, eikä myöskään kuinka pitkiä ryhmätapaamiset olivat (12). Muissa tutkimuksissa ryhmäohjaus kesti kerrallaan tunnista kahteen tuntiin. Niin Deakinin ym. (2009) kuin Duken ym. (2009) meta-analyyseissa (13, 14) ryhmien kestot olivat hyvin vaihtelevia: osa osallistujista sai ryhmäohjausta vain 3 tuntia vuodessa, kun taas osa ryhmistä jopa 52 tuntia vuodessa.

Tutkimusten aihepiirit liittyivät suurimmaksi osaksi ravitsemukseen, liikuntaan ja painonpudottamiseen (1, 3, 5-10, 13, 14). Elämäntapoihin liittyvien tavoitteiden asettaminen ja motiivointi korostuivat myös joissakin ryhmissä (1, 3, 4, 5, 7, 9). Yhdessä tutkimuksessa oli myös erikseen mainittu, että ryhmäohjauksella pyrittiin selviytymiskeinojen vahvistamiseen ja riskitilanteiden ennakointiin (10). Kaikissa tutkimuksissa ryhmien aihepiirejä tai ryhmäohjauskertojen sisältöjä ei kerrottu (2, 12). Ryhmiä vetivät monet terveys- ja liikunta-alan ammattilaiset. Terveellisistä elämäntavoista oli puhumassa yleensä ravitsemusalan asiantuntija, esimerkiksi ravitsemusterapeutti (1-3, 5, 8-10). Lisäksi ryhmiä veti esimerkiksi lääkäri (3, 7, 8, 10), sairaanhoitaja (1, 3, 10), fysioterapeutti (1, 10), psykologi (3, 8) tai liikuntatoimi (1). Viidessä ryhmässä (1, 3, 8, 10, 13, 14) ryhmäohjaus oli toteutettu moniammatillisesti esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön ja ravitsemusterapeutin yhteistyönä. Ryhmien vetäjiä ei mainittu neljässä tutkimuksessa.

Ryhmäohjausta oli toteutettu ryhmissä pääosin luentomaisesti (1, 3, 4, 6-11, 13, 14). Ainoa toiminnallinen menetelmä, jota ainakin yhdessä ryhmässä (2) oli käytetty, oli liikunta. Luen-

noinnin ohella ryhmissä oli myös keskustelua tai muita interaktiivisia menetelmiä (1, 5, 9). Myös motivoivaa haastattelua oli käytetty yhdessä tutkimuksessa (7).

Tutkimusten keskeiset tulokset. Kuten aiemmin todettiin, kaikissa tutkimuksissa yhtenä arviointimittarina intervention vaikuttavuudesta oli paino. Osassa tutkimuksista painon muutos ilmoitettiin prosentteina ja osassa kiloina. Kaikissa tutkimuksissa osallistujat laihtuivat intervention aikana, mutta määrät vaihtelivat. Eniten muutosta tapahtui Jovanovicin ym. (2009) tutkimuksessa (8), jossa ryhmäohjauksessa olleet laihtuivat keskimäärin 12,2 kg. Jovanovicin ym. (2009) tutkimuksessa järjestettiin myös yksilöohjausta, johon osallistuvat laihtuivat keskimäärin 7,6 kg. Heikointa laihtuminen oli Absetzin ym. (2008) tutkimuksessa (1), jossa osallistujat laihtuivat keskimäärin yhden kilon. Muissa tutkimuksissa painonpudotus oli alle 7 kg tai suhteellinen laihdutusprosentti alle 8,7 %. Toisesta meta-analyysistä (13) kävi ilmi, että analyysiin mukaan otettujen tutkimusten ryhmäohjauksessa laihduttiin keskimäärin 2,1 kg enemmän kuin kontrolliryhmissä. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Myöskään Duken ym. (2009) meta-analyysissä (14) ei havaittu yksilö- ja ryhmäohjauksen välillä tilastollisesti merkittäviä eroja esimerkiksi painonpudotuksessa.

Yhdessä tutkimuksessa havaittiin, että parempi osallistumisprosentti ohjaukseen johti myös parempaan painonpudotukseen (7). Painon lisäksi osassa tutkimuksista oli mitattu myös vyötärön ympäryys sekä otettu laboratoriokokeet. Niissä tutkimuksissa (1, 3, 6, 9, 13), joissa vyötärön ympäryys oli mitattu, oli siinä myös havaittu muutosta. Muutos vaihteli 1,3-9,6 cm välillä. Suurin muutos oli Jakicicin ym. (2012) tutkimuksessa. Laboratoriomittausten osalta tutkimuksissa saavutettiin positiivista muutosta ja arvot palautuivat normaaleille tasoille esimerkiksi verensokerissa ja kolesteroleissa (1, 3, 8, 9, 13). Deakinin ym. (2009) meta-analyysissä (13) havaittiin lisäksi, että jokaista viittä ryhmäohjaukseen osallistujaa kohti yksi osallistuja pystyi jättämään diabetes-lääkkeet kokonaan pois. Kolmessa tutkimuksessa (1, 2, 9) raportoitii myös erikseen positiivisia käyttäytymismuutoksia. Muutokset liittyivät esimerkiksi rasvojen käytön vähentämiseen sekä liikunnan aloittamiseen. Niille ryhmille, joissa elämäntapamuutosta tapahtui, tyypillistä oli esimerkiksi ryhmäkeskustelut ja vertaistuen jakaminen. Alahuhdan ym. (2008) tutkimuksessa osallistujat, jotka onnistuivat elämäntapamuutoksessa, kokivat omat voimavaransa painonhallinnassa paremmiksi ryhmäohjauksen vaikutuksesta ja kokivat pystyvänsä säilyttämään toiveikkaan ja positiivisen asenteen painonhallinnan suhteen. Puolestaan niillä, joilla paino ja elämäntavat pysyivät samana intervention aikana, päällimmäisenä tunteena ilmeni pettymystä ja pelkoa sekä motivaation puutetta etenkin intervention

alkuvaiheessa. Yhdessä ryhmässä (5) muutoksia osallistujien ravitsemuksessa terveellisempään suuntaan ei juurikaan tapahtunut ravitsemuskyselyn mukaan, mutta kyseisessä ryhmässä osallistujien paino tippui kuitenkin 2,5kg. Yhdessä tutkimuksessa (1) ryhmäohjauksen vaikuttavuutta arvioitiin elämäntapamuutosprosessin muutoksen kautta. Tutkimuksessa mitattiin, miten ryhmäläiset olivat edenneet muutoksessaan. Puolet osallistujista oli edennyt ryhmäohjauksen aikana muutosprosessissaan harkintavaiheesta muutoksen tekemiseen.

Ryhmäohjauksen vaikuttavuutta voidaan arvioida konkreettisten tulosten lisäksi myös kustannustehokkuudella. Kolmessa tutkimuksessa (3, 6, 7) huomioitiin myös taloudellinen näkökulma yhtenä arviointikriteerinä. Kahdessa tutkimuksessa (3, 6) ryhmäohjauksen kustannukset olivat vähäisemmät kuin yksilöneuvonnassa, mutta toisaalta myös tulokset olivat huomattavasti paremmat ryhmäohjaukseen osallistuneilla henkilöillä kuin niillä, jotka osallistuivat ryhmä- ja yksilöohjaukseen Cagnonin ym.(2011) tutkimuksessa (3). Yhdessä tutkimuksessa havaittiin, että kaupalliset painonhallintaryhmät olivat halvempia kuin julkisen terveydenhuollon järjestämät ryhmät (7).

Yhteenveto. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että ryhmäohjaus voi olla vaikuttavaa, mutta aina näin ei ole. Joidenkin tutkimusten mukaan yksilö- ja ryhmäohjausta vertailtaessa on havaittu, että ryhmäohjauksella saavutetaan parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella (esim. Jovanovic ym. 2009). Toisaalta taas esimerkiksi Duken ym. (2009) meta-analyysissä yksilö- ja ryhmäohjauksen tulosten välillä ei havaittu merkittäviä eroja niin laboratoriomittauksissa kuin painoindexissäkään. Näyttäisikin siltä, että vielä enemmän merkitsee esimerkiksi se, kuinka usein ja tiheästi tapaamisia on ollut, kuin se, onko ohjaus ollut ryhmä- vai yksilöohjausta. Esimerkiksi Deakin ym. (2009) havaitsi meta-analyysissään, että niiden henkilöiden, jotka käyttivät hyödykseen ylimääräisiä tapaamiskertoja, tulokset niin terveyden kuin psykososiaalisten tekijöidenkin osalta olivat pitkäkestoisempia. Samassa meta-analyysissä myös todettiin, että ryhmäohjauksella voidaan selvästi vaikuttaa osallistujien pystyvyys-kokemuksiin ja hallinnan tunteisiin sekä itsekontrolliin. Nämä ovat niitä asioita, joiden on todettu vaikuttavan ihmisten käyttäytymisen säätelyssä ja muutosten tekemisessä (kts. kappale terveyskäyttäytymisen taustalla vaikuttavia tekijöitä). Vielä tulisikin tutkia lisää, kuinka näitä asioita voitaisiin yhä enemmän huomioida niin yksilö- kuin ryhmäohjauksessa ja saataisiinko näin ohjauksesta vielä tehokkaampaa ja toimivampaa.

3 RYHMÄHAASTATTELU

3.1 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen, ja erityisesti tapaustutkimuksen, luonteeseen kuuluu monipuolinen ja syvällinen tieto tutkimuskohteesta (Tuomi & Sarajärvi 2009). Ryhmähaastattelu mahdollisti osallistujien käsityksiin ja ajatuksiin paneutumisen syvällisesti. Ryhmäohjaukseen osallistuneille henkilöille voitiin esittää täsmentäviä lisäkysymyksiä esimerkiksi motivaation ja muiden henkilökohtaisten taustatekijöiden yhteydestä elämäntapamuutokseen. Tarkennusten ja lisätiedon pyytäminen onkin Hirsjärven ym. (2000) mukaan yksi huomattavin haastattelun etu lomakekyselyihin verrattuna.

Ryhmähaastattelu muodostui myös yhdeksi olennaisimmaksi väyläksi ryhmäohjaus kokemusten tarkasteluun. Ryhmähaastattelun informatiivinen sisältö painottui suurelta osin ryhmäläisten kokemuksiin elämäntaparyhmästä ja ryhmän toimintaan. Ennen varsinaista ryhmähaastattelua tehtiin pilottihaastattelu testiryhmälle. Pilottihaastattelun avulla pystyttiin testaamaan tutkijoiden haastattelutaitoja sekä haastattelurungon toimivuutta (Jyrinki 1977). Pilottihaastattelu toteutettiin pienellä keskisuomalaisella paikkakunnalla 24.10.2012 kahden tutkijan toimesta. Pilottiryhmäksi valittiin erittäin niukkaenergisien dieetin (ENED) -painonhallintaryhmä, jossa oli viisi ryhmäläistä. Heistä neljä osallistui haastatteluun. ENED-ryhmä soveltui pilottihaastatteluun, sillä toimintaperiaatteiltaan ryhmä on hyvin samankaltainen kuin varsinainen tutkimusryhmä. Haastateltavilta kysyttiin suullinen lupa haastattelun tekemiseen ja äänittämiseen. Äänitettä käytettiin vain tutkijoiden haastattelutaitojen kehittämiseen ja nauhureiden käytön opettelemiseksi.

Pilottihaastattelun myötä haastattelurunkoa muokattiin yksinkertaistamalla kysymyksiä, poistamalla päällekkäisyyksiä ja lisäämällä tarkentavia kysymyksiä joihinkin teemoihin. Haastattelun myötä huomattiin, että välillä puheenvuoroja piti jakaa ryhmäläisten kesken, jotta kaikilla oli mahdollisuus saada äänensä kuuluviin. Ujoimmatkin henkilöt uskalsivat vastata, kun kysymykset kohdistettiin suoraan heille. Haastattelusta poistettiin kysymys ryhmän yhteisistä tavoitteista, koska se ei tuntunut tarpeelliselta tutkimuskysymyksiin nähden. Myös ryhmän avulla saavutettuja muutoksia kysyttiin yhdellä kysymyksellä, kun alun perin niitä oli kaksi. Lisäksi ”ryhmästä saatuja hyötyjä”-kysymystä tarkennettiin jatkokysymyksillä. Lopullinen

haastattelurunko on liitteenä (liite 2). Pilotti haastattelun myötä tutkijat oivalsivat myös, kuinka tärkeää on tarttua haastateltavien itse nostamiin aiheisiin ja tehdä niistä lisäkysymyksiä. Tämän myötä haastattelusta on mahdollista saada tarkempaa informaatiota.

Ryhmähaastattelun ajankohta oli sovittu yhdessä ryhmän kanssa edellisellä tapaamiskerralla. Varsinainen tutkimushaastatteluaineisto kerättiin erään Keski-Suomen kunnan elämäntaparyhmästä 31.10.2012 erikseen sovitulla tapaamiskerralla. Ryhmähaastattelu toteutettiin paikakunnan terveysaseman ryhmätallassa. Paikka oli rauhallinen ja sopivan intiimi ryhmän kokoon nähden. Haastattelu toteutettiin yhden ison pöydän ääressä, jossa haastateltavat ja haastattelijat näkivät toisensa. Haastatteluun käytettiin aikaa noin tunti. Haastattelussa paikalla olivat kaksi tutkimushaastattelijaa, elämäntaparyhmien vastuhenkilö sekä neljä ryhmäläistä. Elämäntaparyhmien vastuhenkilö oli paikalla koko haastattelun ajan. Ennen haastattelua haastateltavilta kysyttiin, saako vastuhenkilö olla paikalla koko haastattelun ajan vai häiritseekö hänen läsnäolonsa vastaamista. Haastateltavat vakuuttivat vastaavansa rehellisesti myös ohjaajaa koskeviin kysymyksiin huolimatta siitä, että hän olisi paikalla.

Ryhmähaastatteluun osallistui neljä ryhmäläistä kahdeksasta. Töiden vuoksi yksi ryhmäläisestä saapui haastatteluun hieman myöhässä, mutta hän pääsi kuitenkin hyvin mukaan keskusteluun. Ryhmäläiset nostivat haastattelussa esille, että heillä oli ryhmän kuluessa välillä ollut hieman kireähkö ilmapiiri. Haastattelijat kokivat myös, että ryhmäläisten luottamuksen saavuttaminen oli haasteellisempää kuin pilottihaastattelussa.

3.2 Aineiston analysointi sisällönanalyysin avulla

Ryhmähaastattelu analysoitiin aineistolähtöisessä sisällönanalyysin avulla, koska sisällönanalyysillä on mahdollista analysoida laadullinenkin tutkimusaineisto systemaattisesti (Tuomi & Sarajarvi2009). Sisällönanalyysillä etsitään tekstissä ilmeneviä erilaisia merkityksiä, joten se on hyvä menetelmä esimerkiksi haastattelujen analysointiin. Analysoinnin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Sisällönanalyysia ei pidä sekoittaa sisällönerittelyyn, jossa aineistoa kuvataan kvantitatiivisesti. Tässä tutkimuksessa näkökulma on nimenomaan sisällönanalyysissa, koska sen avulla saadaan selkeyttä aineistoon niin, että tuloksista voidaan muodostaa järkeviä johtopäätöksiä. Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistoläh-

töinen sisällönanalyysi eteni kolmivaiheisesta prosessista, jonka osiot ovat: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Ryhmähaastatteluaineiston analysointi aloitettiin kuuntelemalla digitallementimella tallennettu aineisto neljä kertaa. Sen jälkeen koko aineisto litteroitiin, eli auki kirjoitettiin sanatarkasti, jättäen kuitenkin tauot ja naurahdukset merkitsemättä, koska niillä ei ollut merkitystä tutkimuskysymysten kannalta. Koska kiinnostus kohdistui haastattelussa esiin tuleviin asiasisältöihin, ei yksityiskohtainen litterointi ollut tarpeen (Ruusuvoori 2010, 424-425) Litteroitu aineisto tarkastettiin kuuntelemalla aineisto uudestaan ja korjaamalla mahdolliset virheet. Litteroitua tekstiä muodostui 25 sivua. Litteroinnissa ryhmäläiset, haastattelijat ja ryhmäohjaaja merkittiin omilla koodeilla tekstiin. Kullakin ryhmäläisellä oli oma tunnuksensa (R1=ryhmäläinen 1 jne.). Haastattelijat merkittiin myös omalla tunnuksella (H1=haastattelija 1 jne). Ryhmäohjaaja merkittiin tunnuksella O (O=ohjaaja). Tulososiossa aineistosta esitetyt suorat lainaukset on kursivoitu ja puheenvuorojen lyhennykset on merkitty kolmella viivalla (---). Samat merkintätavat ovat käytössä kaikissa aineistoissa.

Litteroitua aineistoa luettiin läpi useaan kertaan. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti seuraava vaihe oli merkitysyksikön valinta. Merkitysyksiköksi valittiin lause tai puheenvuoron osa. Tämän jälkeen tekstistä alettiin manuaalisesti etsiä merkitysyksikköjä. Aineistosta kerätyt merkitysyksiköt järjesteltiin ja taulukoitiin. Seuraavaksi alkuperäisistä ilmauksista eli merkitysyksiköistä tehtiin pelkistykset. Pelkistykset perustuivat alkuperäiseen lainaukseen. Seuraavassa vaiheessa, eli ryhmittelyssä, pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien pohjalta ilmauksista muodostettiin alaluokkia, joissa samaa asiaa tarkoittavat asiat ryhmiteltiin yhteen luokkaan. Alaluokkia muodostettiin 17 kappaletta ja ne muodostettiin toisensa poissulkeviksi. Jokainen alaluokka nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näyte alkuperäisten ilmausten pelkistyksestä sekä alaluokkien muodostamisesta löytyy liitteistä (liite 3). Tämän jälkeen alaluokkia yhdisteltiin yläluokiksi. Yläluokkia muodostettiin viisi kappaletta. Aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen aineistosta kulkivat tutkimuksessa rinta rinnan.

3.3 Tulokset

Ryhmähaastattelun aineistosta muodostui neljä yläluokkaa 1) Ryhmään osallistuminen, 2) Oman elämäntaparyhmän kuvaus, 3) Ihanne-elämäntaparyhmänkuvaus sekä 4) Muutosprosessin liittyvät tekijät. Tuloksia esitetään muodostettujen yläluokkien mukaan ryhmiteltyinä.

Ryhmään osallistuminen	Oman elämäntaparyhmän kuvaus	Ihanne-elämäntaparyhmän kuvaus	Muutosprosessiin liittyvät tekijät
<ul style="list-style-type: none"> - Ryhmään tulon syyt - Ryhmään osallistumiseen vaikuttavat tekijät - Sitoutuminen ja asenne ryhmään - Aiemmat kokemukset painonhallintaryhmistä 	<ul style="list-style-type: none"> - Oman elämäntaparyhmän toteutus - Ryhmästä mieleen jääneet asiat - Ryhmän ilmapiiriin vaikuttavat asiat - Ryhmäohjaajan kuvaus 	<ul style="list-style-type: none"> - Ihanne-elämäntaparyhmän toteutus - Ihanneohjaajan kuvaus 	<ul style="list-style-type: none"> - Muutosprosessiin havahtuminen - Motivaatioon liittyvät tekijät - Muutosprosessia tukevat sisäiset tekijät - Muutosprosessia tukevat ulkoiset tekijät - Muutosta vaikeuttavat sisäiset tekijät - Muutosta vaikeuttavat ulkoiset tekijät - Ryhmäohjauksen avulla saavutetut konkreettiset muutokset

KUVA 4. Ryhmähaastattelun yläluokat alaluokkineen.

Ryhmään osallistuminen. Ryhmään tulon yleisin syy oli painonpudottaminen ja kokonaisvaltainen hyvinvoinnin lisääminen. Tämä korostui lähes kaikkien ryhmäläisten tavoitteissa. Ainoastaan yksi ryhmäläinen ei maininnut painonpudotusta varsinaiseksi tavoitteekseen. Hänkin kuitenkin halusi neuvoja painonhallintaa varten. Ryhmäläisistä moni toivoi löytävänsä kipinän uuteen liikuntaharrastukseen ja esimerkiksi yksi ryhmäläinen mainitsi myös tavoitteeksansa saavuttaa UKK-instituutin antamat liikuntasuosituksen. Toinen liikuntaan liittyvä tavoite ryhmäläisillä oli kunnan kasvattaminen ja liikuntatottumusten vakiinnuttaminen. He toivoivat myös saavansa muutosta vakiintuneisiin terveyskäyttäytymisen toimintamalleihinsa. Terveyskäyttäytymiseen liittyvien tavoitteiden lisäksi muutama osallistuja kertoi tavoitteekseen parantaa työssäjaksamistaan. Yksi terveydenhuoltoalalla työskentelevä ryhmäläinen ilmoitti ryhmään tulon syyksi myös ammatillisen kiinnostuksen, sillä hän halusi nähdä, kuinka elämäntaparyhmää toteutetaan. Vaikka kaikilla ryhmäläisillä oli tavoitteita ryhmän suhteen, yh-

dellä ryhmäläisellä ei kuitenkaan ollut juuri minkäänlaisia odotuksia ryhmästä. Haastatteluun osallistuneista ryhmäläisistä useimmilla oli myös aikaisempia kokemuksia erilaisista painonpudotusryhmistä. Yksi ryhmäläisistä oli osallistunut myös maksulliseen painonhallintaryhmään ja yksi ryhmäläisistä oli ollut samankaltaisessa elämäntaparyhmässä kuin tämän tapaus-tutkimuksen ryhmä.

Ensisijaiseksi ryhmään osallistumiseen vaikuttavaksi syyksi ryhmäläiset mainitsivat ryhmän ajankohdan. Ryhmään osallistumista yhden ryhmäläisen mielestä helpotti se, että ryhmä oli järjestetty heti työpäivän jälkeen. Toisaalta osa ryhmäläisistä kuitenkin koki tämän vaikeuttavan osallistumista. He kokivat ryhmän ajankohdan olevan liian aikainen, koska joutuivat kii-rehtimään töistä pois. Yksi ryhmäläisistä koki myös rankaksi jäädä ryhmään heti töiden jäl-keen. Ryhmä oli osallistujille ilmainen, mikä mainittiin myös yhdeksi helpottavaksi syyksi ryhmään osallistumisessa. Myös tuntemattomat ryhmäläiset mainittiin ryhmään tulemistä vai-keuttavaksi tekijäksi.

”Ehkä sois ollu paljon kiusaantuneempaa sitte olla jos me emme ois tuntenu oltas niinku vieraita ihmisiä toisil-lemme kaikki.”

Mitä tulee ryhmäläisten asenteeseen ryhmää kohtaan ja sitoutumiseen ryhmään, muutama ryhmäläinen mainitsi, että harvat ryhmätapaamiset vähensivät ryhmään sitoutumista, koska tällöin ryhmän merkitys väheni. Osa ryhmäläisistä nosti esille myös, että ilman ohjaajan kont-rollointia heidän oli helpompi ”lintsata” tavoitteistaan.

”Ja nyt huomaa ku on ollut tuota harvemmin näitä tapaamisia helpommin näistä just lipsuu et tulee vähän myö-hässä ja ei niinku oo niin sitoutunut enää---”

”Mä huomasin saman, että vähän niinkö helposti pystyy vähä ku ettei nihi hirveesti takerruttu nii sitte pysty vähä, vähän lintsaamaan”

Ryhmäläisillä oli kuitenkin hyvin vastakkaisia asenteita ryhmää kohtaan. Toisaalta ryhmän järjestäminen nähtiin hyvin tärkeäksi, mutta toisaalta ryhmään osallistumista puolestaan ei aina arvostettu, mikä näkyi muun muassa siinä, että osa ryhmäläisistä jätti tapaamiskertoja välistä. Yksi ryhmäläinen koki ryhmätapaamiseen tulemisen velvollisuudekseen. Toisaalta toinen ryhmäläinen piti sitä hyvin tärkeänä, että heidänkin pienelle paikkakunnalle saatiin oma elämäntaparyhmä perustettua. Yhden osallistujan puheesta kävi myös ilmi, että ryhmäoh-

jauksesta saatuja oppeja vähäteltiin, eivätkä he arvostaneet materiaalia, jota ryhmäohjauksessa oli jaettu.

”---että jumppanauhoja, meidän lapset otti sen ritsaks ja se meni heti alkajaisiks hukkaan”

Oman – ja ihanne-elämäntaparyhmän kuvaus. Päällimmäisenä asiana ryhmästään ryhmäläiset mainitsivat liian suuren ryhmäkoon ja asioiden läpikäymisen enemmän ryhmä- kuin yksilötasolla. Henkilökohtaista ohjausta ryhmäläiset olisivat kaivanneet enemmän. Moni ryhmäläinen ilmaisikin ihanneryhmästä puhuttaessa, että ryhmässä tulisi olla mahdollisuus myös henkilökohtaiselle ohjaukselle ja tämä mahdollistuisi heidän mukaansa pienemmässä ryhmässä kuin heidän oma kahdeksan hengen ryhmänsä oli ollut. Suuresta ryhmäkoosta huolimatta ryhmässä oli kuitenkin hyvä ja hauska henki osallistuneiden mielestä.

”--- siis yleensä ottaen oli hyvä ja hauska henki”

Ryhmäläiset toivat esiin, että kesätauko ryhmätapaamisista oli huono asia, sillä he kokivat, että kokoontumiset kesän aikana olisivat auttaneet heitä saavuttamaan tavoitteensa. Ryhmäläiset eivät kuitenkaan innostuneet järjestämään tapaamisia omatoimisesti kesäloman aikana, vaikka heille annettiin siihen mahdollisuus. Ryhmäläisten kommentteista nousikin esiin, että he tarvitsivat vahvaa ulkopuolista ohjausta.

Ryhmäläisille oli jäänyt ryhmätapaamisista mieleen eri ammattilaisten, muun muassa psykologin ja ravitsemusterapeutin, pitämät luennot. Ryhmäläiset mainitsivatkin, että myöskin ihanne-elämäntaparyhmässä tulisi hyödyntää moniammatillisuutta. Esiin tuotiin myös se, että tapaamiskertojen sisältöjen tulisi pohjautua ryhmäläisten tarpeisiin. Ravitsemusterapeutin luento koettiin mielekkääksi, koska siellä asioita konkretisoitiin esimerkiksi valmistamalla terveellistä ruokaa. Psykologin luento sen sijaan ei tullut tarpeeksi lähelle käytännön elämää. Ryhmäläiset kuitenkin mainitsivat mielikuvamatkat ja erilaiset psykologiset harjoitukset mielekkääksi tavaksi pohtia omaa käyttäytymistään. Yksi ryhmäläinen mainitsi myös, että ihanneryhmässä olisi hyvä olla psykologin vierailu. Konkreettisina asioina ryhmäohjauskerroista ryhmäläisille oli jäänyt myös mieleen kaupassa sydänmerkkien etsiminen sekä kävelytestit. Lisäksi kehonkoostumusmittaukset koettiin hyvänä ryhmäohjauksen välineenä. Myös ruokapäiväkirjat muistettiin, joskin yksi ryhmäläisistä oli kokenut ruokapäiväkirjan pitämisen suorastaan ”järkyttävänä”.

”Mä en voinu sietää koko ruokapäiväkirjan täyttämistä, must se oli iha järkyttävää, ei semmost pitäs ollenkaa, se on, se on iha maailmanlopun meininkiä. Ei hirveetä, ei ollenkaa”

Ryhmäläiset mainitsivat ryhmän toimintaan positiivisesti vaikuttaviksi tekijöiksi ryhmäläisten tuttuuden keskenään sekä hyvän huumorin. Ryhmän toimintaa puolestaan vaikeuttivat ryhmässä ilmenneet osallistujien väliset erimielisyydet ja huonot suhteet. Näiden takia ryhmän ilmapiiri koettiin välillä vaivautuneeksi.

”Mut välillä tuli ihan selkeitä semmossia, että oli niinku vähä vaivautunu olo joskus”

”Mutta onneks ei ollu joka kerta (kahnausta kahden ryhmäläisen välillä). Se on niinku tärkeetä. Että se ois niinku latistanu sen mielen”

”Että välillä tulee sellaisia sähköisiä, niinku oli meiänki ryhmässä”

Ihanneryhmän perustaksi ryhmäläiset listasivatkin ryhmässä vallitsevan hyväksyvän ilmapiiri, jossa ei ole jännitteitä. Heidän mukaansa tärkeää olisi, että kaikilla ryhmäläisillä olisi mahdollisuus olla oma itsensä ryhmässä. Yhdellä ryhmäläisellä oli ryhmätapaamisten alussa ennakkoluuloja ryhmäohjaajaa kohtaan, jotka vaikeuttivat hänen omaa suhtautumistaan ryhmään. Ryhmäläinen kertoi kuitenkin ennakkoluulojen karisseen pois ryhmän aikana.

Yleisesti ottaen ryhmäohjaajaa kuvailtiin avoimeksi ja kannustavaksi tukijaksi. Ryhmäohjaaja ei takertunut epäonnistumisiin vaan keskittyi positiivisten asioiden löytämiseen. Ohjaaja loi luottamuksellisen ilmapiirin ryhmään ja toimi asioiden käsittelyssä hienotunteisesti. Ryhmäläisille jäi tunne, ettei ryhmäohjaaja alentanut tai halveksinut ryhmäläisiä vaan arvosti heitä sellaisena kuin he olivat.

”Nii ja aina että löytää sen asian hyvän puolen, et vaikka niinku onki tapahtunu nii, et sen kesän aikana, että että tuota, ei niinku mennykää niinku oli suunnitellu, ei menny ihan Strömsöössä, nii sitte kuitenkin aina niinku löyty se positiivine puoli, sähän oot vielä siellä miinuksen puolella---”

”Että vaikka niinko on tällanen kun on niin tuli semmonen tunne niinko, mähän oon ihan sama, mähän oon yhtä hyvä siinä jengissä ko nuo muutki, et vaikka mulla on se viiskyt kiloa el- ylipainoo nii, että hän ei niinku silleen, mitenkää niinku alentanu ja halveksinu tai muuta”

Hienotunteisuuden he mainitsivat myös yhdeksi ihanneohjaajan piirteeksi. Ohjaaja osasi ottaa huomioon myös ihmisen kokonaisuutena, eikä ohjauksessa keskitytty pelkästään ruokaan ja liikuntaan, vaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Ryhmäläiset kokivat, että heidät huomioitiin yksilöinä, sillä ohjaaja kyseli jokaisen ryhmäkerran aluksi ryhmäläisten kuulumiset. Ohjaajan hyväksi ominaisuudeksi mainittiin myös ohjaajan tasapuolisuus ja taito jakaa puheenvuoroja tasaisesti kaikkien ryhmäläisten kesken. Lisäksi ryhmäohjaajan pirteydestä tykättiin. Ihanneohjaajaakin ryhmäläiset kuvailivat hauskaksi ja innostuneeksi asiastaan. Myös sanavalmius ja ryhmäläisten ”herättely” listattiin ihanneohjaajan ominaisuuksiksi.

”---sanavalmis, hauska, saa varmaa sillä semmosella innostuneemmalla replikoinnilla herättää niinku päässä jotakii---”

Muutosprosessin liittyvät tekijät. Kaikki ryhmäläiset sanoivat terveystietämyksensä lisääntyneen ryhmäohjauksen aikana. Tämä näkyi muun muassa siinä, että yksi ryhmäläisistä kertoi tarkkailleensa omiaan ja perheensä ruokailutottumuksia enemmän. Terveystiedon kasvaminen näkyi arjessa konkreettisesti, sillä yksi ryhmäläinen kertoi valitsevansa ryhmäohjauksen ansiosta terveellisempiä tuotteita kaupasta. Ryhmäläinen kertoi esimerkiksi valitsevansa kaupasta tuotteen, jota ravitsemusterapeutti oli suositellut ryhmässä. Yksi ryhmäläinen puolestaan tiedosti katsovansa entistä tarkemmin pakkausmerkintöjä, esimerkiksi sydänmerkkejä. Konkreettiseksi muutokseksi yksi ryhmäläinen kuvaili myös ruokailurytmin säännöllistymisen. Muita konkreettisia ryhmäohjauksen avulla tehtyjä muutoksia olivat säännöllisten liikuntatottumusten saavuttaminen sekä yleisesti ottaen pysyvien elämäntapamuutosten tekeminen.

”--- Kyllä sitä jäi joitaki juttuja mieleen, jotka on jäänyt silleen pysyvästi mieleen, joihin aina sitten palaa, ai niin jotain muistaa semmosia yksityiskohtia että jotenkin tapoja muuttanut, on jäänyt niinku pysyviks tavoiks --- ettei ne kaikki oo rapissut”

Yksi ryhmäläisistä kertoi myös löytäneensä uudelleen liikunnan ilon ryhmän aikana. Myös liikuntaharrastuksen aloittamiseen yksi ryhmäläinen koki saaneensa intoa ryhmäohjauksesta. Toinen ryhmäläinen motivoitui harrastamaan liikuntaa säännöllisesti ryhmässä jaettujen askelmittareiden ansiosta. Yksi ryhmäläinen oli saanut pudotettua painoaan ryhmän aikana omien tavoitteidensa verran. Muut ryhmäläiset eivät maininneet painonpudottamista konkreettiseksi saavutukseksi haastattelun aikana, vaikka se oli heillä tavoitteena ollutkin.

Ryhmäläiset toivat esille, että muutoksen tulee lähteä heistä itsestään ja useimmilla ryhmäläisillä muutokseen havahtuminen tapahtuikin heidän huomattessaan oman hyvinvointinsa tilan. Kaksi haastatteluun osallistuneista ryhmäläisistä kertoi muutostarpeen heränneen huonojen kuntotestitulosten seurauksena.

”Olin viime vuonna tuolla kuntoutuskeskuksessa, niin semmosella, kuntoremontti viikko ja siellä sitten tehtiin kaikkia näitä testejä, missä minä olin sitten erittäin huonokuntoinen, niin ni tota siitä niinku ihan selvästi jäi sinne se että vois kai sitten jotain tehdä”

Myös huoli omasta voinnista ja jatkuva väsymys olivat muutostarpeen taustalla yhdellä ryhmäläisellä. Ryhmäläiset olivat myös tiedostaneet, ettei pelkkä tieto riitä elämäntapamuutoksen tekemiseen ja motivaation lähteeksi tarvitaan itsestä lähtöisin oleva tekijä.

”Mikä se on sitte se semmone, se motivaation herättäjä. Että, että...Ei pelekkä varmaankaa se tieto, vaan sitte se, että miten, mil-millä tavalla se motivointi herää sieltä”

Muutama ryhmäläinen toi myös ilmi, että oli saanut apua muutoksen aloittamiseen ryhmäohjauksesta sekä ruokapäiväkirjan pitämisestä ryhmän aikana.

Haastattelussa tuli ilmi monta motivaatioon vaikuttavaa tekijää. Ennen kaikkea ryhmäläiset puhuivat henkilökohtaisten tavoitteiden merkityksestä motivaatiossa. Samalla he kuitenkin mainitsivat, että tavoitteiden asettamisessa tulee olla realistinen, sillä liian kovat tavoitteet voivat tappaa motivaation.

”Varmaa alussa asetetaan liian kovat (tavoitteet) ja sitten ku huomaa että en pääsekää niihin, nii sitte se lässähtää se homma”

Motivaatiota yhden ryhmäläisen mielestä lisää myös se, jos löytää itselleen sopivan ja motivoivan liikuntamuodon. Toisen ryhmäläisen mielestä puolestaan ystävän seura voi motivoida liikkumaan lähtemisessä. Hänen mukaansa yksin ei tule niin helposti lähdettyä liikkeelle. Monen ryhmäläisen mielestä pienet asiat ja kannustus motivoivat jatkamaan muutoksen tekemisessä. Kaksi ryhmäläistä painotti, että muutoksesta tulee myös nauttia ja muutoksen tulee tuntua hyvältä, jotta se motivoi jatkamaan.

”Ihmises on nii monta puolta. Ja myös tämmöseen hyvään oloon ja tämmöseen fiiliksiin, että kaiken ei tarvi olla semmosta niinkö hirveetä raippaiskua ja kärsimystä, että elämästä pitää nauttia”

Myös ryhmäohjauksesta koettiin saatavan apua motivaatioon. Yksi ryhmäläisistä piti ryhmästä saatuja askelmittareita hyvänä motivaattorina liikuntatavoitteiden saavuttamisessa. Toinen ryhmäläinen puolestaan koki ruokapäiväkirjan pitämisen motivoivaksi tekijäksi ruokailutottumusten muuttamisessa. Kuntotestit eivät kuitenkaan yhden ryhmäläisen mielestä motivoineet, koska hän koki testit liian helpoiksi ja koki saaneensa liian hyviä tuloksia. Yhdeksi motivaation herättäjäksi ryhmäläiset mainitsivat myös ryhmässä käytetyt mielikuvaharjoitukset. Ryhmäläiset kuvailivat monisanaisesti heistä itsestään lähtöisin olevia tekijöitä, jotka vaikuttavat muutoksen tekemisessä. Ryhmäläisten mielestä muutokseen vaadittavia ominaisuuksia ovat sisukkuus, päättäväisyys ja tavoitteellisuus. Lisäksi heidän mielestään hyvä itsetuntemus ja itsensä hyväksyminen auttavat löytämään itselleen sopivan tavan toteuttaa muutos. Ryhmäläiset toivat myös esille, että muutoksen tekeminen vaatii tiukkaa itsekuria ja itsehillintää. He olivat tietoisia, että muutoksen tekeminen vaatii työtä pään sisällä ja muutokseen vaikuttavat monet psyykkiset tekijät.

”---Vaatii sisua, sisua kovasti---”

”En tiijä, kyllä se on nii, korvien välissähän tää juttu on”

”Et, mitä ne asiat on yleensä, jotka siellä korvien välissä liikkuu sillon ku se paino vaa nousee ja nousee. Mitä sitä ihminen sillon tekkee. Mitä jättää sanomatta tai mitä ei peittää tai jotaki tämmössiä”

Ryhmäläiset kertoivat, että itsensä liikkeelle saaminen vaatii kovasti itsensä ”tsemppausta”. He mainitsivat myös, että omilla asenteilla on paljon merkitystä niin liikkeelle lähtemisessä kuin ylipäättään muutoksen tekemisessä. Myös oma arvomaailma vaikuttaa asioiden tärkeysjärjestykseen laittamisessa. Moni ryhmäläinen mainitsi onnistumisen kokemusten ja oman edistymisen huomaamisen olevan yksi merkittävimmistä muutosta tukevista tekijöistä. He olivat huomanneet, että positiivinen ja muutosmyönteinen ajattelutapa oli muutoksessa hyvänä apuna. Lisäksi asioiden sisäistäminen auttoi heitä ymmärtämään, miksi muutos on tarpeellista.

Ryhmäläiset toivat ilmi, että ulkopuolinen tuki, esimerkiksi ryhmäohjaus, auttoi muutosprosessissa, sillä muutoksessa pysyminen omatoimisesti tuntui vaikealta ja pelottavalta. Yhden ryhmäläisen mielestä muutoksen tekemisessä tarvitaan myös perheen tukea, jotta hänellä olisi välillä mahdollisuus laittaa oma hyvinvointinsa perheen tarpeiden eteen. Konkreettisten muutosten saavuttamisessa ryhmäläiset kokivat saaneensaakin tukea ja apua ryhmästä. Pari ryhmäläistä kertoi, että ryhmästä tullut kontrolli oli patistanut heitä pitämään lupauksensa.

”Mulle ainakin tämmöne ryhmämuotonen sopi hyvin ku se on mulle ainakin sellainen piiskuri että sitten ois se ryhmä että sitten mitä tuli tehtyä ja luvattua, et siinä ku jollain lailla sitoo sit siihen ja kannusti siihen”

Ryhmän tuki auttoi myös liikuntaharrastuksen ylläpidossa ja antoi intoa liikkumiseen. Yksi ryhmään liittyvistä muutosprosessia tukevista tekijöistä oli ryhmäläisten mielestä tutuista ihmisistä koostuva elämäntaparyhmä, jossa kannustetaan toinen toistaan. Ryhmäläisten mielestä elämäntaparyhmän tiivis alku ja alun säännölliset kokoontumiskerrat auttoivat edistymään muutoksessa. Ylipäättään elämäntaparyhmään osallistuminen helpotti muutoksen tekemistä, sillä ryhmässä seurattiin edistymistä ja ryhmäläiset halusivat pitää ryhmässä ääneen sanotuista tavoitteista kiinni. Kaksi ryhmäläistä piti erityisen tärkeänä elämäntaparyhmän jatkuvuutta. Heidän mielestään pienikin muistutus, esimerkiksi sähköposti, ryhmäohjaajalta auttoi heitä ylläpitämään muutosta. Muutama ryhmäläinen mainitsi, että kevät on otollista aikaa aloittaa kuntoremontti ja muutosprosessi.

Hyvien terveystalintojen tekemistä ja ylläpitämistä mahdollisti ryhmäläisten mielestä erityisesti ympäristön tarjoamat puitteet liikunnan harrastamiselle. Yhden ryhmäläisen mielestä heidän kuntansa tarjoamat liikuntaedut kannustavat liikkumaan enemmän. Toisen ryhmäläisen mielestä liikuntamahdollisuudet eivät ole kiinni paikkakunnan koosta, sillä heidänkin pienellä paikkakunnallaan oli loistavat mahdollisuudet harrastaa urheilua. Eräs ryhmäläinen toi esiin myös kauppojen valikoiman vaikutuksen terveystalintojen tekemiseen. Hyvät elintarvikevalikoimat lähikaupassakin mahdollistivat terveellisten ruokien hankinnan.

Muutoksen tekemisessä useimpien ryhmäläisten mielestä yksi iso vaikeuttava tekijä oli aiemmat negatiiviset kokemukset esimerkiksi painonpudottamisesta.

”Sanoo sen ääneen, että mikä mua niinku tässä, et tää painonpudotus kumminki taas menee siihe. No miten muuten sen voi välttää”

Uusea haastateltava toi ilmi, että elintapojen muuttamisessa koetut repsahdukset jättivät negatiivisen kokemuksen, jonka jälkeen muutoksen aloittaminen uudelleen tuntui vaikealta. Ryhmäläisistä yksi mainitsi sortuvansa helpommin repsahdukseen erityistilanteissa, esimerkiksi juhla-aikoina. Lisäksi ”vanhat hyvin opitut tavat ja tottumukset” vaikeuttivat uusien asioiden omaksumista pysyviksi tavoiksi.

”Vanhat hyvin opitut tavat, niin siis silleen, mä oon tehnyt aina näin ja näin mä teen nytkin, sitten sitä asiaa ettei se näin mee, ettei sitä voi niinku näin paljon laittaa tai rasvaa”

Yksi ryhmäläinen koki esimerkiksi ruokailutottumusten muuttamisen hyvin hankalaksi vanhojen tottumusten takia. Muutosprosessia vaikeuttaviksi tekijöiksi ryhmäläiset mainitsivat myös muutosprosessiin liittyvät negatiiviset tunteet. Yhdellä haastateltavalla työstressi loi myös negatiivisia tunteita, jotka vaikuttivat omalta osaltaan muutoksen tekemiseen. Yksi ryhmäläisistä toi esiin, että välillä päällimmäisin tunne muutosta kohtaan on epätoivo. Myös luovuttamisen tunne tuli esille yhden ryhmäläisen kohdalla.

”Ja paskat, antaa olla”

Muutosprosessia vaikeuttaviksi ulkoisiksi tekijöiksi ryhmäläiset mainitsivat esimerkiksi yllättävät asiat, kuten oman tai läheisen sairauden. Tällainen yllättävä asia voi jopa keskeyttää koko muutosprosessin.

”Toukokuulla, kun mun isällä todettiin keuhkosityöpä, niin se oli se koko kesä semmosta niinku oottamista mitä tapahtuu seuraavaks ja millo hää kuolee ja sitten olla semmosena tukena. Että vasta niinku nyt ruppee oikeiin silleen tajuamaan, että pitäis itelle antaa sitä niinku aikaa ja jaksamista ja tekemistä. mun isä kuoli viiostoista-päivä elokuuta sitten ja..noin et se oli silleen erilainen kesä et siinä ei niinku ihteessä niinku ajatellut et se oli se yks vaikeuttava tekijä”

Muutosta vaikeuttaviksi tekijöiksi mainittiin myös aikaa vievät kotityöt, jotka rajoittavat omia liikuntaharrastuksia. Myös rankat työpäivät, jotka vievät voimia arjesta, sekä yleensäkin rajoittavat työajat koettiin haastavaksi tekijäksi. Perheen ja omien aikataulujen yhteensovittaminen oli myös yhden ryhmäläisen mielestä haasteellista. Ulkoisiksi terveyskäyttäytymistä vaikeuttaviksi tekijöiksi ryhmäläiset listasivat myös esimerkiksi sääolosuhteet. Heidän mukaansa liikunnan harrastamista estävät niin sää, pimeys kuin syrjässä asuminenkin. Myös erilaiset pelot, esimerkiksi pelko karhuista ja susista, mainittiin liikunnan harrastamista estäviksi teki-

jöiksi. Ulkoisista tekijöistä myös terveellisen ruoan hinnan koettiin vaikeuttavan terveystal-
tojen tekemistä. Yksi ryhmäläinen kertoi niin maun kuin hinnankin vaikuttavan ruoan osto-
päätöksessä. Mikäli terveellinen ruoka oli kallista ja pahanmakuista, jätti hän ruoan ostamatta.

*”Joo vois sitä (rypsijuusto) joskus syyä, mutta ei ollut mun juttu..et mä otan sit jotain prosentissa pienempää tai
laitan vähempi, sit todella kallis se siis eikö ollut viis euroa toi”*

Yhteenveto. Ryhmäläisten puheesta kävi ilmi, että heidän mielestään elämäntapamuutoksen
tekemisessä suuri merkitys on henkisen puolen tekijöillä, kuten päättäväisyydellä ja omalla
asenteella. He kuitenkin toivat myös ilmi, että monet ulkoiset tekijät, kuten liikuntamahdolli-
suudet tai sääolosuhteet voivat olla joko vaikeuttamassa tai edistämässä muutoksen tekemistä.
Toisaalta tällaiset ulkoiset tekijät eivät pysty täysin sanelemaan tai selittämään muutoksessa
onnistumista, koska oma tahtotila, asenne ja motivaatio ovat vielä ratkaisevammassa asemas-
sa. Ryhmäläiset olisivatkin kaivanneet vielä enemmän tällaisten psykologisten tekijöiden kä-
sittelyä ryhmäohjauskerroilla. Kaiken kaikkiaan ryhmäläiset kuitenkin kokivat ryhmän hyö-
dylliseksi ja antoisaksi, vaikka jotkin asiat olivat jo ennalta tuttuja.

4 TOIMINNALLINEN RYHMÄOHJAUSKERTA

4.1 Toiminnallisen ryhmäohjauskerran tallentaminen

Ryhmäohjausprosessin tutkimista varten nauhoitettiin äänitallenne yhdestä toiminnallisesta ryhmäohjauskerrasta. Käytännössä toiminnallisuus tarkoitti sitä, että kyseisellä kerralla ryhmässä tehtiin yhdessä erilaisia salaatteja sekä maisteltiin niitä. Tavoitteena tällä ryhmäkerralla oli tutustuttaa ryhmäläisiä terveellisen ja maukkaan ruoan valmistukseen sekä antaa tietoa elintarvikkeista. Ryhmäohjauskerralla paikalla oli kahdeksan ryhmäläistä, kaksi ravitsemus- ja liikunta-alan ammattilaista ja kaksi muuta terveydenhuollon ammattilaista. Ryhmäohjauskerta tallennettiin kolmelle digitallementille. Digitallementit sijoitettiin tilaan niin, että niillä pystyttiin nauhoittamaan keskustelua koko tilan kattavasti. Ryhmäohjauskerta kesti lähes kaksi tuntia. Tallentimien aiheuttaman pienen alkujännityksen jälkeen ryhmäläiset rentoutuivat ja näyttivät unohtavan nauhoitusvälineiden läsnäolon.

4.2 Aineiston analysointi diskurssianalyysin avulla

Tässä tutkimuksessa äänitallenteen analyysimenetelmäksi valittiin diskurssianalyysi, koska sen avulla voidaan analysoida litteroitua tekstiä systemaattisesti. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erityisesti siitä, millaisia merkityksiä aineistosta löytyy ja ennen kaikkea, miten näitä merkityksiä on tuotettu. Diskurssianalyysia ei ole mielekästä luonnehtia selkeärajaiseksi tutkimusmenetelmäksi vaan se on enemmänkin teoreettinen viitekehys (Potter & Wetherell 1987). Diskurssianalyysi sallii myös erilaisia menetelmällisiä sovelluksia (Jokinen ym. 1993). Diskurssianalyysi sopi hyvin toiminnallisen ryhmäohjauskerrasta tehdyn tallenteen analysoimiseen, sillä aineisto on riittävän pieni.

Tämän tutkimuksen tutkimusaineiston analyysissa tavoitteena on luoda sanallinen ja mahdollisimman selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Lähtökohta aineiston analyysille on olettaus, että kerätty aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin myötä on mahdollista tavoittaa tämä informaatio. Diskurssianalyysia tehdessä on kuitenkin muistettava, että analyysi kuvaa sekä objektiivista että subjektiivista todellisuutta (Jokinen ym. 1993). Diskurssit eivät ole aineistossa valmiina, vaan ne ovat aina tutkijoiden tekemiä tulkintoja aineistosta. Tutkijan tehtävänä on muodostaa aineistosta tiivistyksiä, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Diskurs-

sianalyysissä perusoletus näet on, että ihmiset pyrkivät kielen avulla tiettyihin tavoitteisiin, eli toisin sanoen, kielellä on erilaisia tehtäviä sosiaalisen todellisuuden rakentamisessa (Eskola & Suoranta 1998). Koska tehtävät voivat kuitenkin olla hyvinkin erilaisia, diskurssianalyysin kautta tehtyjä havaintoja ei yritetä väkisin puristaa samojen teemojen alle, vaan erilaisuutta saa olla.

Toiminnallisen ryhmäohjauksen analysointi aloitettiin litteroimalla digittallentimilla tallennettu aineisto. Aineisto litteroitiin sanatarkasti (Kylmä ym. 2007). Lisäksi ne episodit, jotka on kuvattu myöhemmin tulososiossa, litteroitiin vielä tarkemmin aina äänenpainoja ja nauhduksia myöten. Litterointiin ei merkitty taukoja, sillä litteroinnin sopiva tarkkuus määriteltiin tutkimusongelman perusteella, jolloin tauoilla ei nähty olevan merkitystä analysoinnin kannalta (Ruusuvoori, 2010, 424). Koska diskurssianalyysissä on kyse kielenkäytön ja sosiaalisen toiminnan analyysistä, se vaatii monitasoista perehtymistä. Tässä tutkimuksessa analyysi on aloitettu tarkastelemalla ensin koko litteroitua aineistoa, esimerkiksi sitä, millaisia episodeja aineistossa on, ja sen jälkeen siirrytty kohti kielenkäytön tarkempaa analyysia. Pietikäisen ym. (2009) mukaan tämä on yksi mielekäs lähestymistapa diskurssianalyysin tekemiseen.

Litteroinnin jälkeen aineistoa analysoitiin ensiksi sisällön erittelyn avulla, jonka tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon eri henkilöt käyttivät puheenvuoroja. Puheenvuorolla tarkoitetaan yhden henkilön yhtenäistä puheenjaksoa, joka voi olla yksi sana tai monta lausetta. Puheenvuorot vaihtuivat uuden puhujan aloittaessa puheensa. Puheenvuoroja tarkasteltiin, jotta saatiin kokonaiskäsitys keskustelujen puhujista ja heidän aktiivisuudestaan. Puheenvuoroista käytiin läpi myös eri puhetyyppejä. Puheenvuorot koodattiin ja kvantifioitiin systemaattisesti ja sen perusteella selvitettiin, kuinka paljon kutakin puhetyyppiä esiintyi. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin episodeja. Yksi episodi koostui yhden aiheen ympärille rakentuneesta puheesta. Episodit saattoivat täten koostua useiden eri puheenvuorojen muodostamasta keskustelusta tai vain yhden henkilön pidemmästä puheenvuorosta. Episodit tunnistettiin aineistosta niiden sisältämän sanaston, käsitteiden ja aihepiirien avulla (Jokinen ym. 2002). Myös episodien tarkastelussa käytettiin hyväksi sisällön erittelyä. Sisällön erittelyssä laskettiin episodien lukumäärä ja episodeja aloittaneet henkilöt. Episodien muodostamisen jälkeen ne jaettiin samojen aihepiirien mukaan neljään eri teemaan. Jokaisesta teemasta etsittiin kyseiselle teemalle tyypillisiä ominaisuuksia. Samaan aikaan aineistosta etsittiin kuitenkin myös ristiriitaisuuksia ja poikkeavuuksia. Analyysissä aineistoa pyrittiin tarkastelemaan sen itsensä takia, eikä tulkitsemaan tekstin taustalla vaikuttavia asenteita (Eskola ym. 2002).

Litteroidusta aineistosta tunnistetut episodit ja puheenvuorot koostuvat suorista lainauksista. Mikäli puheenvuoroja on lainauksissa lyhennetty, lyhennykset on merkitty kolmella viivalla (---). Litteroinnin jälkeen litterointi tarkastettiin kuuntelemalla aineisto uudestaan ja korjaamalla mahdolliset virheet. Litteroitua tekstiä aineistosta tuli 22 sivua. Litteroinnissa ryhmäläiset, haastattelijat ja ryhmäohjaaja merkittiin samoilla koodeilla kuin ryhmähaastattelun litteroinnissakin. Kullakin ryhmäläisellä oli oma tunnuksensa (R1=ryhmäläinen 1 jne). Haastattelijat merkittiin myös omalla tunnuksella (H1=haastattelijat 1 jne). Ryhmäohjaaja merkittiin tunnuksella O ja vieraileva ohjaaja tunnuksella V.

4.3 Tulokset

Sisällönerittelyä aineistosta. Aineistosta tarkasteltiin ryhmäohjaukselle osallistuneiden henkilöiden käyttämiä puheenvuoroja, jotta nähtäisiin, miten puheenvuorot jakaantuivat. Eniten puheenvuoroja käyttivät ohjaajat: vieraileva ohjaaja 175 puheenvuoroa ja ryhmäohjaaja 82 puheenvuoroa. Ryhmäläinen 4 käytti puheenvuoroja lähes yhtä paljon (70) kuin varsinainen ohjaaja. Seuraavaksi eniten puheenvuoroja käytti ryhmäläinen R1 (38 puheenvuoroa). R2 ja R6 käyttivät lähes parikymmentä puheenvuoroa, loppujen ryhmäläisten (R3, R5, R7, R8) käyttäessä alle kymmeneen puheenvuoroon. Alla kuvatussa taulukossa (TAULUKKO 3) on eritelty vielä tarkemmin ryhmäläisten ja ohjaajien puheenvuorojen jakautuminen ryhmäohjauksen aikana.

TAULUKKO 3. Ohjaajien ja ryhmäläisten puheenvuorojen ja episodien aloitusten jakautuminen.

Henkilö	Puheenvuorot lkm (%)	Aloitettut episodit lkm (%)
Ohjaaja (O)	82 (20)	18 (32)
Vieraileva ohjaaja (V)	175 (42)	27 (48)
Ryhmäläinen 1 (R1)	38 (9)	4 (7)
Ryhmäläinen 2 (R2)	18 (4)	0 (0)
Ryhmäläinen 3 (R3)	5 (1)	0 (0)
Ryhmäläinen 4 (R4)	70 (17)	5 (9)
Ryhmäläinen 5 (R5)	5 (1)	0 (0)
Ryhmäläinen 6 (R6)	17 (4)	1 (2)
Ryhmäläinen 7 (R7)	3 (1)	0 (0)
Ryhmäläinen 8 (R8)	6 (1)	1 (2)
Yhteensä:	419 (100)	56 (100)

Ohjaajien ja ryhmäläisten tietyn aiheen ympärille rakentuneet puheenvuorot muodostivat episodeja. Aineistosta esiintyi yhteensä 56 episodtia. Episodit vaihtuivat aina, kun keskustelujen aiheetkin vaihtuivat. Yksi episodi saattoi koostua esimerkiksi vierailevan ohjaajan ohjeistuksesta tai yhtä ryhmäläistä koskevasta lyhyestä tavoitekeskustelusta. Episodeista luokiteltiin neljään teemaan, jotka olivat: ohjeistaminen (11), tavoitekeskustelut (15), ravitsemuskeskustelut (18) ja toimintakeskustelut (12). Jokaisen teeman jälkeen on ilmoitettu suluissa, kuinka monta episodtia kyseinen teema sisältää. Ohjeistaminen, sisälsi ohjaajien neuvontaa ja ohjausta ruoanlaittoa sekä käytännönjärjestelyjä koskien. Tavoitekeskustelut muodostuivat episodeista, joissa käytiin läpi ryhmäläisten konkreettisia tavoitteita pääsääntöisesti koskien painonpudotusta ja liikuntaa. Ravitsemuskeskustelut sisälsivät puolestaan episodit, joissa ohjaaja ja ryhmäläiset keskustelevat ravitsemukseen liittyvistä asioista, esimerkiksi hiilihydraateista ja rasvoista. Episodeissa ei käyty läpi ryhmäläisten omia ravitsemuksellisia tavoitteita, vaan ennemminkin pohdittiin ruoan terveellisyyttä ja omia ruokailutottumuksia. Toimintakeskustelut koostuvat nimensäkin mukaisesti keskusteluista, joita ryhmäläiset kävivät niin keskenään kuin ohjaajankin kanssa ruoanlaiton, eli toiminnan, yhteydessä. Nämä episodit eroavat esimerkiksi ravitsemuskeskusteluista sillä, että kyseiset episodit käsittelivät ruoan valmistukseen liittyviä asioita, eivätkä niinkään ravitsemuksellista tietoa.

Episodeista muodostetut teemat kuvaavat toiminnallisen ryhmäohjauksen sisältöä. Ryhmäohjauksella keskityttiin pääasiassa ryhmäläisten ja ohjaajan välisiin tavoitekeskusteluihin sekä ravitsemuksesta puhumiseen. Toisaalta myös ryhmäläisten keskustelut salaattien teon yhteydessä sisälsivät suhteellisen paljon episodeja. Nämä keskustelut eivät kuitenkaan olleet vuorovaikutuksellisesti rikkaita, koska keskusteluissa keskityttiin pääasiassa käytännön asioista sopimiseen. Teemojen merkityksellisimmät episodit on käsitelty tarkemmin luvussa 3.2 Teemojen ja puhetyyppien tulokset.

Episodeista tarkasteltiin sisällönerittelyn keinoin ohjaajien ja ryhmäläisten aloittamien episodien jakautumista. Episodeista 45 oli jommankumman ohjaajan aloittamaa, mikä kuvastaa sitä, että ryhmäohjaus toteutettiin ohjaajalähtöisesti. Vieraileva ohjaaja aloitti eniten episodeja ryhmäohjauksen aikana, yhteensä 27 episodina. Näin ollen toisen ohjaajan aloittamia episodeja oli kahdeksantoista. Ryhmäläiset puolestaan aloittivat yhteensä 11 episodina. Ryhmäläisten aloittamat episodit jakoutuivat pääasiassa kahden eri henkilön välille. Toinen heistä (R1) aloitti neljä keskustelua ja toinen (R4) viisi keskustelua. Henkilöt R6 ja R8 aloittivat molemmat keskustelun kerran. Muut neljä osallistujaa eivät aloittaneet keskustelua ollenkaan. Alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 4) on eritelty ryhmäläisten ja ohjaajien aloittamien episodien jakaantuminen teemoittain.

TAULUKKO 4. Ryhmäläisten ja ohjaajien aloittamat episodit teemoittain.

Teema (episodien lkm)	Ryhmäläisten aloitus lkm	Ohjaajien aloitus lkm
Ohjeistaminen (11)	1	10
Tavoitekeskustelut (15)	4	11
Ravitsemuskeskustelut (18)	3	15
Toimintakeskustelut (12)	3	9

Teemojen ja puhetyyppien tulokset. Aineistosta etsittiin tavanomaisia ja toistuvia vuorovaikutustilanteiden ja dialogien piirteitä kuin myös poikkeavuuksia vuorovaikutuksessa. Kauppilan (2006) mukaan vuorovaikutusta rakennetaan esimerkiksi sanavalinnoilla, puheensävyillä ja äänenpainoilla. Tuloksia tarkastellaan ensin episodi-tasolla jokaisen teeman alussa. Episodien tarkasteluun valitut näytteet ovat kokonaisia episodeja. Episodeista on ensin kuvattu aiheelle tyypillinen episodi tai episodit ja sen jälkeen tarkasteltu poikkeavia episodeja. Episodien tar-

kastelun jälkeen kussakin teemassa kerrotaan kyseisessä teemassa esiintyneet erilaiset ohjaajien ja ryhmäläisten puhetyypit. Yhdessä episodissa saattoi esiintyä monia eri puhetyyppejä ja samoja puhetyyppejä saattoi esiintyä myös monissa eri teemoissa. Puhetyypit on esitelty tarkemmin sen teeman yhteydessä, jossa kyseistä puhetyyppeä esiintyi eniten. Yhteenvedossa esiintyneistä puhetyypeistä löytyy liitteistä (liite 4).

Ohjeistaminen. Ohjeistamis-episodit jakaantuivat kahteen eri osa-alueeseen: ryhmäohjauskerran etenemisestä kertomiseen ja salaattien valmistamisen opastukseen. Ohjeistamisepisoodeja oli 11, joista 10 oli ohjaajien aloittamia. Esille nousi yksi poikkeava episodi (näyte 3). Ohjeistaminen oli pääasiassa ohjaajalähtöistä ja sitä toteuttivat ohjaajat. Ohjeistamisepisoodeissa ohjaaja kertoi ryhmäohjauskerran etenemisestä tai salaattien valmistuksesta. Ohjeistusepisoodeissa ei ilmennyt merkittäviä äänenpainonvaihteluita, vaan puhe oli tasaista ja rauhallista. Puhe oli arkikielistä. Erityisesti salaattien tekoon liittyvällä ohjeistuspuheella yritettiin saada ryhmäläiset innostumaan. Salaattien valmistusta koskeville ohjeistamisepisoodeille oli tyypillistä, että ohjaajat kertoivat ohjeet, minkä jälkeen ryhmäläiset aloittivat toiminnan (näyte 1, rivit 4,7). Ohjeistamisepisoodeissa ryhmäläiset kuuntelivat, mutta eivät kyselleet kovinkaan paljon. He kuitenkin osoittivat kiinnostustaan pienillä myöntelevillä äännähdyksillä. Ohjeistamisepisoodein vuorovaikutus oli pääsääntöisesti ohjaajalähtöistä, eivätkä ryhmäläiset juurikaan ottaneet siihen aktiivisesti osaa esimerkiksi esittämällä lisäkysymyksiä. Alla on tyypillinen keskusteluesimerkki ohjeistamispuheesta (näyte 1).

Näyte 1

- 1 V: --- Että täs on öö, siin voi olla yhtä hyvin sitte hedelmälohkoo, mandariinin lohkoo, omenan
2 lohkoo sun muuta. Ja ja tuota, tämmösest voi tehdä tosi reilun annoksen, kelmu päälle, huomen
3 aamuun, aamupalalla, säilyy vielä siihen seuraavaan päivään, vaikka välipalaan saakka et esim
4 lapsille ne loput. Että, et tuota niitä kannattaa pilkkoo vähä ektraa.
5 R6: Vähä käteviä niitä voi pitää säilössä
6 V: Ja ja tuota, sil taval voileipävihanneksia toki sitte. Et sen lisäksi niist samoista sitte. Ja tuota,
7 tohon kasviskaruselliin me tehdään sitte siel takasivulla on tämmönen keltanen kastike ---

Ohjaajien puheenvuorot veivät käsiteltäviä asioita nopeasti eteenpäin, mutta samalla ne tarjosivat ryhmäläisillekin mahdollisuuksia esittää omia kommenttejaan (näyte 2). Ryhmäläisten puheenvuorot olivat suhteellisen lyhyitä, yleensä korkeintaan muutaman lauseen mittaisia. Näissä puheenvuoroissa ryhmäläiset yleensä vastasivat ohjaajien kysymyksiin (näyte 2, rivit 2-4).

Näyte 2

- 1 V: Nyt jos te pohditte omaa kasvistenkäyttöä ja saitte näitä vihjeitä. Löytyks täältä semmosta jost
2 vois ottaa jotain tavoitteita itselleen?
3 R2: Ainakin vois monipuolistaa omaa, tekee nopeesti vihreen salaatin ja se on siinä.. ei tuu paljoa
4 vaiheltua

Seuraavassa on katkelma poikkeavasta ohjeistusepisodista (näyte 3). Episodista nousee esiin erityisesti ohjaajan ja ryhmäläisten keskinäiset roolit. Yksi ryhmäläinen puhutteli vierailevaa ohjaajaa opettajaksi, mikä kertoo, kuinka ryhmäläinen itse asemoi itsensä ohjaajaan nähden (rivi 4), mutta myös hänen arvostuksestaan vierailevaa ohjaajaa kohtaan. Saadakseen puheenvuoron ryhmäläinen viittasi, mikä kertoo siitä, että ryhmäläinen asetti itsensä oppilaaksi ja vierailevan ohjaajan itseään ”ylemmälle tasolle”, opettajaksi. Vieraileva ohjaaja kuitenkin pyrki purkamaan oppilas-opettaja –asetelmaa käymällä osallistujan kanssa tasavertaista keskustelua. Hän valitsi esimerkiksi lieventäviä sanoja, kuten ”varmaan” (rivi 6) sekä teki myönnytyksiä suunnitelmiansa suhteen: ”me voidaan vaihtaa se, cashew käy parhaiten,” (rivi 6). Näin hän myös kunnioitti osallistujan näkemyksiä ja osoitti, että ryhmäläistenkin mielipiteillä ja ajatuksilla on merkitystä.

Näyte 3

- 1 V: ---Eee, tiedätte varmaa, et pähkinöissä, manteleissa, on hirveen hyvä rasvahappokoostumus. Ja
2 ja tuota, ne vastaa iha öljyn rasvahappokoostumusta. Elikkä, nää on semmosia kie, pieniä, kiviä,
3 kivoja nis, lisukkeita, koristeita myös siellä salaatin päällä. Ei oo, [R4 viittaa] ole hyvä.
4 R4: Opettaja, kun minä laitoin tuota siihen, sitte cashew-pähkinöitä, mut jäikö ne nyt sinne
5 keittiöön sitte
6 V: No ne jäi varmaa sinne keittiöön sitte. Elikkä me voijaan vaihtaa se se, cashew käy parhaiten
7 siihen ---

Ohjeistamisen puhetyypit. Ohjeistamisespisodeissa esiintyi eniten ohjaajien ohjauspuhetta. Tälle puhetyypille oli ominaista nopeat siirtymiset asiasta toiseen ja tilanteiden eteenpäin vieminen (näyte 1). Ohjaajat käyttivät muutamassa episodissa myös osallistamispuhetta, joka oli ohjauspuhetta huomattavasti rauhallisempaa ja jonka tarkoituksena oli saada ryhmäläiset osallistumaan ja samalla rakentaa dialogisempaa vuorovaikutusta ryhmäläisten ja ohjaajien välillä (näyte 4, rivit 1-2). Ryhmäläisten vastaukset ohjaajien esittämiin kysymyksiin olivat kuitenkin yleensä hyvin lyhyitä, eivätkä ne yleensä tuoneet mitään uutta keskusteluun mukaan.

Näyte 4

- 1 V: Nonniin, haluatteko kysyä jotakin? Miltäs kuulostaa?
2 R4: Hyvältä vaan

Ohjauspuhettakin ilmeni erilaisissa muodoissa. Joissakin puheenvuoroissa ohjauspuhe oli sävyltään kehottavampaa kuin toisissa, mikä näkyi käskymuodon käyttönä sekä jämäkkänä äänensävynä. Alla on esitetty esimerkki ohjaajan käyttämästä kehottavammasta ohjauspuheesta (näyte 5, rivi 1). Tällaisella ohjauspuheella ohjaaja pyrki saamaan järjestäytymistä aikaan osallistujien kesken.

Näyte 5

1 V: ---otatte tuolit tähä sil taval---

Ryhmäläiset puolestaan käyttivät ohjeistamisepisodeissa enimmäkseen ilmapiirinkevennyspuhetta. Ohjaajien puheessa ei esiintynyt tätä puhetyyppiä. Ilmapiirin kevennyspuheella ryhmäläiset pyrkivät tuomaan huumoria tilanteisiin ja keventämään ryhmän tunnelmaa (näyte 6, rivi 3). Jonkin verran ryhmäläisten puheesta ilmeni myös kiinnostuspuhetta, jolle oli tyypillistä ryhmäläisten ilmaisema kiinnostus asiaa kohtaan. Kiinnostuspuheella haluttiin saada lisää tietoa ohjaajalta, minkä takia kiinnostuspuhe sisälsi kysymyksiä. Alle olevassa katkelmassa (näyte 6) on esimerkki niin kiinnostus- (rivi 1) kuin ilmapiirin kevennyspuheestakin (rivi 3). Kiinnostuspuhetta ei kuitenkaan ilmennyt ohjeistamisepisodeissa merkittävästi.

Näyte 6

1 R1: Ja mitä se sitten tarkoittaa tämä pystyvyys?
2 R4: Ja millä mittarilla sitä, se on se?
3 R1: ei millään mittanauhalla eikä (naurahten)---

Tavoitekeskustelu. Tavoitekeskustelut olivat ryhmäohjauskerran alussa ryhmäohjaajan ja ryhmäläisten välisiä lyhyitä keskustelutuokioita, joissa käytiin läpi jokaisen ryhmäläisen edellisviikon kuulumiset. Tavoitekeskusteluille oli tyypillistä ohjaaja-vetoisuus, sillä ohjaaja aloitti keskusteluista yksitoista. Poikkeavia keskusteluja olivat ryhmäläisten aloittamat keskustelut, joita oli neljä (näytteet 9-12). Tyypillisesti keskustelut rakentuivat ohjaajan kysymysten varaan ryhmäläisten vastatessa niihin (näyte 7, rivit 1-2). Käytännössä keskustelut etenivät niin, että aluksi ohjaaja kysyi ryhmäläisen kuulumisia edellisviikon ajalta. Tämän jälkeen ohjaaja kertasi jokaisen ryhmäläisen tavoitteet ääneen (rivit 3-4) ja kommentoi ryhmäläisten vastauksia positiivisesti (rivi 7-8, 12). Tavoitekeskusteluja vetävän ohjaajan puhe oli tuttavallista, sillä hän sinutteli ryhmäläisiä (rivi 1) ja käytti arkikieltä. Tällaisilla valinnoilla ohjaaja pystyi myös viestittämään, että hän pyrki asettumaan samalle tasolle ryhmäläisten kanssa. Alla on esitetty hyvin tyypillinen esimerkki tavoitekeskustelun etenemisestä.

Näyte 7

- 1 O: R1, mitäs sun tavoitteelle kuuluu?
2 R1: Kiitos hyvää kuuluu
3 O: Sul oli kaks, niin sul oli tosi kovat tavoitteet täs, kakstoistuhatta ainakin kolmena päivänä
4 viikossa
5 R1: MMmmm. Joo-o. No mää kävelin perjantaina kolmetoistuhatta satakaheksankymmentä,
6 lauantaina 13400 ja sunnuntaina tuli tuommonen 14 800---
7 O: Toihan on ihan mielettömän hyvä, en yhtään patista teitä lisäämään. Että se on loistava, jos sä
8 pystyt sen pitämään ja paljos sulla sit niissä päivissä on, jollon joku päivä, mitkä jäi.
9 R1: Ööö, torstaina on, oli tota siis joo, torstai oli 7900, no sitte soli 13, 13, 14 sitte oli 8700
10 O: nii että sull oli neki päivät iha
11 R1: ja sit eilen illalla oli 11000.
12 O: Loistavaa

Tavoitekeskustelut etenivät järjestelmällisesti ryhmäläisestä toiseen. Keskusteluihin ei oltu varattu paljon aikaa, joten ryhmäläisten tavoitteista ei ehditty keskustella yksityiskohtaisemmin, mikä näkyy selkeimmin esimerkiksi alla olevassa katkelmassa (näyte 8), jossa ohjaaja siirtyi jo seuraavan ryhmäläisen kuulumisiin edellisen ryhmäläisen jatkaessa vielä tavoitteistaan puhumista (rivit 8-9). Samassa tilanteessa ryhmäläinen keskeytti ohjaajan ja jatkoi kertomistaan tavoitteiden saavuttamiseen liittyneistä haasteista (rivit 5-6, 9-10). Ohjaaja ei kuitenkaan tarttunut asiaan, vaan keskittyi viemään ryhmäohjauskertaa eteenpäin (rivi 11). Ohjaaja kuitenkin pyrki tekemään jonkinlaisen yhteenvedon (rivi 11) ryhmäläisen puheenvuorosta siirtyessään seuraavaan ryhmäläiseen.

Näyte 8

- 1 O: R3?
2 R3: Mul oli se yheksäntuhatta kolme kertaa päivässä ni --- Kyllä mä oon torstaina nii 9800, sitte
3 lauantaina 10000, ja maanantaina 12 000. Joo.
4 O: Sullaki on menny kirkkaasti ohi tavoitteiden.
5 R3: Maanantaina olin kyllä, että mä aattelin, että mä olin kolmeen vähä yli tos töissä ja sit menin
6 kottiin, et että nyt ei kyll. Mut sit mää vaan lähin ja sit mä kaks kertaa koiran kans käveltiin
7 semmonen niinku kolme kilometriä sitä ---
8 O: Sä olit laittanu sen oman tavoitteen ja ne sä menit kirkkaasti yli. Miten R5?
9 R3: En sit tiijä, ens viikolla vois tietysti ussempanakin päivänä ku. Mä oon lomalla ni ehkä. Tullee
10 kyllä lastenlasta ja muuta.
11 O: Kuulostelkaa, että moni on nostanu ihan napakasti niitä askelmääriä niin se nyt on ihan hyvä---

Ryhmäläisten aloittamilla episodeille oli tyypillistä, että ryhmäläiset halusivat tuoda vielä esille joitakin asioita, jotka olivat jääneet aiemmin käsittelemättä. Esimerkiksi R1 aloitti yhden episodin nostamalla esiin vaikeudet, joita hänelle oli ollut tavoitteiden saavuttamisessa (näyte 9, rivi 1-4).

Näyte 9

- 1 R1: Mut kyllä niinku eilen illalla täyty sanoo, että kyllä täyty itteensä kyllä lyyä pitkin korvia ja viel
2 monta kertaa, että jakso lähtee pihalle ku ei ollu vielä mittarissa mukamas ku kuus-
3 seittemäntuhatta Ettei jaksanu vielä lähtee käymään lenkillä. Hampaat irvessä vetäsin
4 lenkkareita jalakaan ja mut sit ku mä kävin, ni sit oli ihan ok

Ryhmäläinen R4 puolestaan aloitti tavoitekeskusteluissa episodin kahdesti (näyte 10, 13). Yhdellä kertaa mainitakseen, ettei yhdeltä ryhmäläiseltä oltu kysytty tavoitteiden saavuttamista lainkaan (näyte 13). Näin ryhmäläinen pyrki oma-aloitteisesti pitämään yllä tasavertaisuutta osallistujien kesken. Toisella kertaa hän aloitti keskustelun kertoakseen omista jatkotavoitteistaan (näyte 10), joita ohjaaja ei ollut kysynyt. Näytteessä yhdeksän ryhmäläinen myös kommentoi toisen ryhmäläisen puhetta, mikä oli melko epätavallista tavoitekeskusteluille (näyte 10, rivit 1-3).

Näyte 10

- 1 R4: Näin määki aattelin, et pitää tota samaa vielä, ettei lisää, ainakaa lisää.
2 R2: Niin määki aattelin. Et sei oo niinku iso urakka vaa...itelle semmoseks taustatueks, josta pitä
3 kiinni

Yhdessä poikkeavassa episodissa vieraileva ohjaaja antoi ryhmäläisille spontaanisti positiivista palautetta keskeyttäen toisen ohjaajan puheenvuoron (näyte 11, rivi 1-2). Palautteessa keskityttiin positiivisiin asioihin (rivi 2-7). Lisäksi ohjaaja otti myös kantaa ryhmäläisten kokemuksiin haasteisiin ja auttoi ryhmäläisiä ymmärtämään, miksi tavoitteisiin kannattaa pyrkiä (rivit 5-7).

Näyte 11

- 1 O: Mites R3? --- sä (V) varmaan kuuntelet, että---
2 V: Mutta, mä täs kuuntelen, siis aivan ihania, ihania kuulumisia ja nyt mää aattelin, et uskallanks
3 mää sanoa teille, no mä sanon teille ajatuksen. Must teiän kasvoist näkyy, et te, te ootte ulkoillu-
4 Ja tietenkä mikä on tärkeintä, ettet et milt se tuntuu sen jälkee, ja et se kokemus on. Niinku te
5 sanoitte, must on hirveen hyvä se, että oli vähän niinku rankkaa lähteä, lähtiskö vai eikö lähtis ja
6 sit ku lähti, niin se olo oli tosi, tosi hyvä. Täähän on se, mikä teitä palkitsee sitte viime kädes
7 kumminki

Tavoitekeskusteluista nousi esille myös yksi selvästi poikkeava episodi ohjaajan ja ryhmäläisen välillä (näyte 12). Ennen episodtia ohjaaja oli aloittanut tekemään yhteenvetoa ryhmäläisten tavoitteiden saavuttamisesta, vaikka yksi ryhmäläinen oli jäänyt kokonaan välistä. Väliin jäänyt ryhmäläinen ei itse reagoinut asiaan mitenkään, vaan toinen ryhmäläinen mainitsi asiasta ohjaajalle. Kun ohjaaja huomasi virheensä ja pyysi asiaa anteeksi, ryhmäläinen vastasi hieman kärkevästi, eikä aluksi suostunut antamaan anteeksi (rivit 3-6). Muut osallistujat vetäytyivät episodin ajaksi taka-alalle, eivätkä puhuneet episodin aikana. Kun ryhmäläinen kuitenkin alkoi kertoa tavoitteiden saavuttamisesta, kävi ilmi, ettei hän ollut yltänyt tavoitteisiinsa yhtä hyvin kuin muut ryhmäläiset (rivit 7-9). Ryhmäläinen kuitenkin kertoi avoimesti repsahduksestaan (rivit 11-17). Ohjaaja piti tilanteen koko ajan hallussaan, eikä tuominnut ryhmäläistä repsahduksesta, vaan päinvastoin yritti etsiä positiivista näkökulmaa asiaan (rivi 15).

Ryhmäläinen puhui silti edelleen ohjaajalle melko närkästyneellä äänensävyllä (rivit 16-17). Erimielisyystilanne ohjaajan ja ryhmäläisen välillä ratkaistiin ohjaajan sovitteluyrityksillä keskustellen (1-6). Alla on katkelma esitellystä poikkeavasta episodista.

Näyte 12

- 1 R4: R6 ei oo sanonu.
2 R6: Mä oon nii hiljanen, et mä en sano mittää.
3 O: Ai, mitä, siis. Ainiin. Miten mä hyppäsin R6 sun yli. Anteeksi.
4 R6: Et saa
5 O: Enkö saa.
6 R6: No saat
7 O: Eli sul oli ne juhlat, ja sit sä olit laittanu tänne, et sun tavoitteena ois ollu se 10 000 kolmena
8 päivänä.
9 R6: Kahtena päivänä pääsin, sunnuntaina ja maanantaina.
10 O: Joo
11 R6: Mut tosiaa, perjantai ja lauantai meni, meni, mul ei ollu sit lauantaina mittaria ollenkaa ku mä
12 mä vaa, se on vaan eessä tossa juhlavaatteiden päällä nii tota, en ottanu sit ollenkaa. Sit sorruin
13 syömään lauantaina herkkuja, joita olin ite leiponu monta viikkoo, nii en voinu sanoa, että en
14 koske. Ehkä mä sallin sen itselleni, et ne oli et, ei niit niin usein tuu juhlia.
15 O: Ja me juteltiin siitä, että juhlat on juhlia ja ne oli tuolla virkistyspuolella ja näin se piti ollaki.
16 R6: Ja meillä syödään vielä tällä viikollakin kakkua lisää, meillon maailmanmestari talossa ni
17 pakotetaan

Tavoitekeskusteluiden puhetyypit. Tavoitekeskusteluille oli tyypillistä ohjaajan käyttämä motivaation herättelypuhe, kartoituspuhe sekä kannustuspuhe. Motivaation herättelypuhetta ohjaaja käytti konkretisoidessaan ryhmäläisten aikaansaamia muutoksia ja yrittäessään luoda motivaatiota ryhmäläisille jatkotavoitteisiin (näyte 13). Motivaation herättelypuheessa ohjaaja käytti myös esimerkkejä, jotka konkretisoivat ryhmäläisille käytännöllisemmin heidän saavuttamia tuloksia.

Näyte 13

- 1 O: Suhteessa alkupainoon, teidän yhteinen kilomäärä on tippunu kolmetoist kilo. Eli tästä, tässä on
2 voipaketteja, 26 voipakettii on teistä kadonnu

Ohjaajalle oli tyypillistä käyttää tavoitekeskusteluissa kartoituspuhetta, jonka tarkoituksena oli selvittää ryhmäläisten kuulumisia ja saada selville, kuinka tavoitteiden saavuttamisessa oli onnistuttu (näyte 7, rivit 1-4). Ohjaaja kommentoi tavoitteiden saavuttamista kannustuspuheella, jonka pyrkimyksenä oli löytää jokin positiivinen asia ryhmäläisen toiminnasta. Kannustuspuhe oli usein lyhyttä (näytteet 14-16), mutta se sisälsi paljon positiivisia adjektiivejä, joita painotettiin tehostesanoilla (”aivan”, ”mahottoman”).

Näyte 14

- 1 O: Upeeta, aivan loistavaa

Näyte 15

1 O: Mut se pudotus sinne. Aivan loistava

Näyte 16

1 O: Hyvä, ihan mielettömän hyvä. Sä kovasti mietit, et toi viistuhatta oli kova tavote suhteessa
2 siihen mitä arjessa tuli. Mutta sulla on nyt näkyne se. Painossa on myöskin ihan mahottoman
3 hieno tulos

Ryhmäläiset puolestaan käyttivät tavoitekeskusteluissa pääsääntöisesti onnistumis- ja selittelypuhetta. Onnistumispuheelle oli tyypillistä omien onnistumiskokemusten jakaminen (näyte 8 rivit 2-4). Onnistumispuhetta käyttivät kaikki paitsi kaksi ryhmäläistä (R6 ja R7). Puhetyyliä ei käytetty, mikäli tavoitteita ei ollut saavutettu. Ne, jotka eivät yltäneet tavoitteisiinsa, eivätkä näin ollen käyttäneet onnistumispuhetta, käyttivät sen sijaan enemmän pettymys- ja selittelypuhetta. Pettymyspuhe ilmeni hiljaisena ja vähäsanaisena puheena, jossa omat repsahdukset myönnettiin avoimesti. Pettymyspuheen äänensävyt olivat usein pahoittelevia ja heijastivat ryhmäläisten pettymystä omaa toimintaansa kohtaan. Selittelypuhe sen sijaan oli runsasta ja pyrki antamaan erilaisia selityksiä, miksi omia tavoitteita ei ollut täysin saavutettu (näyte 12, rivit 11–14, 16–17).

Ryhmäläiset käyttivät puheenvuoroissaan myös haastepuhetta. Haastepuhe koostui ryhmäläisten kokemuksista, kun he olivat kohdanneet erilaisia haasteita tavoitteisiin pääsemisessä. Puhetyyli oli pohdiskelevaa ja sillä pyrittiin lisäämään omaa ymmärrystä siitä, mitä kaikkea muutoksen tekeminen vaatii (näyte 17). Muut ryhmäläiset kommentoivat vain harvoin toistensa haastepuhetta, joten selkeää vertaistukea ei puheenvuoroilla saavutettu. Onkin mahdollista, että haastepuheella pyrittiin ensisijaisesti refleктоimaan itse itselleen omaa toimintaansa ja siihen vaikuttavia asioita. Haastepuheella ei kuitenkaan pyritty löytämään varsinaisia ratkaisuja haasteellisten tilanteiden selvittämiseksi.

Näyte 17

1 R2: --- Et semmosta, perjantai oli ensimmäinen päivä ko mä aattelin et mun pitäs saaha se
2 kymmentuhatta täyteen, mä olin oikee väsyny ja sit ne oli ne hauksernin lomakkeen täyttäminen
3 ja oli semmonen etteikö vois kyllä peiton alle nukkumaan. Sit mää kuntopyörällä poljin vaan ku
4 tuntu, että oli tosi vähä mittarissa, et nyt se alkaa. Se oli niinku ainut kerta et oli sillee et voi vitsi
5 et kyl toi on tosi tylsä et paljo mieluummin lähtee ulos ---

Yllä esiteltyjen puhetyyppien lisäksi ryhmäläisten puheenvuoroissa ilmeni myös kiinnostus- ja ilmapiirin kevennyspuhetta, jotka on esitelty ohjeistamis-teeman alla. Kyseiset puhetyypit ilmenivät molemmissa teemoissa samalla tavalla. Ryhmäläiset käyttivät myös ohjaajien käyt-

tämää osallistamispuhetta, joka on esitelty ohjeistamis-teemassa. Ryhmäläisten käyttämä osallistamispuhe erosi kuitenkin ohjaajien puheesta siinä, että ryhmäläiset pyrkivät itse osallistamaan toinen toisiaan mukaan ryhmätoimintaan. Ryhmäläisten käyttämästä osallistamispuheesta heijastui heidän pyrkimyksensä tasapuoliseen ja vuorovaikutukselliseen keskusteluun.

Ravitsemuskeskustelut. Ravitsemuskeskusteluihin kuuluu kahdeksantoista episodtia, joista yksi on muista poikkeava episodi. Ryhmäläisten aloittamia episodeja teemaan kuuluu vain kolme. Ravitsemuskeskusteluja käytiin ruuanlaiton lomassa sekä ruokailun yhteydessä. Ravitsemuskeskustelut koostuivat vierailevan ohjaajan esille nostamista ravitsemusasioista sekä ryhmäläisten esittämistä kysymyksistä koskien terveellistä ravitsemusta. Ravitsemuskeskusteluissa ryhmäläisillä oli aktiivisempi rooli kuin aiemmissa teemoissa ja näissä keskusteluissa ohjaaja osallisti ryhmäläisiä aktiivisemmin keskusteluun. Keskusteluun ottivat osaa lähes kaikki ryhmäläiset melko tasapuolisesti. Vain R3 jättäytyi keskustelujen ulkopuolelle. Ravitsemuskeskusteluissa vieraileva ohjaaja oli enemmän äänessä kuin ryhmän varsinainen ohjaaja. Vierailleva ohjaaja pitäytyi asiantuntijaroolissaan, mikä näkyi esimerkiksi hänen puheenvuorojensa asiapitoisuudessa (näyte 18). Lisäksi vieraileva ohjaaja käytti paljon ammatillisuutta ravitsemusasioissa, mikä näkyy esimerkiksi alempana olevasta näytteestä (näyte 18, rivi 4). Kuitenkin vierailevan ohjaajan puheenvuoroista ilmenee, että hän tiedosti ryhmäläisillä olevan ammattiansa puolesta tietoa ravitsemuksesta. Ohjaaja käyttikin puheessaan paljon ravitsemukseen liittyvää asiasanastoa (näyte 18), koska oletti ryhmäläisten ymmärtävän sitä. Alla olevassa katkelmasta näkyy, kuinka ohjaaja sanavalinnoillaan (esimerkiksi ”alakarppaaja”) ja asiasanastolla ylläpitää omaa asiantuntijarooliaan. Samaisessa näytteessä on myös muita ravitsemuspuheelle tyypillisiä piirteitä: ryhmäläinen aloittaa keskustelun (rivi 1), ohjaaja osallistaa ryhmäläisiä (rivi 2) ja keskustelu sisältää ravitsemusneuvontaa (rivit 4-7, 9-13).

Näyte 18

- 1 R4: No Mitäs sä sä sanot näistä hiiliasioista sitten?
2 V: Hmmnn. Hei no tää oli oli hyvä kysymys. Lasketaas tän illan hiilarit ---
3 R4: Porkkanassahan vähän on hiilareita
4 V: okei se on ehkä vaikee teille, mä sanon --- ohjaajan lautanen, kakskytviisgrammaa hiilareita..ja
5 sit jos siinä on toi ruisleipä pala päälle niin kolkytviis.. osaatteko analysoida suhteessa vaikka sit
6 tämmöseen tuota vaikka tuota makaroonilaatiikkoon ja sit siihen joku pieni salaattiannos ja
7 leipä et tämmöseen suhteutettuna..? Enemmän vai vähemmän?
8 R4,R5,R2,R1: Vähemmän
9 V: puolet vähemmän, aivan oikein. Elikäs tää ois nyt semmone karppaajan ateria tiiättekö..
10 O: Karppaajilla 10 grammaa päivässä..
11 V: No joo, mut sitten puhutaan alakarppaajasta..mut jos nyt puhutaan tämmösestä karppaajasta joka
12 on yläkarppaaja joka periaatteessa ois niinku hiilihydraattitietoinen ja pyrkii valitsemaan
13 järkeviä hiilihydraattilähteitä..niin ois niinku se hänen ateriana, loistava

Ravitsemuskeskusteluista tunnistettiin myös yksi poikkeava episodi (näyte 19). Kyseisessä episodissa ryhmä oli juuri aloittanut ruokailun ja ohjaaja esittänyt kysymyksen esillä olevan annoksen hinnasta (rivi 1). Kaksi ryhmäläistä otti kantaa ohjaajan esittämään kysymykseen kertoen omista salaatin syöntikokemuksistaan (rivit 2-3). Ryhmäläinen R6 kuitenkin tarttui kysymykseen (rivi 5) ja heille tuli ohjaajan kanssa pientä väittelyä asiasta (rivit 6-13). Ohjaaja pyrki kuitenkin lopettamaan sanallisen kinan nopeasti viemällä keskustelua eteenpäin (rivi 12). Lopulta tilanne meni ohi, kun toinen ryhmäläinen jatkoi keskustelua ohjaajan esittämästä kysymyksestä (rivit 14-15).

Näyte 19

- 1 O: Mikäs ois tämmösen lautasen hinta mitä veikkaatte?
2 R1: söin halpahallissa maanantaina kanasalaatin niin se makso vitosen
3 R2: joissain paikoissa se maksaa seitsemän euroa
4 O: No mitä veikkaatte, onko tää arvokkaampi vai halvempi ku toi...?
5 R6: Siis kaupasta vai kaupasta...?
6 O: Eiku tämä nyt..
7 R6: Siis niinku et sä menisit ostaa tän jostain?
8 O: Niin.
9 R6: Siis se niinku, et sä ostat sen kaupasta ja teet ite vai et sä meet ostaa sen ostaa sen?
10 O: Ei missään oo tämmöstä ostaa ostaa -mahollisuutta (närkästyneenä)
11 R6: Niin mutta jos sä...
12 O: Tämän hinta kaupasta ostettuna, me nimittäin laskettiin se
13 R6: Aha
14 R4: lautasellinen varmaan tota vois olla ajattelis et paljon nimittäin ku ne joutuu ostaa ne kaikki
15 raaka-aineet niin niin tottahan se sitten maksaa, mutta yhdelle lautaselle hinnaksi

Ravitsemuskeskusteluiden puhetyypit. Ravitsemuskeskusteluissa ohjaajat käyttivät osittain samoja puhetyyppejä kuin ohjeistus- ja tavoitekeskusteluissa. Näitä olivat osallistamispuhe sekä ohjauspuhe. Puhetyypit ilmenivät samalla tavalla kuin muissakin teemoissa. Nämä puhetyypit on esitelty ensimmäisen teeman yhteydessä. Mainittujen puhetyyppien rinnalla käytettiin myös asiantuntijapuhetta. Tätä puhetyyppiä käytti kuitenkin vain vieraileva ohjaaja. Asiantuntijapuhe ilmeni asiantuntijapuhetta runsaana käyttönä ja formaalisena kielenkäyttönä (näyte 20). Asiantuntijapuhe oli kuvailevaa ja neuvovaa sisältäen runsaasti esimerkkejä (rivit 1-2, 5). Se ei kuitenkaan sisältänyt kysymyksiä juurikaan, vaan asiat tuotiin esiin toteavaan sävyyn.

Näyte 20

- 1 V: ---Täällä pakkauksessa on sellane sydänmerkki eli se tarkoittaa sillo et tää leipä on
2 runsaskuituinen ja vähäsuolainen leipä. ja tuota tää on varmaan niitä ruokasampia leipiä eli tota
3 tän kuitupitoisuus on kymmenen prosenttia --- tässä yhdessä palassa on 3.9grammaa eli
4 kuitupitoisuus tässä leivässä on kolmetoista. Tää on yks niitä kuiturikkaimpia leipiä mitä on
5 markkinoilla ---

Ryhmäläisten puhetyypit erosivat ohjaajien puheesta paljolti, joskin yksi ryhmäläinen käytti myös ohjaajille tyypillistä asiantuntijapuhetta (näyte 21, rivi 1), joka esiteltiin ylempänä ohjaajien puhetyyppien yhteydessä. Kyseinen ryhmäläinen kommentoi asiantuntijapuheella muutaminkin ravitsemuskeskusteluihin. Muut ryhmäläiset eivät kommentoineet ohjaajan ja ryhmäläisen asiantuntijapuhetta.

Näyte 21

1 R4: Porkkanassahan vähän on hiilareita

Eniten ryhmäläiset käyttivät ravitsemuskeskusteluissa oman toiminnan reflektointipuhetta. Tällaisella puheella he kuvasivat ja kertoivat omista ravitsemustottumuksistaan (näyte 22). Reflektointipuhetta käytettiin erityisesti silloin, kun vieraileva ohjaaja kyseli ryhmäläisiltä heidän elintavoistaan (rivit 1-4). Reflektointipuheella ryhmäläiset yrittivät konkretisoida asioita omassa arkielämässään ja tuoda esiin omia toimintamallejaan (rivit 3-4). Toisaalta he yrittivät myös luoda tällä vuorovaikutusta keskusteluun. Reflektointipuheeseen liittyi usein dialogisuus, sillä ohjaaja kommentoi ryhmäläisten vastauksia tai puheenvuoroja (rivi 5).

Näyte 22

1 V: Nyt jos te pohditte omaa kasvistenkäyttöä ja saitte näitä vihjeitä. Löytyks täältä semmosta jost
2 vois ottaa jotain tavoitteita itselleen?
3 R2: Ainakin vois monipuolistaa omaa tekee nopeesti vihreen salaatin ja se on siinä.. ei tuu paljoa
4 vaihelua..
5 V: Sekin on ihan toki hyvä perusta

Reflektointipuhe linkittyi yhteen myös kiinnostuspuheen kanssa, mutta reflektointipuheella ei haettu uutta tietoa, vaan kuvattiin omaa terveystyöskentelyä. Kumpaankin puhetyyliin liittyi kuitenkin kiinnostus aihetta kohtaan. Varsinaisella kiinnostuspuheella pyrittiin kuitenkin saamaan ennen kaikkea lisää tietoa terveysasioista. Edellä mainittujen puhetyyppien lisäksi ravitsemuskeskusteluissa ilmeni aiemminkin esiin tullutta selittelypuhetta (esiteltä tavoitekeskustelujen yhteydessä). Ryhmäläiset käyttivät myös varmistelupuhetta, joka esitellään seuraavan keskustelun yhteydessä.

Toimintakeskustelut. Toimintakeskusteluihin kuului 12 episodtia. Nämä episodit olivat kaikki melko samanlaisia, eikä joukossa ollut yhtään poikkeavaa episodtia. Tähän teemaan kuuluivat episodit, jotka liittyivät konkreettiseen toimintaan ryhmän aikana. Käytännössä tämä tarkoitti salaattien valmistuksen aikana käytyjä keskusteluja. Näiden episodien aikana ryhmäläiset kommunikoivat niin keskenään kuin ohjaajienkin kanssa enemmän, puhuen välillä toistensa päällekin. Keskusteluja käytiin monessa eri ruuanvalmistuspaikassa yhtä aikaa. Toimintakes-

kusteluille oli tyypillistä huomattavasti rennompia ilmapiiriä kuin muissa teemoissa. Rentous ilmeni esimerkiksi huumorina ryhmäläisten kesken (näyte 23). Ryhmäläiset nauroivat toistensa kommenteille (rivit 3-4) ja heidän äänensävyänsä olivat leikitteleviä ja iloisia.

Näyte 23

- 1 R4: Kenellekkäs tää keltane kastike ny oli, tää on nyt tässä. Mun on pakko maistaa tätä.
2 Ai hyvä päivä miten hyvää tää on!
3 R1: Joko sää aloitit syömisen?
4 R1-R8: [naurua]
5 R4: Ei tästä teille riitä
6 R1: Myö maistellaan vasta niin yks on jo ---

Toimintakeskustelujen aikana puheenvuorot olivat lyhyitä ja jakautuivat tasaisesti sekä ohjaajien että ryhmäläisten kesken. Ryhmäläiset esittivät etenkin vierailevalle ohjaajalle paljon kysymyksiä koskien salaattien valmistusta (näyte 24, rivit 1-2). Osalla kysymyksistä ryhmäläiset pyrkivät varmistelemaan omaa toimintaansa ja hakemaan ohjaajan hyväksyntää toiminnalleen (rivi 1). Ohjaajan vastaukset olivat lyhyitä ja ytimekkäitä (rivi 3). Ohjaaja pyrki myös omatoimisesti antamaan vinkkejä ruuanvalmistukseen liittyen. Keskustelut niin ohjaajan kuin ryhmäläisten kesken olivat ruuanlaiton yhteydessä tiiviitä ja niissä vaihdettiin aihetta nopeasti. Toimintakeskusteluissa ohjaaja ja ryhmäläiset käyttivät arkikielistä puhetta (näyte 25). Ryhmäläiset puhuivat rempseästi ja arkisesti (rivit 1-2) ja heidän äänensävyänsä oli positiivinen.

Näyte 24

- 1 R4: Ohjaaja? Ohjaaja? Saanko mä käyttää ne viimeiset limen tai sitruunanmehut tälläsiin?
2 Vai pitääkö ne puristaa siihen?
3 V: Purista ku se on tuore sitruuna

Näyte 25

- 1 R1: Sinne tuli toi sano toi siis salaatinlehti tonne alle näin ja sit sinne tuli tonnikalaa rönts tolle
2 vaan länttäsin ja sitten oli nuo nuo appelsiinit---

Toimintakeskustelujen puhetyypit. Tässä teemassa ohjaajat käyttivät niin ohjaus- kuin osallistamispuhettakin. Ohjaus- ja osallistamispuhe on esitelty tarkemmin ensimmäisen teeman yhteydessä. Toimintakeskusteluissa ohjauspuhe oli tyypillistä etenkin vierailevan ohjaajalle. Hänellä oli näkemys siitä, kuinka salaattit tulisi tehdä, joten hän jakoi ryhmäläisille paljon neuvoja (näyte 26, rivit 1-2). Neuvot olivat yleensä hyvin tarkkoja ja ne annettiin melko jämmäällä äänensävyllä. Vierailevan ohjaajan ohjauspuhe sai ryhmäläiset tarttumaan asioihin tomerasti.

Näyte 26

- 1 V: ---eli nyt suupalan näkösiä, juustohöyläkin on tietysti hirveen hyvä siihen mutta laita vielä
2 pienemmäksi---

Ryhmäläiset puolestaan asemoivat itsensä hieman neuvottomaan rooliin ja käyttivät paljon varmistelupuhetta (näyte 27, rivi 1). Varmistelupuheessa ryhmäläiset toistivat ohjaajan esille tuomia asioita ja hakivat hyväksyntää toiminnalleen (näyte 27). Varmistelupuheesta heijastui myös ryhmäläisten epävarmuus omasta tekemisestään. Vieraileva ohjaaja vastaili aktiivisesti ryhmäläisten kysymyksiin ja ryhmäläiset saivat häneltä apua kysymyksiinsä (näyte 27, rivi 2, 4). Vieraileva ohjaaja pyrki myös rohkaisemaan ryhmäläisiä luottamaan omiin taitoihinsa ja tekemiseensä käyttämällä neuvoissaan lieventäviä ilmauksisa, kuten ”mä luulen” ja ”ihan tosiaan”.

Näyte 27

- 1 R8: Onks nää sipulit liian isoina?
2 V: Joo voi varmaan panna pienemmäks mä luulen
3 R8: Siinä luki että suikaleina
4 V: Saat panna sen ihan tosiaan pieneksi
5 R8: Että ihan vielä niinku näin..?

Poiketen muista teemoista, joissa varmistelupuhetta ilmeni, toimintakeskustelujen aikana myös vieraileva ohjaaja käytti kyseistä puhetyyppiä. Ohjaaja ei tosin pyrkinyt varmistelemaan omaa toimintaansa, vaan ennemminkin ryhmäläisten tekemistä (näyte 28).

Näyte 28

- 1 V: Hyvä ,sä et tarvii enää, joo, elikkä sä ---
2 V: Oikein hyvä

Kuten aiemmin sanottua, ruoanlaiton lomassa ryhmän ilmapiiri oli huomattavasti rennompina kuin ryhmäkerran alussa. Ryhmäläiset käyttivätkin paljon ilmapiirin kevennyspuhetta humoristiseen sävyyn (näytteet 29 ja 30). Useimmiten ryhmäläiset suuntasivat ilmapiirin kevennyspuheensa toisilleen (näyte 30). Vaikka ohjaajat eivät reagoineetkaan ilmapiirin kevennyspuheeseen, ryhmäläiset kuitenkin itse kommentoivat toistensa puhetta aktiivisesti ja naurahdellen (näyte 29, rivi 1-4).

Näyte 29

- 1 R1: Tää on ko paraski opetuskeittiö
2 R4: Tää on niinku se kokkiohjelma
3 R2: Ruokaa rakkaudella
4 R1: Sokkokokki, no melekein---

Näyte 30

1 R1: Missä on näitä neljän tähden kokki-illallisia niin missä se missi pani nää lasit päähän---

Toiminnallisen osuuden aikana niin ohjaajat kuin ryhmäläisetkin käyttivät myös paljon neutraalia kommentointipuhetta. Kommentointipuhe sisälsi asioista sopimista ja vei usein toimintaa eteenpäin (näyte 31, rivit 1,3,6). Sen avulla ei kumminkaan tuotu uutta tietoa tai luotu uudenlaisia näkemyksiä asioista. Kommentointipuheeseen sisältyi paljon myönteleviä ynähdyksiä ja lyhyitä lauseita (rivi 2, 4), joiden avulla puhujaa kehoitettiin jatkamaan toimintaansa.

Näyte 31

1 R1: Laitetaanko nää veitset ja haarukat sinne?
2 O: Joo
3 R1: Siihen pöydän päähän varmaan sopii yks viel
4 R1: Joo
5 V: Sitten siitä lusikat tuolta.
6 R2: Mä voin viiä yhen
7 R1: Haarukoita on kaks

Ryhmäläisten puheeseen sisältyi myös reflektointipuhetta. Ravitsemuskeskustelujen reflektointipuheesta poiketen ryhmäläiset kuvailivat puheessaan enemmän sen hetkistä toimintaansa, eivätkä niinkään aikaisempia kokemuksiaan tai elintapojaan (näyte 25). Reflektointipuheella ryhmäläiset pyrkivät myös kertaamaan salaattiohjeita ja näin varmistamaan, että he muistavat kaikki ainekset ja ohjeet oikein.

Teemojen ja puhetyyppien yhteenveto. Yhteenvetona voidaan todeta, että ryhmäläisten ja ohjaajien vuorovaikutus oli jokseenkin erilaista ryhmäohjauskerran eri vaiheissa. Ryhmäkerran alussa, ohjeistamisteemassa, ryhmäläiset olivat pääasiassa kuuntelijan roolissa kun taas muissa teemoissa heillä oli aktiivisempi rooli. Ohjaajat kuitenkin pyrkivät osallistamaan ryhmäläisiä tasaisesti koko ryhmäohjauskerran ajan. Vuorovaikutus ohjaajien ja ryhmäläisten välillä eteni pääosin yhteisymmärryksessä, joskin mukaan mahtui myös muutamia erimielisyyksiä. Tällaiset tilanteet kuitenkin ratkesivat ryhmässä nopeasti, eivätkä ne kuulostaneet vaikuttavan kommunikaatioon myöhemmin. Ryhmäläiset osoittivat arvostavansa ohjaajien ammattitaitoa ja asiantuntemusta luottamalla heidän antamiinsa neuvoihin. Ryhmäläiset myös osoittivat olevansa kiinnostuneita aiheesta käyttämällä kiinnostuspuhetta lähes jokaisessa teemassa. Ohjaajat vastasivat ryhmäläisten kiinnostukseen ja tarpeisiin antamalla heille hyviä neuvoja sekä asiantuntevaa tietoa ravitsemuksesta.

Ohjaajat ja ryhmäläiset eivät pääsääntöisesti käyttäneet samoja puhetyyppejä. Ohjaajille, heidän asemansakin myötä, oli tyyppillisempää ohjaus- ja asiantuntijapuhe, kun taas ryhmäläiset ottivat itselleen enemmän kuuntelijan ja tarkkailijan roolin. Myös ilmapiirinkevennyspuheen osalla oli huomattavissa ero ryhmäläisten ja ohjaajien välillä. Ryhmäläiset pyrkivät luomaan kevyttä ilmapiiriä hauskuuttamalla toisiaan, erityisesti toimintakeskustelujen aikana, kun taas ohjaajien puheessa kyseistä puhetyyppiä ei esiintynyt. Ohjaajien puhe pitäytyi enemmän asiallisella linjalla. Toisaalta he eivät suhtautuneet ryhmäläisten huumoriin torjuvallakaan asenteella, vaikkeivät lähteneet siihen mukaankaan.

5 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISKYSELY JA MITTAUKSET

5.1 Kyselylomakeaineiston ja mittausten keruu

Terveyskäyttäytymiskysely- ja mittausaineisto koostui niin tutkijoiden itse keräämistä kuin valmiiksi kerätyistä tiedoista. Valmiiksi kerättyä aineistoa olivat ryhmäohjaajan keräämät tiedot ryhmästä: tutkittavien ikä, paino, pituus ja vyötärön ympäryys. Nämä mittaukset oli ryhmäohjaaja suorittanut tutkittaville ryhmäohjauksen alussa (helmikuu 2012), puolen vuoden seurannassa (elokuu 2012) sekä ryhmäohjauksen loppuessa (helmikuu 2013). Viimeisellä mittauskerralla tehtiin muuten samat mittaukset, mutta vyötärön ympäryys jätettiin mittaamatta. Tutkijoiden keräämää aineistoa puolestaan olivat terveystietämiskyselyt (liite 5). Tutkimuksessa tehdyt kyselyt toteutettiin ryhmäohjausprosessin alkaessa (helmikuu 2012) sekä ryhmähaastattelun yhteydessä puolen vuoden kohdalla ryhmän alusta (lokakuu 2012). Molemmilla kerroilla osallistujat täyttivät saman kyselyn ja tutkittavia asioita kysyttiin kaikilta samalla tavalla. Ennen kyselylomakkeen täyttämistä osallistujilta oli kerätty suostumus kyselyyn osallistumisesta. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, eikä ketään painostettu täyttämään kyselyä. Vastaajille painotettiin, että kyselylomakkeita käsitellään anonyymisti, eikä yksittäistä henkilöä voida erottaa tuloksista. Lisäksi heille kerrottiin, mitä varten kyselyt kerätään. Kyselylomakkeiden täyttö tapahtui viihtyisässä ympäristössä ilman ulkopuolista häiriötä. Vastaajilla oli käytössään tarvitsemansa määrä aikaa lomakkeen täyttöä varten. Tutkimus toteutettiin kontrolloituna kyselynä, jolloin tutkija oli paikalla, kun kyselylomakkeet täytettiin. Näin vältettiin esimerkiksi vastaajakato sekä ainakin pienennettiin väärinymmärrysten riskiä.

Terveystietämiskysely perustui Kaasalaisen (2011) tekemään Pro Gradu- tutkielmaan. Kaasalaiselta saatiin lupa käyttää ja muokata hänen kyselyään. Kyselyä muokattiin tutkimukseen sopivaksi muuttamalla sanamuotoja ja kyselyn ulkoasua sekä lisäämällä taustatietokysymykset. Kysely oli tarkoitettu alun perinkin terveystietämisen selvittämiseen. Terveystietämiskyselyjen avulla selvitettiin osallistujajoukon tietoja ja taitoja muun muassa ravitsemuskäyttäytymisestä sekä heidän kokemuksiaan omasta koetusta pystyvyydestään ja terveydenlukutaidostaan. Kyselylomake koostui 21 kysymyksestä. Kyselylomakkeen alkuun sijoitettiin kysymykset taustatiedoista (nimi ja päivämäärä), sillä Hirsjärven ym.(2009) mukaan helpot kysymykset tulisi sijoittaa kyselyn alkuun ja spesifiset kyselyn loppuun. Varsinaiset terveystietämistä kartoittavat kysymykset aloitettiin tietoon perustuvilla kysymyksillä (kysymykset 1-14). Seuraavaksi kysyttiin pystyvyyteen liittyviä kysymyksiä (15–17) ja loppuun sijoitettiin sosiaalisen ympäristön vaikutukseen liittyvät kysymykset (18-21). Kysymyk-

set oli eroteltu toisistaan tummennuksien avulla, jotta vastaaminen helpottuisi. Kysymykset pyrittiin pitämään riittävän lyhyinä, sillä Hirsjärven ym (2009). mukaan lyhyitä kysymyksiä on vastaajan helpompi ymmärtää kuin pitkiä. Kyselylomakkeen kysymykset perustuvat asteikkoihin, jolloin vastaaja valitsee vastauksista sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä tai eri mieltä kuin esitetty väittämä (Hirsjärvi ym. 2009). Kyselylomakkeen vastaukset olivat Likert-asteikollisia. Vastausvaihtoehdot lomakkeessa olivat vasemmalta oikealle: Täysin samaa mieltä, Jokseenkin samaa mieltä, Jokseenkin eri mieltä, Täysin eri mieltä, En osaa sanoa. Vastausvaihtoehto ” En osaa sanoa” sijoitettiin oikeaan reunaan. Muutamia kysymyksiä käännettiin satunnaisesti vastakkaisiin sanamuotoihin, jotta kysymysten rakenteella ei ohjata vastauksia (Valli 2007, 108).

5.2 Aineiston analyysi laskennallisin menetelmin

Mittaustulokset analysoitiin manuaalisesti Excel-taulukkolaskentaohjelmaa hyödyntäen. Mittaustuloksista tarkasteltiin painoa ja sen muutosta ryhmäohjauksen alussa sekä lopussa. Lisäksi huomioitiin painoindeksin mahdolliset muutokset. Painoindekseistä sekä ryhmän aikana laihdutetuista kiloista laskettiin frekvenssit sekä suhteelliset frekvenssit. Painonmuutosten analysoinnissa otettiin huomioon se, ettei kaikilla ryhmäläisillä painonpudotus ollut tavoitteena ja yhden ryhmäläisen painoindeksi oli jo ryhmän alussa normaali. Vyötärönympäryksen osalta tarkasteltiin puolenvuoden kohdalla olevaa muutosta. Vyötärönympärysmittaukset suoritti ryhmäohjaaja ryhmän alussa sekä puolen vuoden tapaamiskerralla. Vyötärönympärykset saatiin puolen vuoden kohdalta vain viideltä ryhmäläiseltä. Painon osalta yhdeltä ryhmäläiseltä puuttui vuoden kohdalla mitattu paino. Tutkijat käyttivät kyseiseltä ryhmäläiseltä puolen vuoden kohdalla mitattua painoa.

Kyselylomakkeet analysoitiin manuaalisesti, koska riittävän pieni aineisto soveltuu käsin tehtävään analysointiin sen hallittavuuden vuoksi (Eskola & Suoranta 1998). Terveyskäyttäytymiskyselyyn vastasi aloituskerralla kaikki kahdeksan ryhmäläistä, joten vastausprosentiksi saatiin 100. Puolen vuoden kyselyn toteuttamiskerralle osallistui neljä ryhmäläistä, joista kaikki täyttivät kyselyn. Näin vastausprosentiksi saatiin 50. Kyselylomakkeiden analysointiin otettiin mukaan niiden henkilöiden vastaukset, jotka olivat täyttäneet terveyskäyttäytymiskyselyn sekä ryhmäohjauksen alussa että ryhmän puolivälissä (n=4). Analysoinnissa jätettiin huomioimatta vastausvaihtoehto ”En osaa sanoa”, koska kukaan vastaaja ei ollut valinnut

kyseistä vaihtoehtoa vastauksissaan. Lisäksi loput vastausvaihtoehdot yhdistettiin kahdeksi luokaksi. Ensimmäiseen luokkaan tulivat vastausvaihtoehdot ”Täysin samaa mieltä” ja ”Jokseenkin samaa mieltä”. Toiseen luokkaan puolestaan kuului vastausvaihtoehdot ”Täysin eri mieltä” ja ”Jokseenkin eri mieltä”. Tämä jako tehtiin, jotta havaittaisiin luokasta toiseen vaihtuneet vastaukset. Luokasta toiseen vaihtuneilla vastauksilla voidaan olettaa olevan merkitystä. Vastauksista katsottiin myös, olivatko terveyskäyttäytymiskyselyn muutokset positiivisia vai negatiivisia. Muuttuneita vastauksia tarkasteltiin yksilötasolla ja niitä verrattiin mittaustuloksiin.

5.3 Tulokset

Ryhmäläisten painoista ja pituuksista laskettiin jokaiselle ryhmäläiselle painoindeksi ryhmän alussa ja lopussa. Ryhmäläiset jaettiin painoindeksiensä mukaan painoindeksiluokkiin, joita on neljä kappaletta: normaali paino, lievä lihavuus, merkittävä lihavuus sekä sairaalloyen lihavuus (Lihavuus Käypä hoito, 2013). Painoindeksit pysyivät jokaisella ryhmäläisellä ryhmän aikana samana eivätkä eri painoluokkien frekvenssit muuttuneet. Tulokset painoindeksin osalta on esitetty alla olevassa taulukossa (TAULUKKO 5).

TAULUKKO 5. Ryhmäläisten painofrekvenssit intervention alussa ja lopussa.

Painoindeksiluokat (BMI, kg/m²)	Ryhmäläisten painoindeksifrekvenssi alussa (f %)	Ryhmäläisten painoindeksifrekvenssi lopussa (f %)
18,5-24,9 Normaali paino	1 (12,5)	1 (12,5)
25,0-29,9 Lievä lihavuus	1 (12,5)	1 (12,5)
30,0-39,9 Merkittävä lihavuus	2 (25)	2 (25)
≥40 Sairaalloyen lihavuus	4 (50)	4 (50)

Painon muutos. Vaikka ryhmäläisten painoindeksit eivät muuttuneet ryhmän aikana, heidän painossaan kuitenkin tapahtui muutosta. Kolme ryhmäläistä tiputti painoa vuoden aikana kahdeksasta yhdeksään kiloa. Näistä yli kahdeksan kiloa tiputtaneista ryhmäläisistä kahden ryhmäläisen painoindeksi oli sairaalloyen lihavuuden puolella ja yhden ryhmäläisen painoindeksi

si puolestaan oli merkittävän lihavuuden luokassa. Kaikilla yli kahdeksan kiloa tiputtaneilla henkilöillä painonpudotus oli yksi tavoite elämäntaparyhmää varten. Neljän ryhmäläisen paino tippui ryhmäohjauksen aikana yhdestä kolmeen kiloa. Näistä yhdellä ryhmäläisellä oli jo alussa normaalipainoindeksi, eikä hänellä ollutkaan tavoitteenaan pudottaa painoa ryhmäohjauksen aikana. Yksi ryhmäläinen oli lievästi lihava, yksi merkittävän lihava ja yksi puolestaan sairaalloisen lihava. Lisäksi yhden ryhmäläisen paino pysyi samana ainakin puolen vuoden mittauskerralle saakka. Hänen painoaan ei vuosikontrollissa mitattu, sillä hän ei osallistunut viimeiselle ryhmäohjaukskerralle. Niinpä lopullista painonpudotusta ei tiedetä. Keskiarvoisesti ryhmäläiset pudottivat painoa 3,7kg (vaihteluväli 1-8,2kg).

Vyötärönympäryys. Ryhmäläisiltä mitattiin myös vyötärönympäryys ryhmän alussa ja puolen vuoden kohdalla. Viideltä ryhmäläiseltä saatiin tulos puolen vuoden kohdalta. Heillä vyötärönympäryksen muutos oli keskimäärin 5cm (vaihteluväli 0-8cm). Kaksi, joilla vyötärönympäryys pieneni yli 5cm, myös paino tippui eniten. Yhdellä ryhmäläisellä vyötärönympäryys pieneni 8cm, mutta paino ei juurikaan.

Kyselylomake-aineisto. Kyselylomake koostui 21 kysymyksestä. Ryhmäläisillä oli tapahtunut muutos luokasta toiseen kymmenessä kysymyksessä. Jokaisessa kymmenessä kysymyksessä muutos oli kuitenkin tapahtunut vain yhden ryhmäläisen kohdalla, joskin jokaisella vastaajalla oli ainakin yksi muutos terveystyöskäytymiskyselyn vastauksissa. Muutoksista seitsemän oli tapahtunut positiiviseen suuntaan ja kolme puolestaan negatiiviseen suuntaan. Muuttuneita vastauksia oli eniten ryhmäläisellä R1 (neljä kappaletta) ja ne olivat positiivisia. Kaikki kyseisen ryhmäläisen muuttuneet vastaukset liittyivät terveystyöskäytymistä kartoittaviin kysymyksiin. Ryhmäläinen koki ryhmän lopussa, että päinvastoin kuin alussa, hänellä oli riittävästi tietoa ravitsemusasioista, hän piti ruoan terveellisyyttä tärkeänä eikä kokenut terveellisen ruoan valmistamista työlääksi ja lisäksi hän luki elintarvikkeiden ravintosisältöjä. Toiseksi eniten muuttuneita vastauksia oli ryhmäläisellä neljä (R4). Positiivisia muutoksia hänen vastauksiinsa oli kaksi ja negatiivisia yksi. Ryhmän myötä ryhmäläinen oppi suunnittelemaan ruokaostonsa etukäteen ja lisäksi hän koki pystyvänsä syömään terveellisesti, vaikka ihmiset hänen ympärillään eivät pitäisi sitä tärkeänä. Toisaalta ryhmän loppuessa ryhmäläinen vastasi, että ruoan hinta vaikuttaa hänen ostopäätöksiinsä. Yhden ryhmäläisen (R3) terveystyöskäytymiskyselyssä oli yksi positiivinen sekä yksi negatiivinen muutos vastauksissa. Ryhmäohjauksen loppuessa hän vastasi pystyvänsä syömään terveellisesti ollessaan huonolla tuulella, mitä hän ei ryhmän alussa mielestään pystynyt tekemään. Toisaalta hän koki, ettei hänellä enää ollut

hyviä mahdollisuuksia syödä terveellisesti. Viimeisellä ryhmäläisellä (R2) oli yksi negatiivinen muutos vastauksissaan. Loppukyselyssä hänen mielestään terveellinen ruoka oli kallista.

Yhteenveto kyselylomakkeista ja mittauksista. Kyselylomakkeiden tuloksia peilattiin ryhmäläisistä otettuihin mittaustuloksiin. Ryhmäläinen, jolla oli eniten muutoksia terveyskäyttäytymiskyselyssä, ei ollut pudottanut painoaan kuin muutaman kilon. Ryhmäläiset kolme (R3) ja neljä (R4) olivat pudottaneet painoaan yli kahdeksan kiloa ja heillä oli tapahtunut muutosta myös terveyskäyttäytymiskyselyssä. Normaalipainoisella ryhmäläisellä (R2) oli tapahtunut vähiten muutoksia niin terveyskäyttäytymiskyselyssä kuin painossakin.

6 POHDINTA

6.1 Ryhmän toteuttaminen

Ryhmäohjauksen toteuttaminen. Yksi tutkimuksen keskeisimmistä tavoitteista oli selvittää, miten ryhmäohjausta on järjestetty ja millaisia tuloksia ryhmäohjauksen avulla on saavutettu niin yksilö- kuin yhteiskuntatasolla. Järjestelmällisestä kirjallisuuskatsauksesta kävi ilmi, että ryhmäohjausta on toteutettu hyvin perinteisillä menetelmillä, eli käytännössä luennoinnin ja kontrollimittausten kautta. Esimerkiksi Absetzin ym. (2008), Cagnonin ym. (2011), Carelsin ym. (2012), Jakicicin ym. (2012), Jollyn ym. (2011), Jovanovic ym. (2009), Melansonin ym. (2012), Nilsenin ym. (2011) sekä Radcliffin ym. (2012) tutkimuksissa ryhmäohjausta järjestettiin pääosin luento- ja keskustelutyypisessä. Tutkimusryhmä puolestaan järjestettiin toiminnallisena ryhmäohjauksena. Toiminnallisuus ilmeni erilaisina käytännön harjoituksina, esimerkiksi kaupassa käyntinä tai terveellisen ruoan valmistamisena. Ryhmäläiset kokivat käytännön harjoitukset hyödyllisinä ja mielenkiintoisina. Absetzin (2010) mukaan ryhmäohjauksen yksi olennainen seikka onkin se, että ryhmäohjauksen avulla saavutetaan positiivisia muutoksia myös yksilön taidoissa. Myös Ajzen (1991) sanoo, että ihmisten koetun pystyvyyden tukeminen on oleellista, jotta ihmisten käyttäytymisessä voi tapahtua muutosta - ja käytännön taitojen tukemine vahvistaa ihmisten koettua pystyvyyttä.

Arviointimittarit. Kymmenessä ryhmässä (esim. Absetz ym.2008, Carels ym.2012, Jolly ym.2011) arviointimittaritkin keskittyivät pääasiassa fyysisten ominaisuuksien mittaamiseen, eikä niissä huomioitu niin selvästi esimerkiksi ihmisten koetussa pystyvyydessä tapahtuneita muutoksia. Kahdessa tutkimuksessa (Alahuhta ym. 2008, Corsino ym. 2012) suoraan mainittiin, että ryhmäläisille toteutettiin elämäntapakysely, joka käsitteli esimerkiksi ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymistä. Pelkkien fyysisten muutosten mittaaminen voi jättää huomiotta monet muut olennaiset asiat, joita ryhmäohjauksen myötä on tapahtunut. Esimerkiksi tässä tutkimusryhmässä monien osallistujien paino ei tippunut juurikaan, mutta silti heidän elintavoissaan oli tapahtunut positiivisia muutoksia esimerkiksi liikunnan lisääntymisenä ja ateriarytmin löytämisenä. Samana pysynyt paino ei välttämättä kerro siitä, etteikö ryhmäohjauksella olisi ollut minkäänlaista vaikutusta, sillä muuttuneet elintavat saattavat näkyä fyysisinä muutoksina vasta pidemmän ajan kuluttua. Terveys- ja ryhmäohjausta tulisikin arvioida myös terveystajun ja terveydenlukupöytäkehittämisen näkökulmasta (Kasila 2011, 120-122). Tällöin arvioidaan

nimenomaan sitä, kuinka osallistujien pystyvyyden ja hallinnan tunne, tiedon ymmärtäminen ja soveltaminen on kehittynyt ja nämä ovat terveyttä ja hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita nimenomaan pitkällä aikavälillä. Tutkimusryhmälle toteutettiin heidän pystyvyyttään ja terveydenlukupotentialia kartoittava kysely, jossa ilmeni, että seitsemällä ryhmäläisellä muutosta oli tapahtunut positiiviseen suuntaan. Positiiviset muutokset eivät kuitenkaan välttämättä näkyneet suoraan painonpudotustuloksissa. Myös Deakinin ym. (2008) meta-analyysissä havaittiin, että ryhmäohjauksella pystyttiin parantamaan osallistujien minäpystyvyyttä, jopa paremmin kuin tavallisessa diabeteshoidossa. Tämä tulos oli havaittavissa niin neljän kuin neljäntoistakin kuukauden kohdalla, joten toisinaan osallistujien voimaistamiseen ja heidän koetun kontrollin vahvistamiseen voi riittää lyhyempikin interventio.

Interventioiden kesto. Fyysiset muutokset saattavat tarvita pidemmän aikavälin seuranta, kuin useimmissa kirjallisuuskatsauksen ryhmissä oli mahdollista järjestää. Neljä ryhmää kesti vuoden (Cagnon ym. 2011, Radcliff ym. 2012) tai puolitoista vuotta (Jakicic ym. 2012, Nilsen ym. 2011), mutta muut ryhmät olivat kestoiltaan 3-6 kuukautta. Lihavuuden Käypä Hoito-suosituksen (2013) mukaan yksilö- tai ryhmäohjausta painonpudotuksessa tulisi järjestää yksilön tarpeiden mukaisesti viidestä viiteentoista kertaa. Neljä järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa mukana ollutta ryhmää (Absetz ym. 2008, Alahuhta ym. 2009, Carels ym. 2012, Jovanovic ym. 2009) tapasivat alle kahdeksan kertaa, mikä on Käypä Hoito-suosituksen alarajoilla. Lisäksi yksi ryhmä tapasi vain kolme kertaa (Carels ym. 2012). Myös meta-analyyseissa tapaamiskertojen määrä vaihteli laajasti, aina 3:sta tunnista vuodessa 52:een tuntiin vuodessa (Deakin ym. 2009). Voidaankin pohtia, ovatko nämä vähäisimmät tapaamiskerrat riittäviä pysyvien elämäntapamuutosten saavuttamiseen. Tutkimusryhmä puolestaan kesti vuoden ja tapaamiskertoja siihen kuului yhteensä kolmetoista. Huolimatta siitä, että lähdeaineiston ryhmiin verrattuna tutkimusryhmä kokoontui enemmän, tutkimusryhmäläiset olisivat toivoneet saavansa vielä lisäohjausta. Tapaamiskertojen tarve onkin osittain yksilöllinen, joten se mikä toiselle osallistujalle on riittävä määrä tapaamisia, voi toisesta tuntua liian vähäiseltä.

Ryhmän koko. Mitä tulee puolestaan ryhmien kokoon, toteutukset olivat jokseenkin suositusten mukaisia. Vänskän ym. (2011) mukaan sopiva ryhmäkoko on 9-15 henkilöä ja kaikki paitasi yksi järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen ryhmistä osui tälle skaalalle. Corsinon ym. (2012) tutkimuksessa ryhmäkoko oli yli kaksikymmentä. Tutkimusryhmässä ryhmäkoko oli kahdeksan, eli jopa alle suositusten. Ryhmäläiset kuitenkin kokivat ryhmän liian suureksi, koska ryhmässä ei pystytty keskittymään asioihin riittävän henkilökohtaisella tasolla. Ryhmä-

läiset mainitsivatkin ihanne-elämäntaparyhmänsä olevan pienempi kuin heidän oma ryhmänsä, jotta myös henkilökohtaisempi asioiden läpikäynti olisi mahdollista.

Vaikka nykyään yhä enemmän tiedetään, kuinka paljon erilaiset psykologiset tekijät vaikuttavat ihmisten käyttäytymisvalintoihin (Thompson 2010, Hankonen 2011, Laatikainen ym. 2012), kaikissa interventioissa nämä asiat eivät olleet keskeisiä sisältöjä. Muutamissa tutkimuksissa ryhmäohjausta oli toteuttamassa ravitsemusneuvojan tai sairaanhoitajan lisäksi psykologi, mikä mahdollisti myös psykososiaalisten tekijöiden paremman huomioimisen (Cagnon ym. 2011, Jovanovic ym. 2009). Tutkimusryhmässäkkin hyödynnettiin moniammatillista yhteistyötä, sillä ryhmä suunniteltiin ryhmäläisten tarpeiden pohjalta ja he itse toivoivat myös psykologin läsnäoloa yhdelle kerralle. Tutkimukseen osallistujien kokemukset psykologin pitämästä kerrasta olivat kuitenkin vaihtelevia. Yksitoikkoinen luennointi koettiin pitkästyttäväksi, mutta käytännön harjoitukset (esimerkiksi mielikuvamatkat) olivat ryhmäläisten mielestä hyödyllisiä. Lihavuuden Käypä Hoito -suositusten (2013) mukaan psykologin hyödyntäminen ryhmäohjauksessa tulisikin olla tarkoin suunniteltua ja sen tulisi erityisesti tukea käyttäytymisen muutosta.

Ryhmäohjauksen tavoitteet. Ryhmäohjauksen suunnittelu ryhmäläisten tarpeiden ja tavoitteiden pohjalta on olennaista pyrittäessä vaikuttavaan ja muutoksia aikaan saavaan ryhmäohjaukseen (Absetz 2010b). Oleellista on, että ryhmissä asetetaan henkilökohtaiset tavoitteet elämäntapamuutokselle, eivätkä tavoitteet ole valmiiksi luotuja. Hankonenkin (2011) mainitsee, miten tärkeää henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen on koetun pystyvyyden tukemisessa. Hankosen (2011) mukaan henkilökohtaiset tavoitteet varmistavat, että asiakas sitoutuu paremmin elämäntapamuutukseen ja oman terveydentilansa parantamiseen. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa neljässä yhdeksi ryhmän varsinaiseksi sisällöksi mainittiin tavoitteiden asettaminen (Absetz ym. 2008, Alahuhta ym. 2009, Carels ym. 2012, Corsino ym. 2012). Näin tehtiin myös tutkimusryhmässä ja tavoitteiden saavuttamista seurattiin viikoittain.

6.2 Elämäntapamuutosprosessiin vaikuttavat tekijät

Sosiaalinen tuki. Ryhmäohjauksen yksi ehdoton etu verrattuna yksilöohjaukseen, on ryhmäohjauksen tarjoama sosiaalinen tuki (Vesterinen 2010, Vänskä ym. 2011). Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tuloksissakin (Absetz ym. 2008, Alahuhta ym. 2009, Melanson ym.

2012) kävi ilmi, että niissä tutkimuksissa, joissa vertaistuen merkitys oli nostettu esille, oli myös saavutettu tuloksia esimerkiksi painonpudotuksessa. Myös tutkimusryhmässä korostettiin vertaistuen merkitystä muutosprosessia tukevana tekijänä. Sosiaalisen tuen tarve ilmeni esimerkiksi haastepuheessa, jota ryhmäläiset käyttivät kertoakseen omista muutosprosessia kohdanneista haasteistaan. He yrittivät näin myös ymmärtää paremmin, mitä muutosprosessia tapahtuu sekä saada ajatuksilleen tukea ja kommentteja muilta ryhmäläisiltä. Vänskä ym. (2011) onkin maininnut, että ryhmäohjauksessa yksilöt voivat tukea toisiaan jakamalla kokemuksiaan ja vahvistamalla näin toistensa ongelmanratkaisukeinoja. Tämä tutkimusryhmä nosti esille ryhmätuen rinnalla myös perheeltä saadun tuen. Perheen ja lähipiirin tuki olikin huomioitu myös yhdessä järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuksessa (Jovanovic ym. 2009), jossa osallistujat saivat tuoda ryhmäohjaustuokioihin mukanaan myös ystävän tai perheenjäsenen.

Ryhmän vuorovaikutus. Sosiaalisen tuen saaminen ryhmästä edellyttää ryhmässä vallitsevaa turvallista ilmapiiriä. Vesterisen (2010) mukaan turvallinen ilmapiiri mahdollistaa omien tunteiden ja ajatusten avoimen ja rehellisen jakamisen. Ilmapiirin luomisessa niin ohjaajalla kuin ryhmäläisillä on oma vastuunsa ja merkityksensä. Tutkimusryhmässä ilmapiiri oli muodostunut “lämpimäksi ja turvalliseksi” erityisesti ryhmäohjaajan ansiosta. Ohjaaja kohteli ryhmäläisiä arvokkaasti ja tasapuolisesti ja käsitteli vaikeita asioita hienotunteisesti. Kunnioitus, luottamus ja tunteisiin vastaaminen ovatkin Haesin ja Bensingin (2009) mukaan oleellisia tekijöitä hyvässä vuorovaikutuksessa. Ryhmäohjauksella oli havaittavissa myös pientä erimielisyyttä ohjaajan ja yhden ryhmäläisen välillä, mutta kuten aiemmin todettiin, turvallinen ilmapiiri mahdollistaa myös negatiivisten tunteiden ilmaisun. Erimielisyydet ja niiden ilmaiseminen kertookin siitä, että ryhmässä oli mahdollista jakaa ja puhua myös negatiivisista kokemuksista ja ilmaista myös negatiivisia tunteita, kuten turhautumista.

Ryhmäohjauksessa on tärkeää huomioida ryhmäläisten tunteet ja kokemukset ja ohjaajan tehtävä on antaa keinoja erilaisten tunteiden käsittelyyn (Haes & Bensing 2009). Ryhmäohjauksessa ryhmäläisten tunteiden käsittelylle tulee varata riittävästi aikaa, jotta esimerkiksi ryhmäläisten esille tuomaa turhautuneisuutta omista repsahduksista tai haasteista ehditään käsittelemään perusteellisemmin. Ohjaajan tehtävänä on myös auttaa ryhmäläisiä ymmärtämään ja selittämään omaa käyttäytymistään, jotta he voivat vastaisuudessa toimia toisella tavalla. Tutkimusryhmässä ryhmäläiset itsekin mainitsivat, että vanhojen, epäonnistuneiden painonpudotusyritysten läpikäyminen olisi ollut tärkeää, jotta epäonnistumisen kierre ja pelko olisi saatu

katkaistuksi. Ohjaaja tosin yritti etsiä repsahduksiin positiivista näkökulmaa ja näin vähentää ryhmäläisten kokemaa turhautumista ja pettymystä. Ohjaajan kannustus ja keskittyminen epäonnistumisissakin asioiden positiivisiin puoliin oli ryhmäläisten mielestä merkityksellistä ja loi avointa ja kannustavaa ilmapiiriä.

Yleisesti ottaen ryhmäläiset kehuivat ryhmäohjaajaansa ja ryhmäänsä, vaikka puheenvuorot eivät aina jakautuneetkaan kovin tasaisesti ja puhe oli välillä melko asiantuntijakeskeistä. Ryhmäläiset tosin pyrkivät itsekin ylläpitämään ryhmässä tasapuolista vuorovaikutusta antaen toisilleen tilaa puhua ja huomauttaen, jos joku ryhmäläinen ei ollut saanut puheenvuoroa. Haesin ja Bensingin (2009) mukaan vuorovaikutusta tulisikin vaalia luomalla tasapuolisuutta ja tasavertaisuutta. Tasavertaisuus myös edesauttaa luottamuksellisen ilmapiirin luomista. Ilman luottamusta ja hyvää vuorovaikutussuhdetta ei saavuteta muitakaan tuloksia (Haes & Bensing 2009). Vaikka tiedetäänkin, että ryhmän toimintaan liittyvillä asioilla, kuten luottamuksellisuudella ja toisille tilan antamiselle, on merkitystä muutoksessa onnistumisessa, järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa näitä asioita ei juurikaan huomioitu.

Osallistujien motivaatio. Elämäntapamuutosprosessin yhtenä suurena vaikuttavana tekijänä on motivaatio. Ajzen (1991) on tutkinut motivaation vaikutusta käyttäytymiseen ja havainnut, että mitä motivoituneempia ihmiset ovat, sitä enemmän he ovat valmiita näkemään vaivaa saavuttaakseen tavoitteensa. Tämä voi heijastua esimerkiksi ryhmään sitoutumiseen: mitä motivoituneempi henkilö on, sitä aktiivisemmin hän osallistuu myös ohjaukseen (Jolly ym. 2011). Motivaation synty on ennen kaikkea kiinni henkilöstä itsestään. Tutkimusryhmässä painotettiin paljon sitä, että motivaation ja tavoitteiden tulee lähteä ”korvien välistä”. Myös tavoitteiden selkeys ja realistisuus koettiin motivaatiota lisääviksi asioiksi. Duffin (2010) mukaan motivaation synty edellyttää kuitenkin myös riittävien taitojen ja suotuisien olosuhteiden olemassaoloa. Tämän vuoksi ryhmäohjauksessa olisikin hyvä myös vahvistaa osallistujien taitoja ja ulkoisia tekijöitä, kuten tutkimusryhmässä salaattikerralla tehtiinkin. Hankosen (2011) mukaan ryhmäohjauksen alussa tulisi myös kartoittaa, minkälaista ohjausta ryhmäläiset tarvitsevat: enemmän tukea vai nimenomaan taitoja ja tietoja.

Ryhmään osallistumista ja motivaatiota saattavat puolestaan heikentää liian harvat ryhmätaapaamiset. Tämä kävi ilmi tutkimusryhmän haastattelusta. Toisaalta järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tuloksista kävi ilmi, että Cagnonin ym. (2011) mukaan myöskään liian usein kokoontuminen ei ole hyvä asia, sillä kyseisen tutkimuksen ryhmätaapaamisissa osallistumis-

prosentti oli vain 11. Laatikaisen (2012) mukaan myös negatiiviset aiemmat kokemukset voivat heikentää koettua pystyvyyttä ja sitä kautta myös motivaatiota. Tämä ilmeni myös tutkimusryhmäläisten kommentoissa, sillä he kokivat, että aiemmat epäonnistuneet laihdutusyritykset heikensivät motivaatiota. Niinkuin Jovanovicin ym. (2009) tutkimuksessa tehtiinkin, olisi kaikissa ryhmäohjausinterventioissa tärkeää käsitellä myös epäonnistuneita painonpudotusyrityksiä, miettiä epäonnistumisten syitä ja miettiä niihin ratkaisuvaihtoehtoja. Tätä kautta voidaan myös vahvistaa osallistujien pystyvyyden tunnetta.

Motivaation merkitystä muutoksessa onnistumiseen ei tule vähätellä, sillä esimerkiksi Carelsin ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että ne, jotka saivat interventiossa eniten tukea, laihtuivat kuitenkin vähiten ja puolestaan ne, jotka saivat vähiten tukea, laihtuivat eniten. Motivaation merkitys muutoksessa onnistumisessa voi joidenkin kohdalla olla suurempi kuin esimerkiksi sosiaalisen tuen vaikutus. Myös ryhmään valikoituminen saattaa vaikuttaa osallistujien motivaatioon. Osa ryhmäohjaukseen osallistuneista henkilöistä tuli ryhmään mukaan mainosten tai infolehtisten kautta, jolloin kaikilla halukkailla oli mahdollisuus hakea ryhmään (esimerkiksi Jakicicin ym. (2012) ja Melansonin ym. (2012) tutkimuksissa). Osa ryhmäläisistä puolestaan osallistui ryhmäohjaukseen terveydenhuollon ammattilaisten suosittelemana (esim. Absetzin ym. 2008 ja Alahuhdan ym. 2009 tutkimuksissa).

6.3 Ryhmäohjauksen vaikuttavuus

Ryhmäohjauksen *taloudellisuus*. Ryhmäohjausta suositellaan järjestettäväksi nimenomaan sen taloudellisuuden ansiosta (Vänskä ym. 2011). Taloudellisuutta arvioitaessa ei kuitenkaan riitä, että verrataan kustannusten suuruutta osallistujien määrään, vaan lisäksi tulisi huomioida myös yksilö- tai ryhmäohjauksen avulla saavutetut tulokset. Esimerkiksi Cagnonin ym. (2011) tutkimuksessa, jossa vertailtiin yksilö- ja ryhmäohjauksen vaikuttavuutta, todettiin, ettei ryhmäohjauksen avulla saavutettu yhtä hyviä tuloksia kuin yksilöohjauksella, minkä vuoksi ryhmäohjauksen todettiin olevan yksistään riittämätöntä, vaikka se olikin taloudellisesti kannattavampaa kuin yksilöohjaus. Tutkimuksen mukaan ryhmäohjauksen rinnalle tulisi järjestää matalakustanteista yksilöohjausta, jotta myös kustannustehokkuus paranisi. Tätä päätelmää tukevat myös tutkimusryhmäläisten kokemukset. Moni ryhmäläinen koki, ettei pelkkä ryhmäohjaus ollut riittävää ja he kaipasivatkin ryhmäohjauksen rinnalle myös henkilökohtaisempaa ja yksilöllisempää neuvontaa. Ohjauksen järjestämistä suunniteltaessa onkin hyvä

muistaa, ettei halvin vaihtoehto ole aina paras, sillä esimerkiksi Cagnon ym. (2011) ja Jakicic ym. (2012) huomasivat, että pelkästään ryhmäohjausta saaneiden osallistujien tulokset olivat huonompia kuin ainoastaan yksilöohjausta saaneiden tulokset. Taloudellisuuden ja vaikuttavuuden perusteella näyttäisikin siltä, että paras vaihtoehto on järjestää yksilö- ja ryhmäohjausta rinnakkain.

Ryhmäohjauksen tuloksellisuus. Ryhmäohjausta voidaan järjestää monin eri tavoin, mikä johtaa tietysti myös moniin erilaisiin tuloksiin. Mielekkäintä on tietysti tarkastella erityisesti ryhmiä, joissa tulokset ovat olleet keskimääräistä parempia. Esimerkiksi Jovanovicin ym. (2009) tutkimuksessa osallistujat laihtuivat keskimäärin 12,5kg, kun yleisesti ottaen keskimääräinen painonpudotus elämäntaparyhmissä on 3-5 kg (Lihavuus Käypä Hoito 2013). Jovanovicin ym. tutkimuksessa ryhmäohjauksessa erityistä oli osallistujien epäonnistuneiden painonpudotusyritysten huomioiminen ja niiden läpikäynti. Kuten tutkimusryhmäläistenkin kokemuksissa tuli ilmi, negatiiviset mielikuvat ja epäonnistuneet aiemmat yritykset olivat yksi painonpudotusta vaikeuttava tekijä. Kuten tässäkin tapauksessa, elämäntaparyhmään osallistuvilla henkilöillä voi olla takanaan jo useitakin erilaisia painonpudotusryhmiä tai yksinään tehtyjä laihdutusyrityksiä, jotka ovat päättyneet vailla tulosta. Näiden kokemusten huomioiminen ja niiden käsittely ja niistä ylitse pääseminen näyttäisikin olevan yksi merkittävä asia, joka edesauttaa osallistujia saavuttamaan tavoitteensa. Jos epäonnistuneita yrityksiä tai repsahduksia ei käsitellä, ne saattavat luoda osallistujille epätoivoa ja halua luovuttaa, kuten joillekin tutkimusryhmäläisille oli käynyt.

Alahuhdankin ym. (2008) tutkimuksessa todettiin, että elämäntapainterventioissa tulisi käsitellä ihmisten voimavaroja, tavoitteita ja konkreettisia muutoksia. Alahuhdan ym. (2008) tutkimuksessa puolen vuoden aikana puolet tutkimukseen osallistuneista henkilöistä teki konkreettisia muutoksia painonhallinnan suhteen, esimerkiksi lisäsi liikuntaa. Ihmisen usko omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa toimia tietyllä tavalla edesauttaakin häntä muuttamaan omia elintapojaan terveyden kannalta suotuisimmiksi (Bandura 1977). Toisaalta on tärkeää, ettei ohjauksessa takerruta pelkästään minäpystyvyyttä heikentävien kokemusten käsittelyyn, vaan keskitytään enemmän sisäisten ja ulkoisten voimavarojen parantamiseen (Hankonen 2011).

Jovanovicin ym. (2009) tutkimuksessa, jossa painonpudotus oli keskimäärin kaikista suurinta, oli huomioitu myös sosiaalisen tuen merkitys. Kyseisessä tutkimusasetelmassa ryhmäläiset saivat tuoda ryhmäohjauskerroille mukaan jonkun läheisensä; joko ystävän tai perheenjäse-

nen. Tämä voi olla myös yksi tekijä, joka edesauttoi hyvien tulosten saavuttamista, sillä näin osallistujat saivat myös perheensä ainakin jossain määrin mukaan elämäntapamuutokseen - ainakin tukijoukkoihin. Ohjausryhmissä voi helposti käydä niin, että elämäntapamuutos on ainoastaan osallistujan henkilökohtainen asia, eivätkä perhe tai muut läheiset ole osallisena muutoksessa lainkaan. Muutoksessa tarvitaan kuitenkin tukea nimenomaan läheisiltä, etenkin niiltä, jotka syövät samasta jääkaapista, sillä yhden henkilön ravitsemuksen muutos vaikuttaa totta kai koko perheen ravitsemukseen. Tutkimusryhmäläistenkin haastattelussa nousi esille, kuinka tärkeäksi ryhmäläiset kokivat sen, että he saivat muutokseen tukea perheeltään. Toisaalta he mainitsivat myös, ettei tukea aina saanut riittävästi, minkä vuoksi he kokivat haasteelliseksi esimerkiksi liikuntaharrastusten ja perheen arjen yhteensovittamisen. Nämä ovatkin juuri sellaisia tilanteita, joissa kaivattaisiin muiden perheenjäsenten joustamista ja muutoksen mahdollistamista.

6.4 Johtopäätökset

Nykytiedon valossa voidaan todeta, että lihavuus on Suomessa yhä suurempi haaste. Lihavuuden aiheuttamat elintapasairaudet tulisi ehkäistä ennen niiden puhkeamista, sillä ne ovat yksi terveydenhuollon suurimmista menoeristä (Lihavuus Käypä hoito 2013). Ylipainoon johtavia syitä ovat yleisimmin huonot ravitsemustottumukset sekä väestön vähentynyt liikunta-aktiivisuus. Aikuisväestöstä jo noin puolet kärsii ylipainosta (Peltonen ym. 2008, Helakorpi ym. 2011), jolloin suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle, terveydenhuolto kuormittuu entistä pahemmin. Nyt tarvittaisiinkin nopeaa puuttumista tilanteeseen tehokkaiden interventioiden avulla.

Ryhmäohjauksen osalta on tehty elämäntapainterventioita, joilla on pyritty tukemaan ihmisten elämäntapamuutosta. Tämän tutkimuksen perusteella interventioissa ei ole kuitenkaan huomioitu tarpeeksi minäpystyvyyden ja psykologisten tekijöiden merkitystä muutoksen toteutumisessa. Elämäntapainterventioita on arvioitu yleensä ainoastaan fyysisten ominaisuuksien muutosten kautta, eikä ihmisten sisäisiin tekijöihin ole kiinnitetty tarpeeksi huomioita. Useimmissa tutkimuksissa ryhmäohjauksen vaikuttavuuden arviointi perustui ihmisten fyysisten ominaisuuksien mittaamiseen (esimerkiksi paino, BMI, verenpaine) sekä verikokeisiin (verensockeri-arvot, rasva-arvot) (Jovanovic ym. 2009, Melanson ym. 2012). Kuitenkin monista terveyskäyttäytymistä kuvaavista tutkimuksista käy ilmi, että ihmisten psyykkiset ja kognitiiviset

tekijät ovat tärkeitä tekijöitä pysyvän elämäntapamuutoksen saavuttamisessa. Erityisesti minäpystyvyyden ja kontrolliuskomusten vaikutus muutosprosessissa on todettu monissa tutkimuksissa (esim. Duff 2010, Hankonen 2011, Laatikainen ym. 2012, Teixeira ym. 2011). Tulevaisuudessa interventioiden tavoitteissa olisikin hyvä huomioida painonpudotuksen ohella myös osallistujien myönteisten mielikuvien vahvistaminen omasta pystyvyydestään ja itsesääntelystään (Laatikainen ym.2012).

Melansonin ym. (2012) tutkimuksessa hyödynnettiin ryhmäohjauksessa psykologisia menetelmiä ja kyseisessä interventiossa saavutettiin myös hyviä tuloksia painonpudotuksen osalla (keskimäärin 11 kg painonpudotus). Osallistujien minäpystyvyyden tukemisen merkitystä puolestaan puoltaa Jovanovicin ym. (2009) tutkimus, jossa myöskin saavutettiin merkittäviä muutoksia osallistujien painossa (keskimäärin 12 kg pudotus). Tässä tutkimuksessa huomiota kiinnitettiin osallistujien aiempiin epäonnistuneisiin painonpudotusyrityksiin ja niiden läpikäymiseen. Negatiivisista kokemuksista oppimalla osallistujien minäpystyvyys vahvistui. Tutkimusryhmäkin koki tärkeänä motivaatioon ja ihmisen sisäisiin voimavaroihin keskittymisen. Moni heistä totesi painonpudottamisessa onnistumisen olevan lopulta kiinni ”korvien välissä” tapahtuvista asioista. Tulevaisuudessa olisikin hyvä perehtyä myös siihen, miten motivaatiota ja minäpystyvyyttä voidaan tukea ja kehittää ryhmäohjauksen avulla. Vaikka aihetta käsitteleviä tutkimuksia löytyykin (esim. Hankonen 2011), on tarpeellista tutkia aihetta lisää ja ottaa ihmisen psykologiset tekijät huomioon suunniteltaessa ryhmäohjausta.

Elämäntapainterventioilla on saavutettu tutkitusti hyviä muutoksia elämäntavoissa (Khaw ym. 2008, Lihavuuden Käypä hoito 2013). Parhaisiin tuloksiin on päästy yhdistelemällä erilaisia menetelmiä ja valitsemalla kohderyhmä tarpeen mukaisesti. (Absetz ym. 2011, Absetz 2010a). Monissa tutkimuksissa, esimerkiksi Cagnon ym. (2011) ja Jakicic ym. (2012), todettiin, että yhdistämällä yksilö- ja ryhmäohjausta osallistujat ylsivät parempiin tuloksiin kuin pelkän ryhmäohjauksen avulla. Myös tutkimusryhmässä toivottiin enemmän yksilöohjausta. Yksilöohjauksen ei tarvitse kuitenkaan olla kasvokkain tapahtuvaa, vaan se voisi olla esimerkiksi sähköpostiviestintää. Näin yksilöohjaustakin olisi mahdollista toteuttaa kustannustehokkaasti.

Tutkimuksissa ryhmäkoko oli keskimäärin 11 henkilöä (esim. Alahuhta ym. 2009, Carels ym. 2012), mikä on Vänskän ym. (2011) antamien ryhmäkokoosuositusten rajoissa. Tutkimusryhmässä osallistujat kokivat heidän oman kahdeksan hengen ryhmänsä liian isoksi, vaikka

Vänskän ym. (2011) mukaan toimivassa ryhmässä voisi olla jopa 15 henkilöä. Ryhmää suunniteltaessa on kuitenkin muistettava se, että mitä suuremmaksi ryhmäkoko kasvaa, sitä vähemmän yhdellä ihmisellä on mahdollisuuksia osallistua ohjauskeskusteluun. Ohjaajalla onkin tärkeä rooli ryhmän toimivan ja tasapuolisen vuorovaikutuksen luomisessa (Vänskä ym. 2011). Esimerkiksi tutkimusryhmässä puheenvuorot jakautuivat niin kauan tasaisesti kun ohjaaja niitä jakoi. Kun keskustelu eteni vapaasti ilman ohjaajan kontrollia, olivat vain tietyt ihmiset äänessä. Toimiva vuorovaikutus on yksi oleellisimmista asioista ohjauksen onnistumisessa (Absetz ym. 2010) ja ryhmässä onkin hyvä sopia yhteiset pelisäännöt ja tuntea ryhmän toimintatavat (Vesterinen 2010).

Ryhmän käytännön toteuttamisessa hyväksi nähdään moniammatillisuus (Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009). Tutkimuksissa useimmiten ryhmiä vetivät terveydenhuollon ammattilaiset; sairaanhoitaja tai fysioterapeutti (Absetz 2008, Nilsen ym. 2011). Lisäksi ryhmissä saattoi vierailla ravitsemusterapeutti (Wilson ym. 2010) tai jokin muu terveydenhuollon ammattilainen esimerkiksi sisätautilääkäri (Cagnon ym. 2012). Tutkimusryhmäläisetkin näkivät moniammatillisuuden antoisana, mikäli luennot oli suunniteltu heidän tarpeidensa pohjalta. Ylipäänsä ryhmän suunnittelussa tulee ottaa huomioon ryhmäläisten erilaiset toiveet ja tarpeet (Lihavuus Käypä Hoito 2013).

Useat tutkimuksissa mukana olleista ryhmistä kestivät puolesta vuodesta vuoteen (Radcliff ym.2011, Cagnon ym. 2012). Vuoden mittainen ryhmä nähdään sopivan pituiseksi, jotta elintapamuutoksia pystytään havaitsemaan paremmin (Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009). Khawnin ym. (2008) mukaan elämäntapainterventioissa saadaankin aikaan muutoksia elintavoissa, mutta intervention loputtua muutosten pysyvyyttä ei enää mitata. Tämän takia interventioista voidaankin saada jopa vääristyneitä tuloksia. Myös tutkimusryhmäläiset olisivat kokeneet tarvitsevansa interventiolle jatkoa ryhmän loputtua, koska tunsivat jäävänsä ilman tukea, ”tyhjän päälle”. Olisikin olennaista pohtia, mikä on optimaalinen intervention pituus, jotta saavutetut elämäntapamuutokset säilyisivät intervention jälkeenkin. Tai onko osallistujille mahdollista järjestää jonkinlaisia kontrollimittauksia jälkeensä.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset valinnat kulkevat rinnakkain. Tutkimuksen uskottavuus perustuu tutkijoiden noudattamaan hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tuomi & Sarajärvi 2009), jota myös Jyväskylän yliopisto on eettisten periaatteidensa mukaan sitoutunut noudattamaan (Eettiset periaatteet 2012). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan (2012) tutkimuskäytännön noudattaminen, tutkimusaineiston asianmukainen hankinta, käyttö ja raportointi. Lisäksi tutkimusaineistoa käsitellään tietosuojaa ylläpitäen. Näin on menetelty myös tässä tutkimuksessa. Myös Eskola ym. (1998) painottaa, että tutkimuksen eettisyys täytyy huomioida tutkimuksen eri vaiheissa.

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen eettisyys huomioitiin hakemalla eettinen lausunto Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Eettiseltä toimikunnalta. Tutkimusluvut kerättiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin toimesta. Tutkimuslupa oli olemassa myös elämäntaparyhmästä vastanneelta kuntayhtymältä. Lisäksi elämäntaparyhmään osallistujilta kerättiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta (liitteet 6-9). Tutkittaville korostettiin, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Heille myös kerrottiin, että he voivat lopettaa osallistumisen tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. Tutkittavat olivat myös tietoisia tutkimuksen tarkoituksista ja siitä, mihin tutkimusaineistoa tullaan käyttämään. Tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti ja tutkittavien anonymiteettiä huomioiden, mitkä ovatkin kaksi keskeistä periaatetta liittyen tutkimuksen eettisyyteen (Eskola ym. 2005). Eskolan ym. (2005) mukaan myös tutkimustuloksia julkistettaessa tutkittavien anonymiteetista tulee pitää huolta, joten tässäkin tutkimuksessa on varmistettu, ettei yksittäisiä tutkimushenkilöitä voida tunnistaa tuloksista. Lisäksi tutkimus annettiin luettavaksi tutkimusryhmässä mukana olleille ryhmäohjaajille, jotta he saivat antaa suostumuksen tutkimuksen julkaisuun.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, mutta arvioinnissa korostuu tutkimuksen johdonmukaisuuden ja perustelujen kriteerit (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tätä tutkimusta on arvioitu laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä ym. 2007). Tutkimuksen uskottavuutta on pohdittu jokaisen eri menetelmän kohdalla. Vahvistettavuuteen liittyy Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan yksityiskohtainen tutkimusprosessin kuvaus.

Tällöin lukija pystyy itsekin arvioimaan, onko tutkimus luotettavasti toteutettu vai ei. Tässä tutkimuksessa eri tutkimusprosessin vaiheet onkin pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja tarkasti. Lisäksi tutkimuksessa on pyritty perustelevaan tutkijoiden tekemät valinnat. Vahvistettavuuden lisäksi myös siirrettävyys-kriteeri edellyttää tarkkaa aineiston kuvausta, jotta tutkimuksen tulokset olisi mahdollista siirtää myös muihin vastaaviin tuloksiin. Tutkimuksessa on annettu mahdollisimman tarkka kuvaus aineistosta ja sen ominaispiirteistä sekä tutkimusympäristöstä huomioiden kuitenkin tutkittavien anonymiteettisuoja.

Eskolan ym. (2005) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen pääasiallisimpana tutkimuksen luotettavuuskriteerinä voidaan pitää itse tutkijaa. Kylmä ym.(2007) kuvaavat samaa asiaa refleksiivisyyden kautta. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijoiden tulee olla tietoisia omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijöinä. Niinpä tässäkin tutkimuksessa tutkijat pohtivat omaa esiymmärrystään tutkimuksen eri vaiheissa tiedostaen että heidän esiymmärryksensä voi vaikuttaa tutkimuksen toteuttamiseen.

Aineiston keruun, analysoinnin ja tulosten luotettavuus. Aineiston keruun luotettavuuspohdinnassa tulee käsitellä jokainen aineistonkeruumenetelmä erikseen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston riittävää kokoa on vaikea määrittellä, koska pienikin aineisto voi tarjota riittävästi vastauksia tutkimuskysymykseen (Eskola ym. 2005). Niinpä tässä tutkimuksessa riittäväksi aineistoksi katsottiin järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus, ryhmähaastattelu, tallennettu ryhmäohjauskerta sekä kyselylomake- ja mittaustulokset. Vaikka tutkimuksen osallistujamäärä oli melko pieni (n=8), niin eri aineistonkeruumenetelmillä oli mahdollista saada riittävästi tietoa ryhmästä. Eskolan ym. (2005) mukaan aineiston koolla ei olekaan välitöntä merkitystä tutkimustulosten onnistumiseen. Tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta lisää myös se, että tutkimuskohteen hahmottamiseksi on käytetty useita eri yhteensopivia aineistonhankintamenetelmiä (Kylmä ym. 2007). Missään vaiheessa aineistonkeruuprosessia tutkittavia ei käytetty hyväksi, eikä tutkijoilla ollut riippuvuussuhdetta tutkittaviin henkilöihin. Aineistonkeruussa kerättiin tietoa vain tutkimuksen kannalta oleellisista asioista.

Aineiston analysointi on yksi tutkimuksen ydinvaihe, yhdessä tulkintojen ja johtopäätösten tekemisen kanssa (Hirsjärvi ym. 2009). Analyysivaihe ei kuitenkaan aina ole tarkka ja rajattu vaihe tutkimusprosessissa, vaan usein, etenkin laadullisessa tutkimuksessa, analyysi kietoutuu osaksi niin tutkimusaineiston keruuta kuin aineiston purkamista ja järjestelyäkin. Huolimatta siitä, että aineiston analyysi kulkee mukana pitkin aineiston keruuta ja purkamista, analyysi-

menetelmän tulisi kuitenkin olla valittu jo tutkimuksen ensimetreillä. Tutkimusongelmat myös osaltaan määräävät analyysimenetelmän valintaa (Hirsjärvi ym. 2009).

Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuus. Aineistonkeruuprosessin ensimmäisen osan, järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen tutkimushaun, toteutti kaksi tiedonhakukoulutuksen käynnyttä tutkijaa, jotta virheiden määrä minimoitaisiin (Pudas-Tähkä ym. 2007, 47). Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus tehtiin huolellisesti tarkkaa aineistonkeruusuunnitelmaa noudattaen, sillä suunnitelman katsotaan lisäävän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta (Pudas-Tähkä ym. 2007, 46-51). Tutkimushakuja tehtiin monesta eri tietokannasta useampaan kertaan tallentaen haut tietokantoihin, jotta tutkimus olisi toistettavissa toistenkin tutkijoiden toimesta. Hakuprosessi tulee tehdä huolellisesti, sillä hakuprosessissa tehdyt virheet voivat johtaa tulosten harhaisuuteen (Pudas-Tähkä ym. 2007, 49).

Tämän tutkimuksen järjestelmälliseen kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan pitää luotettavina, sillä mukaan valitut tutkimukset on kerätty järjestelmällisen ja tarkan tiedonhaun avulla. Mukaan otetut tutkimukset arvioitiin kaikki samoilla valintakriteereillä ja tutkimusten laadun arviointiin kiinnitettiin huomiota (Stolt ym. 2007, 58-59). Lisäksi kirjallisuuskatsauksen tekemiseen varattiin riittävästi aikaa, jotta tutkijat ehtivät huolella perehtyä tutkimuksiin (Pudas-Tähkä ym. 2007, 53-55).

Ryhmähaastattelun ja sisällönanalyysin luotettavuus. Haastattelumenetelmän luotettavuuteen sisältyy joitakin asioita, jotka olisi syytä ottaa huomioon jo aineistonkeruutapaa suunnitellessa (Hirsjärvi ym. 2009). Yksi ongelma haastattelumenetelmässä on esimerkiksi se, että haastattelutilanteissa ihmisillä on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Lisäksi haastateltavat eivät yleensä halua puhua sairauksista ja vajavaisuuksista. Haastattelua voidaan pitää tältä osin luotettavana, sillä haastateltavat kertoivat avoimesti omista ja läheistensä sairauksista sekä vaikeuksista liittyen muutosprosessiin. Haastatteluaineiston luotettavuutta lisää myös se, että ryhmähaastatteluun osallistunut ryhmä oli tarpeeksi pieni, jotta siinä pystyttiin käsittelemään sensitiivisiäkin aiheita paremmin (Kylmä ym. 2007). Tässä tutkimuksessa tutkijat pyrkivät myös heti haastattelun alusta asti luomaan haastatteluun avoimen ja hyväksyvän ilmapiirin. Tutkijat myös toivat ilmi, ettei haastattelusta saatua tietoa käytetä muuhun kuin tutkimustarkoitukseen.

Ryhmähaastattelun litteroinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että haastateltavien kommentit säilytettiin alkuperäisessä muodossaan, jotta aineisto olisi mahdollisimman luotettavasti analysoitu. Ryhmähaastattelun tehneet tutkijat myös litteroivat aineiston itse, koska heillä oli kokonaiskuva aineistosta ja käsitys ryhmähaastattelukerran kulusta. Sisällönanalyysin luotettavuutta lisää sen tarkka kuvaus sekä systemaattinen tekeminen (Kylmä ym. 2007). Analyysiprosessi myös kuvattiin niin selkäti, että lukijakin pystyy seuraamaan analyysin etenemistä. Ryhmähaastattelun tuloksiin liittyvä ongelma on ryhmän kontrollointi. Hirsjärven (2009) mukaan ryhmä saattaa kontrolloida jäseniään niin, ettei haastattelutilanteessa ole mahdollista kertoa ryhmää koskevista negatiivisista asioista. Kysyttäessä ryhmäläiset kuitenkin toivat ilmi myös ryhmään liittyviä negatiivisia asioita. Toisaalta ryhmäohjaajasta ei mainittu negatiivisia kommentteja, mikä voi johtua siitä, että ryhmäohjaaja oli haastattelutilanteessa paikalla. Ryhmäläisiltä oli kysytty ennen haastattelukerran alkua, sopiiko heille, että ryhmäohjaaja on paikalla haastattelunkin ajan. Ryhmäläiset sanoivat sen sopivan, mutta heidän todellisesta mielipiteestä ei voida olla varmoja. Ryhmäohjaajan läsnäolo saattoi vaikuttaa häneen liittyvien kysymysten vastauksiin, mutta ei muihin aiheisiin. Yksi ryhmähaastattelun tuloksiin vaikuttava tekijä saattaa olla myös se, että yksi ryhmähaastatteluun osallistuneista ryhmäläisistä oli yhden ryhmäläisen esimies. Molemmat henkilöt olivat kuitenkin osallistuneet ryhmään vapaaehtoisesti tiedostaen toistensa läsnäolon, eikä tutkijoilla ollut mahdollisuutta vaikuttaa asiaan.

Toiminnallisen ryhmäohjauskerran tallentamisen ja diskurssianalyysin luotettavuus. Toiminnallisen ryhmäohjauskerran tallentamiseen liittyi myös joitakin huomioon otettavia seikkoja. Tutkijoiden oli oltava tarkkana kyetäkseen huomaamaan mahdolliset ristiriidat osallistujien verbaalissa ja nonverbaalissa viestinnässä. Hallin (1970) mukaan ihmisillä on taipumus viestiä oikeista tuntemuksistaan nonverbaalin viestinnän avulla etenkin silloin jos tilanne asettaa kielelliselle viestinnälle rajoja. Näin ajatellen ryhmäohjauskerralla osallistujat saattavatkin paljastaa todelliset ajatuksensa ilmeiden, eleiden, kehonasentojen tai äänen avulla. Ryhmän kontrolloivuus ja toisaalta nonverbaaliset viestit ovat myös asioita, jotka tutkijan tulee huomioida tuloksia tulkittaessa ja johtopäätöksiä tehdessä (Hirsjärvi ym. 2009). Digitallementimien läsnäolo on voinut vaikuttaa ryhmäläisten keskusteluihin ja vastauksiin ryhmäohjauskerran aikana. Vaikutti kuitenkin siltä, että ryhmäläiset unohtivat tallentimien läsnäolon melko nopeasti. Toiminnallisen ryhmäohjauskerran tallentamisen luotettavuutta lisää se, että tutkija ei osallistunut tai vaikuttanut ryhmäohjauskerran kulkuun, vaan vetäytyi taka-alalle havainnoi-

maan tilannetta (Tuomi & Sarajärvi 2009), eikä näin ollen vaikuttanut ryhmäläisten toimintaan.

Aineiston litteroinnin tarkkuus määriteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Näin ollen koko aineisto litteroitiin sanatarkasti jättäen tauot pois, koska ne eivät olleet relevantteja aineiston analyysin kannalta. Diskurssianalyysissä tutkija joutuu pohtimaan, mikä olisi paras analyysiväline analysoida kyseistä aineistoa. Tutkijat valitsivat diskurssianalyysin kohteeksi episodit ja puhetyypit, koska niiden avulla saatiin parhaiten tietoa ryhmän vuorovaikutuksesta (Pietikäinen ym. 2009). Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan vastaajien lausuntojen todentamukaisuus ei ole ongelma analysoitaessa aineistoa diskurssianalyysillä, koska tällöin keskitytään aineiston sisällön ohella myös siihen, kuinka ja miksi sisältöjä tuotetaan vuorovaikutustilanteissa. Tällöin tallennusaineistoa pidetään yhtä lailla sosiaalisen todellisuuden ilmentyminä kuin muitakin selontekoja. Diskurssianalyysin tuloksia voidaan pitää todentamukaisina, sillä ne nousivat aineistosta ja kuvaavat ilmiötä monitasoisesti (Pietikäinen ym. 2009). Lisäksi luotettavuutta lisää se, että tutkimusprosessi on kokonaisuudessaan kattavasti kuvattu.

Kysely- ja mittausaineiston luotettavuus. Kyselylomakkeiden kerätyn aineiston luotettavuutta parantaa se, että tiettyä asiaa kysyttiin kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2009). Kyselylomakkeen laadinnassa oli myös huomioitu kysymysten laadintaan liittyviä näkökohtia. Toisaalta kyselylomakkeiden yksi heikkous on Hirsjärven ym. (2009) mukaan väärinymmärrysten mahdollisuus sekä pinnallisuus. Tässä tutkimuksessa tutkijat olivat paikalla, kun kyselylomakkeet täytettiin, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin ja ryhmäläisillä olisi mahdollisuus kysyä lomakkeesta. Lisäksi molemmilla kyselyaineiston keruukerroilla kaikki läsnäolijat vastasivat kyselyyn, jolloin vastausprosentti oli hyvä (Valli 2007, 101). Koska pelkällä kyselylomakkeella kerätty tieto jäi melko suppeaksi, sitä täydennettiin aiemmin mainituilla aineistoilla. Mittaustulosten luotettavuutta lisää se, että mittaustulokset keräsi sama henkilö, joka oli koulutukseltaan fysioterapeutti ja näin ollen pätevä henkilö tekemään mittauksia. Mittauksissa käytettiin aina samaa vaakaa ja mittanauhaa, mikä lisäsi mittaustulosten vertailukelpoisuutta (KvantiMOTV, 2008).

Tutkimustulokset analysoitiin mahdollisimman tarkasti. Luotettavuutta heikentää kuitenkin se, että kaikki osallistujat eivät vastanneet kyselyyn päätöskerralla, koska eivät olleet ryhmätapaamisessa paikalla. Näin ollen analyysi tehtiin niiden vastaajien osalta, jotka olivat paikalla molemmilla kerroilla. Lisäksi kaikilta ryhmäläisiltä ei saatu mittaustuloksia, sillä he eivät ol-

leet osallistuneet kyseisille mittauskerroille. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin parantaa se, että tutkimusprosessi ja tulosten analysointi on kuvattu avoimesti ja poisjääneet tulokset on mainittu tuloksista kerrottaessa.

6.6 Jatkotutkimusaiheet

Tulosten pohjalta todetaan, että ryhmäohjauksella voidaan tukea terveystyötöiden muuttamista. Ryhmäohjauksen rinnalla olisi tosin hyvä järjestää myös yksilöohjausta, jotta tulokset olisivat parempia. Ryhmäohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti sisäisen motivaation ja koetun pystyvyyden tukemiseen. Jatkossa olisikin mietittävä, kuinka sisäisten tekijöiden muutosta voidaan mitata ja miten kehittää tähän sopivia mittareita. Myös ryhmäohjaukseen osallistuvien henkilöiden näkemyksiä tulisi kerätä systemaattisemmin, jotta ryhmiä osataan kehittää osallistujien tarpeita tukevaksi. Jatkotutkimusta vaatii myös interventioiden sopivan keston määrittäminen. Olisi tutkittava, missä ajassa on mahdollista saavuttaa pysyviä muutoksia elintavoissa ja käyttäytymisessä. Myös interventioiden loppumisen jälkeen olisi hyvä järjestää jatkoseuranta ja saada pidemmän aikavälin tuloksia. Samalla on selvitettävä, kuinka kustannustehokasta ryhmäohjaus on ja miten resurssit riittäisivät mahdollisen jatkoseurannan järjestämiseen. On myös tutkittava, onko ryhmäohjauksen lisäksi muita resursseja säästäviä keinoja järjestää elämäntapaohjausta. Ovatko esimerkiksi sähköiset neuvontapalvelut, kokemusasiantuntijuuden tai kolmannen sektorin hyödyntäminen mahdollisia vaihtoehtoja ryhmäohjaukselle.

LÄHTEET

- Absetz, P. 2010a. Mikä on diabeteksen ehkäisyhankkeiden todellinen vaikuttavuus? Suomen Lääkärilehti 65, 2390-1.
- Absetz, P. 2010b. Miten ohjaan ja motivoin potilaan elintapamuutokseen? Terveystieteiden tutkimus 1, 8–12.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim(21)127,2265-67.
- Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2008. Elintapainterventiolla saavutettiin osa diabeteksen ehkäisy tutkimuksen tuloksista. Suomen Lääkärilehti 63, 2065 - 2070.
- Ajzen I. 1991. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes 50,179-211.
- Ajzen I. 2012. The theory of planned behavior. Teoksessa P. Lange, A. Kruglanski, E.Higgins (toim). Handbook of theories of social psychology: London Sage.
- Alahuhta, M., Korhonen, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs H. & Latinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski, kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46(3), 148-158.
- Bandura, A. 1997. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. 1986. Social Foundations of Thought and Action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Borodulin, K. & Jousilahti, P. Liikunta vapaa-ajalla, työssä ja työmatkalla 1972-2012. 2012. FINRISKI 2012 -tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 5. Terveystieteiden tutkimuslaitos, Helsinki.

- Cagnon, C., Brown, C., Couture, C., Kamga-Ngande, C., N., Hivert, M., Baillargeon, J., Carpentier, A. & Langlois M. 2011. A cost-effective moderate-intensity interdisciplinary weight-management programme for individuals with prediabetes. *Diabetes & Metabolism*, 37, 410-418.
- Carels, R., Young, K., Hinman, N., Gumble, A., Koball, A., Oehlhof, M. & Darby L. 2012. Stepped-care in obesity treatment: Matching treatment intensity to participant performance. *Eat Behav*,(2)13, 112-118.
doi:10.1016/j.eatbeh.2012.01.002.
- Clark, N. & Dodge, J. 1999. Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health education and behavior*, 26(1),72-89.
- Conner, M. & Norman, P. 2005. Predicting health behavior: a social cognition approach. Teoksessa M. Conner & P. Norman (toim.). Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models. 2. painos. Berkshire: Open University Press, 1-27.
- Corsino, L., Rocha-Goldberg, M., Batch, B., Ortiz-Melo, D., Bosworth, H. & Svetkey, L. 2012. The Latino Health Project: pilot testing a culturally adapted behavioral weight loss intervention in obese and overweight Latino adults. *Ethn Dis*, 22(1),51-57.
- Deakin, TA., McShane, CE., Cade, JE. & Williams, R. 2009. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*,2.
doi: 10.1002/14651858.CD003417.pub2.
- Diabetes. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätauti-lääkäreiden yhdistyksen ja diabetesliiton lääkäriineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.12.2013. www.kaypahoito.fi
- Duff, DC. 2010. The relationship between behavioral intention, self-efficacy and health behavior: A meta-analysis of meta-analyses. ProQuest Dissertations and Theses.

- Duke, S., Colagiuri, S. & Colagiuri, R. 2009. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus (review). Cochrane database of systematic reviews, 1. doi:10.1002/14651858.CD.005268.pub2.
- Eettiset periaatteet. Jyväskylän yliopisto, 2012. Viitattu 7.1.2014. https://www.jyu.fi/hallinto/strategia/periaatteet/eettiset_periaatteet
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Haes, H. & Bensing, J. 2009. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3),287-294.
doi:10.1016/j.pec.2008.12.006
- Hall, E. 1970. *The Silent Language*. New York: Fawcett Publications.
- Hankonen, N. 2011. Psychosocial processes of health behavior change in a lifestyle intervention. Influences of gender, socioeconomic status and personality. National institute for health and welfare. Helsinki: University print.
- Hirsjärvi, S. & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.painos. Helsinki: Tammi.
- Jain, A. 2005. Treating obesity in individuals and populations. *BMJ* (331) 331, 1387-1390.
doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7529.1387>.
- Jakicic, J. M., Tate, D. F., Lang, W., Davis K. K., Polzien, K., Rickman A. D., Ericson K., Neiberg, R. H. & Finkelstein, E. A. 2012. Effect of a stepped-care intervention approach on weight loss in adults: a randomized clinical trial. *JAMA* 307 (24), 2617-2626.
doi: 10.1001/jama.2012.6866.

- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (25), 244-249.
- Johansson K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M Stolt & R-L Ääri R-L (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, A:2007, 51, 3-9
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 1993. Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 2002. Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina. 2.painos. Tampere: Vastapaino.
- Jolly, K., Lewis, L., Beach, J., Denley, J., Adap, P., Deeks, J., Daley, A. & Aveyard, P. 2011. Comparison of range of commercial or primary care led weight reduction programmes with minimal intervention control for weight loss in obesity: Lighten Up randomised controlled trial. *BMJ*,343:d6500.
doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d6500>.
- Jovanovic, Z., Crncevic-Orlic, Z., Stimac, D., Kokic, S., Persic, V., Rusic, T. & Goll-Baric, S. 2009. Effects of Obesity Reduction on Cardiovascular Risk Factors: Comparison of Individual and Group Treatment – Substudy of the Croatian Healthy Weight Loss Programme. *Coll Antropol*, 33(3):751-757.
- Jyrinki, E. 1977. Kysely ja haastattelu tutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus.
- Kaasalainen, K. 2011. Työikäisten miesten liikunnan terveyden lukutaito – Tietojen, taitojen ja motivaation yhteys liikunta-aktiivisuuteen ja fyysiseen kuntoon. Terveyskasvatuksen pro gradu-työ. Jyväskylän yliopisto.

- Kasila, K. 2011. Terveystoiminta. Teoksessa K. Kunttu, A. Komulainen, K. Makkonen & P. Pynnönen (toim.) Opiskeluterveys. Porvoo: Bookwell Oy, 120-122.
- Kauppila, R. 2006. Vuorovaikutus ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Juva: WS Bookwell.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu: tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveystoiminnassa. Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport, Physical Education and Health 75.
- Khaw, K., Wareham, N., Bingham, S. 2008. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med 2008;5:e12
doi: 10.1371/journal.pmed.0050070.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveystoiminnan mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystoiminnan julkaisuja 2008:1. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 2.painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 70-85.
- KvantiMOTV. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Viitattu 5.6.2013.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#validiteetti>.
- Laatikainen, T., Philbot, B., Hankonen, N., Sippola, R., Dunbar, J., Absetz, P., Reddy, P., Davis-Lameloise, N. & Vartiainen, E. 2012. Predicting changes in lifestyle and clinical outcomes in preventing diabetes: The Greater Green Triangle Diabetes Prevention Project. Preventive medicine
doi:10.1016/j.ypmed.2011.12.015.
- Lappalainen, R. & Koikkalainen, M. 1998. Terveystoiminnasta se on kiinni. Suomen lääkärilehti 53(26), 2851-2854.

- Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2007. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa M. Laine, J. Bamberg & P. Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Yliopistopaino, 9-38.
- Lihavuus. 2013. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 3.12.2013. www.kaypahoito.fi
- Liikunta. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 3.12.2013. www.kaypahoito.fi
- Melanson, K. J., Summers, A., Nguyen, V., Brosnahan, J., Lowndes, J., Angelopoulos, T. J., & Rippe, J. M. 2012. Body composition, dietary composition, and components of metabolic syndrome in overweight and obese adults after a 12-week trial on dietary treatments focused on portion control, energy density, or glycemic index. *Nutrition Journal* (57) 11, 1-9. doi:10.1186/1475-2891-11-57.
- Montaño, D. & Kasprzyk, D. 2002. The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. Teoksessa Glanz, K., Rimer, B. & Lewis, F. Health behavior and health education. Theory research and practice. 3.painos. San Francisco: Jossey-Bass, 67-97.
- Nilsen, V., Bakke, P. & Gallefoss, F. 2011. Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus - results from a randomised, controlled trial. *BMC Public Health*, 11:893.
- Nordic Nutrition recommendations 2012. Summary, principles and use. Part 1. Nordic Council of Ministers. Viitattu 3.12.2013
<http://dx.doi.org/10.6027/Nord2013-009>
- Ogden J. 2007. Health Psychology: A Textbook. 4.painos. Berkshire: McGraw-Hill Education.

- Paul-Ebhohimhen, V. & Avenell, A. 2009. A Systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. *Obesity Facts*, 2: 17-24.
doi: 10.1159/000186144.
- Pietikäinen, S. & Mäntynen, A. 2009. Kurssi kohti diskurssia. Tampere: Vastapaino.
- Pietinen, P., Paturi, M., Reinivuo, M., Tapanainen, H., Korhonen, T., Hirvonen, T., Ovaskainen, M-L., Männistö, S., Vähätalo, L. & Valsta, L. 2008. Finravinto 2007 -tutkimus: Ravintotottumukset ovat kehittyneet enimmäkseen myönteiseen suuntaan. *Suomen Lääkärilehti* 63 (33), 2595–2599.
- Potter, J. & Wetherell, M. 1987. *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behavior.* Lontoo: London Publications.
- Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt. & R-L. Ääri, (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen.* Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, A2007/ 51, 46-57.
- Radcliff, T., Bobroff, L., Lutes, L., Durning, P., Daniels, M., Limacher, M., Janicke, D., Martin, D. & Perri, M. 2012. Comparing Costs of Telephone versus Face-to-Face Extended Care Programs for the Management of Obesity in Rural Settings. *J Acad Nutr Diet* 112 (9), 1363–1373.
- Rimer, B. 2002. Perspectives on intrapersonal theories of health behavior. Teoksessa K. Glanz, B. Rimer & F. Lewis. *Health behavior and health education.* 3.painos. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi.* Tampere: Vastapaino, 424-431.
- Saarela-Kinnunen, M. & Eskola, J. 2010. Tapaus ja tutkimus=tapaustutkimus? Teoksessa J. Aaltola, & R. Valli. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II.* 3.painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 158-169.

- Stephoe, A., Gardner, B. & Wardle, J. 2010. The role of behaviour in health. Teoksessa D. French, A. Kaptein, K. Vedhara, & J. Weinman. (toim.) Health Psychology. Blackwell, 13-32
- Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys (AVTK) 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 15/2013. Tampere
- Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys (AVTK) 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 7/2010. Helsinki
- Suomalaisten ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima.
- Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja, A 51, 58-70.
- TENK. 2012. toinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 22.5.2013. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut.
- Thompson, Audrey. 2010. The relationship among health literacy, self-efficacy, and self-management of individuals with diabetes. ProQuest Dissertations and Theses.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6.painos. Helsinki: Tammi.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3. painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 100-112.

- Vesterinen, V. 2010. Ryhmätoiminnan opas. Mielenterveydenkeskusliitto. Pori: Kehitys Oy.
- Vikstedt, T., Raulio, S., Helakorpi, S., Jallinoja, P. & Prättälä, R. 2012. Työaikainen ruokailu Suomessa 2008-2010. Ruokapalveluiden seurantaraportti 4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 23.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki:Edita.
- Webb, T., Joseph, J., Yardley, L. & Michie, S. 2009. Using the internet to promote health behavior change: A systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *The Journal of Medical Internet Research* 12 (1), e4
- Wilson, D., Johnson, R., Jones, R., Krist, A., Woolf, S. & Flores, S. 2010. Patient weight counseling choices and outcomes following a primary care and community collaborative intervention. *Patient Education and Counseling* 79, 338–343.

LIITTEET

Liite 1. Järjestelmällisen kirjallisuuskatsauksen aineistot.

Tutkimuksen tekijä(t), maa, vuosi	Tarkoitus/tavoite	Aineisto (n, sisäänottokriteerit) aineiston keruu	Intervention kuvaus (kesto, vetäjät, ryhmämuoto, koko)	Keskeiset tulokset
1 Absetz P ym. 2008 Suomi	Selvittää, voidaanko terveydenhuollon normaalissa toiminnassa saavuttaa yhtä hyviä tuloksia kuin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimuksissa, joita edusti suomalainen Diabeteksen ehkäisy tutkimus	N=352 Kaikilla diabeteksen riskitekijä Terveyskeskuksen asiakkaita	Kesto 6kk Määrällinen tutkimus Kuusi sairaanhoitajan vetämää ryhmätapaamista (5 kahden viikon välein ja viimeinen 6kk kuluttua, 2h/krt Mittaukset alussa ja 6kk kuluttua Ryhmien taustalla tavoitteellisen toiminnan malli Ryhmä sisälsi: lyhyitä tietoisuuksia, ryhmäkeskusteluja, käyttäytymisen omaseuranta, tavoiteasettelu ja keinojen etsiminen tavoitteisiin pääsemiseksi. 36 ryhmää Ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti ja kuntien liikuntatoimi apuna	Ravitsemustavoitteissa onnistuttiin hyvin, liikuntatavoitteissa ja laihtumisessa heikommin. Miesten keskimääräinen painonmuutos oli 1,5 kg ja naisten 0,5 kg. Elintapamuutoksissa onnistuneista 83 %:lla glukoosinsieto oli normaali vuoden seurannassa. Vyötärönympäryksen pieneminen (miehillä 2,3cm ja naisilla 1,3 cm)
2 Alahuhta M ym. 2009 Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyyppin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden painonhallintaan liittyvän elintapamuutosvaiheen kehittymistä. Selvitettiin tyyppin 2 diabeetikoiden kuvauksia muutosprosessista	N=74 Tutkimusaineisto kerättiin ensimmäisen ja viimeisen ryhmäohjaustilanteen videonauhailta, joissa tutkittavat kuvasivat painonhallinnan tilannettaan kuvakorttien avulla Keski-ikä oli 49v. BMI:n keskiarvo 33 kg/m ² , dm2 riskistestistä vähintään 15p, ei saanut olla mielenterveysongelmia tai kriisejä eikä WLCD dieetti menossa	Kesto:6kk Vetäjä: Ravitsemusterapeutti 6 lähiryhmää=ohjaaja ja ryhmäläiset samassa tilassa ja 5 etäryhmää= ohjaaja videoneuvottelulaitteiden avulla yhteydessä ryhmäläisiin, jotka olivat oman kuntansa terveyskeskuksen kokoustilassa Ryhmässä 5-9 osallistujaa Ryhmäohjaus sisälsi neljä 1,5-tunnin ohjauksertaa kahden viikon välein ja viidennen kerran noin 6 kuukauden kuluttua	Noin puolet henkilöistä eteni muutosprosessissa puolen vuoden aikana. Toiminta muuttui miettimisestä konkreettiseksi toiminnaksi, kuten liikunnan lisäämiseksi ja ruokailutottumusten muutoksiksi. Konkreettiset elintapamuutokset, tavoitteiden asettaminen ja voimavarat, toivon säilyminen ja positiivisuus olivat ominaisia elintapamuutoksen tehneille. Elintapamuutosvaiheessa edistyneiden miesten ja naisten kuvauksista löytyi yhteisiä piirteitä. Painonhallintaan liittyvät voimavarat korostuivat molemmilla sekä ohjausprosessin alussa että lopussa.
3 Cagnon C ym.2011 Kanada	Vertailla kahden elämäntapamuutosohjelman kustannuksia ja tehokkuutta diabetekseen sairastumisriskin omaavilla henkilöillä.	N=41, BMI yli 27 kg/m ² , kohonnut riski 2 tyyppin diabetekseen Alku- ja loppumittaukset, joissa mitattiin metaboliaan liittyviä asioita. Ruokapäiväkirja ja liikunta-aktiivisuuspäiväkirja kolmelta päivältä.	Kesto 1v. Vetäjät: sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, sisätautilääkäri Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään: toinen ryhmä sai sekä yksilö- että ryhmäneuvontaa (n=17), toinen ryhmä pelkästään ryhmäneuvontaa (n=24). Yksilöinterventio: Osallistujille määritettiin henkilökohtaiset painonpudotustavoitteet intervention alussa (6-12 kk aikana yleensä n.5-10% alkupainosta). Tapaaminen 6kk välein klinikalla hoitajan, ravitsemusterapeutin ja sisätautilääkäri kanssa (a 15 min). Lisäksi 25 ryhmäseminaaria (a 45 min), jotka käsitelivät liikuntaa, ravitsemusta, elintapojen muuttamista ja yleistietoa diabeteksestä. Tarjolla oli myös yksilöneuvontaa psykologin tai liikuntaneuvojan kanssa, mutta alle 10% osallistujista hyödynsi sen. Ryhmäinterventio: Joka toinen viikko ryhmäseminaari, 25 tapaamista	Osallistuminen ryhmäseminaareihin vähäistä, osallistumisaste yksilöinterventiossa 44,0 ja ryhmäinterventiossa 50,5. Yksilöryhmässä painonpudotus oli suurempaa. Lisäksi metaboliset tulokset muuttuivat yksilöinterventiossa parempaan suuntaan, ryhmäinterventiossa muutosta ei tapahtunut. Ryhmäneuvonta ei ollut yksistään riittävää, vaan tarvitaan myös matalakustanteista yksilöneuvontaa yhdistettynä ryhmäseminaareihin, jotta saavutetaan merkittävämpiä tuloksia.
4 Carels R ym. 2012 Yhdysvallat	Selvittää itsehoidon ja portaistetun tuen vaikutusta painonpudotukseen	N=53 BMI yli 27kg/m ² Osallistujat raportoivat itse ruokailuistaan ja fyysisestä aktiivisuudestaan, painomittaus 6., 12. ja 18.viikon jälkeen	Kesto 18 viikkoa Painonpudotusohjelma, kontrollit 6, 12 ja 18 viikolla. Jos asetettuja tavoitteita (aluksi 2,5 % omasta painosta pudotettu) ei saavutettu tietyssä ajassa, osallistuja siirrettiin tuetumpaan interventioon (ensiksi itseavun lisäksi annettiin yksilöohjausta, sitten ryhmäohjausta ym.)8-15 hlö/ryhmä	Niillä osallistujilla, joilla oli ongelmia painonpudotustavoitteen saavuttamisessa ensimmäisen vaiheen aikana, oli ongelmia koko intervention ajan. Ne, jotka saivat eniten tukea painonpudotuksessa (henk.koht neuvonta, ryhmäohjaus, itsehoito), laihtuivat prosentuaalisesti vähiten (1,6%) kun taas pelkällä itsehoidolla laihdutettiin

			Tapaamiset viikoittain	keskimäärin 8,6%.
5 Corsino L.y.m.2012 Pohjois-Carolina	Testata kulttuurillisesti mukautettua painonpudotusinterventiota	n=56 Osallistujat lihavia tai ylipainoisia: BMI yli 25kg/m ² , espanjankielisiä yli 18-vuotiaita Alku- ja loppumittaukset, joissa mitattiin paino (joka kerralla), BMI, verenpaine, elämäntapamuutokset.	Kesto 20 viikkoa (joka viikko yksi ryhmäneuvontatapaaminen kaikille osallistujille, a 90-120 minuuttia). Ryhmänohjaajana ravitsemusterapeutti. Ryhmäkoko n.26 hlöä Tapaamiset olivat interaktiivisia, sisälsivät myös motivoivaa haastattelua. Keskittyivät pääasiassa ravitsemukseen. Joka viikko osallistujat asettivat itselleen uuden pienen tavoitteen.	Painossa tapahtui keskimäärin n.2,5 kilon muutos intervention aikana. Elämäntavoissa ei merkittävää muutosta (esim.hedelmien käyttö) joskin lihan käyttö väheni.
6 Jakic JM ym.2012 Yhdysvallat	Tarkoituksena on tutkia johtaako porrastettu painonhallinta vai normaali käyttäytymispainonpudotusohjelma parempaan painonpudotukseen	N=363 18-55-vuotiaita Kaikki ylipainoisia tai lihavia, miehiä ja naisia Mittaukset	RCT-tutkimus Kesto 18 kuukautta Vähäkalorinen dieetti Ryhmissä fyysistä aktiivisuutta, tietoisuutta, ryhmäohjausta viikoittain vuoden ajan ja kuukausittain siitä eteenpäin Kaksi ryhmää, joissa toisessa ohjelmaa vaihdettiin 3kuukauden välein	Painonpudotus n.7kg Kustannustehokkaampaa kuin perinteinen neuvonta Syke ja RR laskeneet Vy ja rasvaprosentti pienentyneet
7 Jolly K ym 2011 Iso-Britannia	Arvioida erilaisia painonpudotusohjelmia	n=740 Ylipainoisia tai lihavia monisairaita henkilöitä. 1.tapaamiskerralla mitattiin pituus ja paino, kyselyllä liikunta-aktiivisuus ja painonpudotuslääkkeiden käyttö. Loppumittaukset	RCT-tutkimus Kesto 12 viikkoa Mukana 8 eri painonpudotusinterventiota. Osallistujat jaettiin ryhmiin satunnaisesti. Poikkeava ryhmä: osallistujat saivat itse valita, mihin kuudesta ryhmästä haluavat osallistua. Lisäksi yksi ryhmistä oli vertailuryhmä, jossa osallistujille jaettiin kuponkeja, jotka oikeuttivat ilmaiseen kuntoiluun kuntokeskuksessa. Perusterveydenhuollon ryhmä ei saanut ryhmäohjausta, ainoastaan kahdenkeskistä neuvontaa lääkärin kanssa.	Kaikissa painonhallintaohjelmissa saavutettiin merkittäviä painonpudotustuloksia 12 viikon aikana, mutta kahdessa kaupallisessa ohjelmassa merkittävästi parempia tuloksia kuin vertailuryhmässä. Tämä päti niin 12. kuin 52. viikon kohdalla. Kaupallisissa interventioissa oli parempi osallistumisprosentti kuin terveydenhuollon interventioissa. Paras osallistumisprosentti oli ryhmässä, jossa myös painonpudotus oli suurinta.
8 Jovanovic Z ym. 2009 Kroatia	Vertailla intensiivisen ryhmä- ja yksilömuotoisen painonpudotusohjelman vaikutuksia painoon sekä sydän-ja verisuonisairauksien riskitekijöihin	n=476 BMI yli 28 kg/m ² Ylipaino yhdistettynä verisuonisairauksien riskitekijöihin (kolesteroli, verenpaine, glukoosi) Joka 3. ja 6. kuukausi mitattiin paino, BMI, verenpaine, verensokeri, kolesteroli	Kesto 6 kuukautta Osallistujat jaettiin joko ryhmä (n=243) – tai yksilöneuvontaan (n=233). Interventioon kuului neuvontaa, vähärasvainen dieetti, lääketieteellistä hoitoa (orlistat), psykologin neuvontaa sekä liikuntaa. Ryhmäinterventiossa osallistujat jaettiin n.10 hlön ryhmiin, jotka kokoontuivat joka 4.viikko, 2h/kr. Kerroilla oli eri aiheet, mutta myös vapaalle keskustelulle oli jätetty tilaa, erityishuomiota annettiin aiemmille epäonnistuneille painonpudotusyriyksille. Tutkimuksen toteuttajat olivat suunnitelleet ryhmäkerrat. Ryhmäläiset saivat tuoda kerroille mukaan myös ystävän tai perheenjäsenen. Ryhmäkerroilla oli mukana psykologi, lääkäri, ravitsemusterapeutti, perhelääkäri ja urheilulääketieteeseen erikoistunut asiantuntija. Yksilöinterventiossa kokoontumisia oli kerran kuussa lääkärin kanssa. Molemmissa ryhmissä noudatettiin intervention ajan vähärasvaista dieettiä ja pidettiin syömisistään ruokapäiväkirjaa.	Vähennemistä tapahtui molemmissa ryhmissä, mutta ryhmäneuvonta –ryhmässä pudotus oli suurempi kaikissa arviointiluokissa.
9 Melanson KJ ym. 2012 Yhdysvallat	Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla kolmen eri dieettiryhmän vaikutuksia painonpudotukseen, kehon rasvakoostumukseen, metabolisiin riskitekijöihin ja ruokavali-ion koostumukseen	N= 157 Naisia ja miehiä 25-55 vuotiaita, joiden painoindeksi oli 27-35, ei perussairauksia tai laihdutuslääkkeitä Alkumittaukset: Paino, BMI, rasvaprosentti, kylläisyydesti, laboratoriokeet, verenpaine	RCT-tutkimus Kesto 12 viikkoa n. tunnin kerrallaan viikon välein Kolme ryhmää (pienen energiatihedyyden ryhmä, matalan glykeemisen indeksin ryhmä, kontrolloitujen annosten ryhmä) Ryhmä ja yksilöohjausta Ravitsemusterapeutin pitämä, osana painonvartioiden ohjelmaa Ryhmien sisältönä oli painonhallinnasta puhuminen, sosiaalinen tuki, keskustelut ja luennot Ryhmäkoko ei mainittu	Jokaisessa ryhmässä muutoksia painossa (3,7-4,4kg), BMI (-1-1.3)kehon rasvaprosentissa (2,6-3,8%), vyötärönympäryksen pieneni (2,8-4cm), parantuneet laboratoriotulokset (sokeri, kolesterolit), energian saannin väheneminen, rasvan käytön väheneminen ja proteiinin käytön lisääminen , energiatiheys ei muuttunut tutkimuksen aikana, nälkä eikä kylläisyys tutkimuksen arvot muuttuneet tutkimuksen aikana merkittävästi

10 Nilsen V ym. 2011 Norja	Tutkia lääkärin vetämän matalaintensiteettisen yksilöllisen elämäntapaintervention vaikutuksia ja verrata niitä saman lääkärin vetämään ryhmä-muotoiseen interventioon	n=213 Yksilöinterventiossa n=104 ryhmämuotoisessa interventiossa n=109 keskiarvoikä 46 v, keskiarvo BMI=37 kg/m2 Henkilöillä suuri diabetes-riski. Jokaisella lääkärin käynnillä mitattiin verenpaine, paastoverensokeri, vy, paino, pituus	RCT-tutkimus Kesto 18 kuukautta Kaksi eri ryhmää: yksilöneuvontaryhmässä puolen vuoden välein (6kk, 12kk, 18kk) käynti lääkärin luona. Tapaamisessa hyödynnettiin motivoivaa haastattelua. Toinen ryhmä oli sama yksilöneuvontaryhmä, mutta ryhmälle tarjottiin myös ryhmäneuvontaa (alle 10 hlön ryhmissä) aluksi kuuden viikon ajan 1pvä/vko. 12 viikon jälkeen uusi kontrolli. Ryhmätapaamisten aiheina oli mm. ravitsemustieto, elämäntapamuutos ja elintapojen muuttaminen, riskitilanteet, selviytymiskeinot, fyysinen harjoittelu. Ryhmää ohjasivat ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, ergonomi, sairaanhoitaja ja lääkäri.	Elämäntapamuutos, joka heijastui painon putoamiseen (n.35% saavutti 5% painonpudotuksen yksilöryhmässä, 28% yksilö+ryhmäinterventiossa), maksimihapenottokyvyn kasvuun sekä ruokailutottumusten muutokseen. Interventioiden loppuessa reilu kolmannes osallistujista oli parantanut hapenottokykyään yhden ”pykälän”. Myös painonpudotus onnistui molemmissa ryhmissä. Ryhmäseminaareista ei kuitenkaan ollut merkittävää hyötyä yksilöneuvontaan verrattuna.
11 Radcliff T ym. 2012 Yhdysvallat	Kuvailla ja vertailla kustannuksia ja kustannustehokkuutta erilaisten elämäntapainterventioiden osalta	n=215 Yli 50-vuotiaita naisia maaseudulta, jotka olivat käyneet alustavan 6kk mittaisen elämäntapaohjelman.	RCT-tutkimus Kesto 12 kuukautta Osallistujajoukko jaettiin 3 ryhmään: puhelinneuvontaryhmä (n=67), ryhmäneuvontaa (n=74), sähköposti/kontrolliryhmä (n=74). Ryhmäneuvonnassa ryhmäkoko oli suunnilleen 13 hlöä. Neuvontaa (puhelin, ryhmä, sähköposti) annettiin 26 krt, kahdesti viikossa. Puhelinneuvontatuokiot kestivät n.15-20min, ryhmä 1h) Ryhmät saivat laajennettua seuranta ohjelman jälkeen vielä 12 kuukautta. Lisäneuvontaa annettiin joko puhelimitse, ryhmätilaisuuksissa tai sähkö-postilla.	83 % osallistujista saavutti vähintään 5% painonpudotuksen 6kk alustavan elämäntapaintervention avulla. Ryhmäneuvontaan osallistuneille henkilöille kertyi 12 kk seurannan aikana vähiten kiloja takaisin (1,7kg). Puhelinneuvontaa saaneille kiloja kertyi keskimäärin 2,1 kg ja vertailuryhmälle 3.1 kg.
12 Wilson D ym. 2010 Yhdysvallat	Testata klinikalla toteutettua perusteellista tukea tarjoavaa interventiota	n=146 keskiarvoikä 57v Aineisto kerättiin kahdella kyselylomakemittauksella, jotka osallistajat täyttivät itsenäisesti 2 viikon jälkeen sekä intervention loppuessa. Kyselyssä kysyttiin mm.hedelmien käyttöä sekä liikuntatottumuksia.	Kesto 4 kuukautta Osallistujajoukko etsittiin perusterveydenhuollosta eLink -systeemin avulla. Osallistujat saivat valita kolmesta eri interventioryhmästä yhden. Ryhmät saivat neuvontaa eri menetelmillä: ryhmäneuvontaa (n=83), tavallista hoitoa (n=39) tai puhelinneuvontaa (n=24). Ryhmäneuvonta-interventio oli suosituin. Tapaamisten tiheydestä ei mainintaa	Ryhmäneuvonta- ja puhelinneuvointainterventioilla saavutettiin merkittäviä tuloksia (ryhmäneuvonnan avulla keskimäärin 3,5kg, puhelinneuvontaryhmässä 2kg), mutta tavallisen hoidon ryhmässä vain pieniä, ei merkittäviä tuloksia. Puhelinneuvonnalla näytti olevan samanlaisia vaikutuksia kuin kasvokkain tapahtuvalla neuvonnalla. Huom! Motivoituneimmat saattoivat valita ryhmäneuvonnan, mikä selittää parhaimmat tulokset.
13 Deakin ym. 2009 Iso-Britannia	Tutkia ja vertailla ryhmäohjauksen ja tavallisen hoidon vaikutusta diabetes-potilaiden laboratoriotuloksiin sekä elämäntapoihin	n=1532 Mukana 11 tutkimusta. Osallistujamäärät vaihtelivat 36-314 osallistujan välillä. Keski-ikä vaihteli 51-65-vuoden välillä. Osallistujat olivat diabetesta sairastavia henkilöitä. Mittaukset ja kyselyt diabetes-tiedoista.	Meta-analyysi. Tutkimusten kesto väh.6kk. Tapaamisia tuli olla vähintään yksi. Tapaamisten lukumäärä vaihteli 3h/vuosi-52h/vuosi. Vähintään 6 osallistujaa/ryhmä. Ryhmiä pitivät terveysalan ammattilaiset.	Ryhmämuotoisella hoidolla saavutettiin positiivisia tuloksia. Kliiniset testit olivat parantuneet (esim.verensokeri). Painonpudotus oli keskimäärin vuoden aikana 1,6 kg. Jokaista viittä osallistujaa kohden yksi ryhmäterapiaan osallistuja saattoi jättää lääkkeet pois intervention kuluessa. Myös osallistujien diabetes-tietoisuus kasvoi.
14 Duke S ym. 2009 Australia	Vertailla yksilöohjauksen vaikutusta diabetespotilailla sekä tavalliseen hoitoon että ryhmäohjaukseen nähden	n=1359 (ryhmäohjauksessa mukana 361) Mukana 9 tutkimusta, joista kolmessa vertailtiin yksilö- ja ryhmäohjausta.	Meta-analyysi. Tutkimusten kesto väh.6kk., tuntimäärät vaihtelivat 1-5 tunnin kokonaiskeston välillä.	Merkittäviä eroja ei havaittu yksilö- ja ryhmäohjauksen välillä metabolisissa tekijöissä eikä myöskään painoindeksissä. Muita tekijöitä ei voitu vertailla (koherenssin tunne, itsemääräytyvyys, tiedon lisääntyminen), koska tutkimuksia oli vähän ja kyseisiä asioita oli niissä mitattu hyvin eri tavoin.

Liite 2. Ryhmähaastattelun runko

RYHMÄHAASTATTELU

1. ALOITUS (Kerrotaan tutkimuksesta ja gradusta syönnin lomassa)
 - Nimi, miltä tuntui tulla haastatteluun?
 - Toivotaan, että jokainen uskaltaa puhua
2. RYHMÄÄN TULEMINEN
 - Mikä sai teidät osallistumaan tähän ryhmäohjaukseen?
 - Miltä tuntui tulla ryhmään?
 - Millaisia odotuksia teillä oli ryhmään tullessa?
3. TAVOITTEET
 - Millaisia tavoitteita teillä oli?
 - Palattiinko tavoitteisiin myöhemmin tai muutettiin niitä?
 - Kertokaa, mitkä asiat vaikuttivat tavoitteiden saavuttamiseen? (Esim. lomat, vuodenajat, ryhmän tuki, perhe) Miten tukea käytännössä annettiin?
4. RYHMÄN TOIMINTA
 - Kuvaile vähän kertoja: mitä yleensä tapahtui?
 - Vastasiko ryhmä odotuksianne?
 - Mikä oli parasta tai mieleenpainuvinta ryhmässä? Mikä taas ei innostanut niin paljon?
 - Minkälaisia asioita opitte ryhmän aikana? (Esim. elintarvikkeista tai itsestänne, ryhmätoiminnasta)
 - Millaista hyötyä ryhmästä oli? Konkreettisia asioita, esim. askelmittarien/ruokapäiväkirjan vaikutus
5. OHJAAJA
 - Miten kuvailisitte ohjaajaanne? Esim. adjektiivein, yksittäisillä sanoilla.
 - Miettikää ohjaajan toimintaa ryhmässä-> saitteko palautetta häneltä, millaista? Entä saitteko palautetta muilta(ryhmä/perhe), miten ohjaaja kannusti teitä? Oliko tukena?
 - Millainen olo ohjauksesta jäi? Oliko riittävää, olisitteko kaivanneet jotain lisää?
6. HYVÄ OHJAAJA JA RYHMÄ
 - Kuvaile, millainen on hyvä ryhmä, millainen hyvä ohjaaja
7. TULEVAISUUS
 - Kuinka aiotte ylläpitää muutoksia ryhmäohjauksen loppuessa? Koetteko pystyväne siihen?
 - Koetteko, että ryhmän jatkuminen olisi tarpeellista? Mitä jatkokerrat olisivat voineet sisältää?
8. VAPAA SANA
 - Kehitys- ja parannusehdotuksia ryhmäohjaukseen/ryhmän toimintaa koskien (aika, kesto, sisältö)

Liite 3. Näyte sisällönanalyysistä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
R1: Mut sit se, että niinku O:lla oli siis semmonen, että hän ei niinku lässä- ei laittanu sillee, polkenu,	Ryhmäohjaaja arvosti ryhmäläisiä	Ryhmäohjaajan kuvaus	Oman elämäntapa-ryhmän kuvaus
R1: että vaikka niinko on tällanen kun on niin tuli semmonen tunne niinko, mähän oon ihan sama, mähän oon yhtä hyvä siinä jengissä ko nuo muutki, et vaikka mulla on se viiskyt kilo el- ylipainoo nii, että hän ei niinku silleen, mitenkö niinku alentanu ja halveksinu tai muuta.	Ryhmäohjaaja oli hienotunteinen		
R4: Nii ja aina että löytää sen asian hyvän puolen, et vaikka niinku onki tapahtunu nii, et sen kesän aikana, että että tuota, ei niinku mennykää niinku oli suunnitellu, ei menny ihan Strömsöössä, nii sitte kuitenkin aina niinku löyty se positiivine puoli, et sähän oot VIELÄ siellä miinuksen puolella, nii.niinku siitä lähtötilanteesta.	Ryhmäohjaaja keskittyi positiivisten asioiden löytämiseen		
R2: Sitteen, musta on semmonen hyvin kokonaisvaltanen ihmiskäsitys ja sillä tavalla positiivinen ja sit sitä, et ihminen on nii monesta asiasta, niinku tähän tämöseen motivoitumiseen vaikuttaa niin monta asiaa, et silleen niinkö aaa- se katselukanta on hyvin laa- laaja-alane, mikä must on hyvä, että ei tuijoteta pelkkää ruokaa ja pelkkää liikuntaa, ettäh. Ihmisses on nii monta puolta.	Ryhmäohjaaja huomioi ihmisen kokonaisuutena		
R4: Pirteä niin. (puhuu ryhmäohjaajasta)	Ryhmäohjaaja oli pirteä		
R1?: Kannustava. Tosi kannustava.	Ryhmäohjaaja oli kannustava.		
R3: Määrätietonen, rauhallisen määrätietonen kuitenkin, et semmonen tietty, koko ajan siin on semmonen tukija mukana	Ryhmäohjaaja oli luottamusta herättävä		
R2: ja sit semmone kannustava että tota vaikka ei aina kaikki niin hyvin mennykää niin sit löyty aina jotain hyvääkin siitä sit kuitenkin..	Ryhmäohjaaja ei takertunut epäonnistumisiin		
R2: sit se oli aika kiva ku tota kumminki siinä ryhmässä kysyttiin alussa niinku kuulumiset miten sulla on mennyt ja mitä sää oot tehnyt ja miltä susta tuntuu ja ja näin eli se että tota	Ryhmäohjaaja huomioi jokaisen ryhmäläisen henkilökohtaisesti		

Liite 4. Yhteenveto puhetyypeistä.

Teema	Ohjaajan puhetyypit	Ryhmäläisten puhetyypit
Ohjeistaminen	Ohjauspuhe Osallistamispuhe	Ilmapiiirin kevennyspuhe Kiinnostuspuhe
Tavoitekeskustelut	Motivaation herättelypuhe Kartoituspuhe Kannustuspuhe	Ilmapiiirin kevennyspuhe Kiinnostuspuhe Osallistamispuhe Selittelypuhe Onnistumispuhe Haastepuhe Pettymyspuhe
Ravitsemuskeskustelut	Osallistamispuhe Ohjauspuhe Asiantuntijapuhe	Reflektointipuhe Kiinnostuspuhe Varmistelupuhe Asiantuntijapuhe Selittelypuhe
Toimintakeskustelut	Ohjauspuhe Osallistamispuhe Kommentointipuhe	Varmistelupuhe Ilmapiiirin kevennyspuhe Reflektointipuhe Kommentointipuhe

Liite 5. Kyselylomake

Nimi: _____

Pvä: _____

Missä määrin seuraavat väittämät vastaavat mielipidettänne tai käyttäytymistänne? Valitkaa jokaisen väittämän kohdalta yksi mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto ympyröimällä sitä vastaava numero (1-5).

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Minulla on riittävästi tietoa ravitsemusasioista	1	2	3	4	5
Tiedän, millainen ruoka on terveellistä	1	2	3	4	5
Tiedän, mistä saan tietoa ravitsemuksesta	1	2	3	4	5
Pidän ruoan terveellisyyttä tärkeänä	1	2	3	4	5
Terveellinen ruoka on kallista	1	2	3	4	5
Terveellinen ruoka on työlästä valmistaa	1	2	3	4	5
Terveellinen ruoka on mautonta	1	2	3	4	5
Minulla on hyvät mahdollisuudet syödä terveellisesti	1	2	3	4	5
Luen elintarvikkeiden ravintosisältöjä	1	2	3	4	5
Etsin ravitsemukseen liittyvää tietoa (esim. lehdistä, Internetistä, terveystietosalan ammattilaisilta)	1	2	3	4	5
Ruoan hinta vaikuttaa ostopäätöksiini	1	2	3	4	5
Elintarvikkeiden ravintosisällöt vaikuttavat ostopäätöksiini	1	2	3	4	5
Suunnittelen ruokaostokseni useimmiten etukäteen	1	2	3	4	5
Osaan valmistaa terveellistä ruokaa	1	2	3	4	5
Pystyn syömään terveellisesti ollessani väsynyt	1	2	3	4	5
Pystyn syömään terveellisesti ollessani huonolla tuulella	1	2	3	4	5
Pystyn syömään terveellisesti ollessani kiireinen	1	2	3	4	5
Läheistenieni mielestä on tärkeää, että syön terveellisesti	1	2	3	4	5
Tuen lähipiirini ihmisiä syömään terveellisesti	1	2	3	4	5
Uskon, että syömällä terveellisesti voin vaikuttaa läheistenieni ruokailutottumuksiin	1	2	3	4	5
Pystyn syömään terveellisesti, vaikka ihmiset ympärilläni eivät pitäisi sitä tärkeänä	1	2	3	4	5

Liite 6. Ryhmähaastattelun tiedote



14.9.2012

RYHMÄHAASTATTELUTIEDOTE

TUTKIMUS Toiminnallisen ryhmäohjauksmallin vaikuttavuus sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin

Olette lupautuneet mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan toiminnallisen ryhmäohjauksmallin vaikutusta sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin mm; verenpaineeseen, verenrasva-arvoihin, verensokeriin, painoon ja liikunta-aktiivisuuteen. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään ryhmäohjauksmallin toimivuutta perusterveydenhuollossa ja arvioidaan ryhmäohjaajien taitojen kehittymistä. Tutkimus tuottaa uusia mahdollisia toimintatapoja perusterveydenhuollon ryhmäohjauksen toteuttamiseen terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin yhteistyönä olemassa olevia resursseja hyödyntäen.

Lisäksi olette antaneet suostumuksen ryhmässä tapahtuvaan haastatteluun. Haastattelu tulee käsittelemään kokemuksianne Elämäntaparyhmässä toteutetun ryhmäohjauksen sisällöstä, menetelmistä, aikatauluista ja riittävydestä sekä terveystottumusmuutosten tekeminen ryhmäohjauksen aikana ja muutosten ylläpitäminen tulevaisuudessa. Kokemukset ryhmästä (ryhmädynamiikka, ilmapiiri, vertaistuki, ohjaajan rooli). Lisäksi haastattelussa kerätään taustatietoja (ikä, koulutustausta, perhetilanne ja asumismuoto).

Haastattelutilanne nauhoitetaan ja saatua tietoa käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan niin, ettei yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustuloksista valmistuu yliopistotasoisia opinnäytetöitä, väitöskirjoja ja siitä kirjoitetaan tieteellisiä artikkeleita. Haastattelutiedostoja säilytetään tutkijan huoneessa lukollisessa kaapissa tutkimuksen ajan, jonka jälkeen ne hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla. Haastatteluun osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimuksesta vastaa liikuntakoordinaattori _____ Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueellinen tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon. Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Liite 7. Ryhmähaastattelun suostumuslomake



14.9.2012

SUOSTUMUS RYHMÄHAASTATTELUUN

TUTKIMUS Toiminnallisen ryhmäohjauksellisen vaikuttavuus sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin

Minua _____ (tutkittavan nimi) on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen liittyvään ryhmähaastatteluun. Haastattelu tulee käsittelemään kokemuksiani Elämäntaparyhmästä.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tiedotteen ryhmähaastattelusta. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen haastattelusta ja sen yhteydessä suoritettavasta nauhoituksesta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi _____ / / 20__ Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani ryhmähaastatteluun. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta. Tiedän että ryhmähaastattelu tullaan nauhoittamaan. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan haastatteluun.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni tai keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän ryhmähaastatteluun, sen nauhoittamiseen ja suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi.

Haastateltavan nimi _____ Haastateltavan syntymäaika _____ Haastateltavan osoite _____

Päivämäärä _____ Allekirjoitus _____

Suostumus vastaanotettu

Päivämäärä _____ Allekirjoitus _____

Liite 8. Tiedote toiminnallisen ryhmäohjauksen tallentamisesta



14.9.2012

RYHMÄTILANTEEN ÄÄNITYSTIEDOTE

TUTKIMUS Toiminnallisen ryhmäohjauksen vaikuttavuus sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin

Olette lupautuneet mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan toiminnallisen ryhmäohjauksen vaikutusta sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin mm; verenpaineeseen, verenrasva-arvoihin, verensokeriin, painoon ja liikunta-aktiivisuuteen. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään ryhmäohjauksen toimivuutta perusterveydenhuollossa ja arvioidaan ryhmäohjaajien taitojen kehittymistä. Tutkimus tuottaa uusia mahdollisia toimintatapoja perusterveydenhuollon ryhmäohjauksen toteuttamiseen terveyskeskusten ja sairaanhoitopiiriin yhteistyönä olemassa olevia resursseja hyödyntäen..

Tietoa ryhmän vuorovaikutuksesta ja ryhmäkeskusteluista kerätään tallentamalla yhden ryhmätapaamisen keskustelut sekä haastattelemalla ryhmään osallistuvia henkilöitä. Ryhmän kokoontumiskerta äänitetään ja saatua tietoa käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan niin, ettei yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustuloksista valmistuu yliopistotasoisia opinnäytetöitä, väitöskirjoja ja siitä kirjoitetaan tieteellisiä artikkeleita. haastattelutiedostoja säilytetään tutkijan huoneessa lukollisessa kaapissa tutkimuksen ajan, jonka jälkeen ne hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla. Haastatteluun osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Haastattelutiedostoja säilytetään tutkijan huoneessa lukollisessa kaapissa tutkimuksen ajan, jonka jälkeen ne hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla. Haastatteluun osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimuksesta vastaa liikuntakoordinaattori Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueellinen tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon. Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Liite 9. Suostumuslomake toiminnallisen ryhmäohjauksen tallentamiseen.



14.9.2012

SUOSTUMUS RYHMÄTILANTEEN ÄÄNITYKSEEN

TUTKIMUS Toiminnallisen ryhmäohjauksellisen vaikuttavuus sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöihin

Minua _____ (tutkittavan nimi) on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen liittyvään ryhmäkokoontumisen taltiointiin äänittämällä. Äänitystilanne ei vaikuta sen kokoontumisen etenemiseen tai asioiden käsittelyyn.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tiedotteen ryhmäkokoontumisen äänityksestä. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen äänittämisestä ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi _____ / / 20__ Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani ryhmätalanteen taltiointiin. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan taltiointiin.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni tai keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta eikä peruutukseni vaikuta kohteluuni tai saamaani hoitoon millään tavalla. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani annan vapaaehtoisesti luvan Elämäntaparyhmän kokoontumisen taltiointiin äänittämällä.

Ryhmäläisen nimi Ryhmäläisen syntymäaika Ryhmäläisen osoite

Päivämäärä Allekirjoitus

Suostumus vastaanotettu

Päivämäärä Allekirjoitus