

**PAINONHALLINTARYHMÄLÄISTEN KOKEMUKSIA ELINTAPAMUUTOSTEN
VAIKEUKSISTA JA NIISTÄ SELVIYTYMISESTÄ**

”Ole itsellesi armollinen. Mulle se oli just se koko homman idea”

Hanna Minkkinen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Syksy 2015

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän Yliopisto

TIIVISTELMÄ

Hanna Minkkinen (2015), Painonhallintaryhmäläisten kokemuksia elintapamuutosten vaikeuksista ja niistä selviytymisestä: ”Ole itsellesi armollinen. Mulle se oli just se koko homman idea”. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 86 s., 6 liitettä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Turun terveydenhuollon ja liikuntatoimen toteuttamiin painonhallintaryhmiin osallistuneiden ylipainoisten (BMI \geq 30) työikäisten henkilöiden subjektiivisia kokemuksia sekä suhtautumista painonhallintaan ja elintapamuutokseen. Tavoitteena oli kuvata painonhallinnassa esiintyneitä vaikeuksia ja keinoja niistä selviytymiseen. Lisäksi selvitettiin ryhmän merkitystä painonhallinnan onnistumisessa.

Tutkimus toteutettiin laadullisena. Aineistonkeruun menetelmänä oli avoin teemahaastattelu ja analyysimenetelmänä sisällönanalyysi. Haastattelut tehtiin joulukuussa 2013 Turun terveysasemalla. Tutkimukseen osallistui kahdeksan henkilöä, jotka olivat osallistuneet Pieni Päätös Päivässä (PPP) -mallia soveltavaan painonhallintaryhmään. PPP on kuuden terveysalan järjestön yhteinen sekä Raha-automaattiyhdistyksen tukema hanke, jossa painotetaan itselle mahdollisia ja pieniä tekoja oman hyvinvoinnin eteen.

Tämän tutkimuksen perusteella painonhallinnassa ja elintapojen muutoksessa oli vaikeuksia hyvin järjestetystä ryhmätoiminnasta huolimatta. Vaikeudet liittyivät voimavarojen riittämättömyyteen, heikkoon elämänhallintakykyyn sekä haastaviin ulkoisiin tekijöihin. Toisaalta vahvistuneet voimavarat ja elämänhallintakyky sekä mahdollistavat ulkoiset tekijät auttoivat vaikeuksista selviytymisessä. Sosiaalisella tuella oli oleellinen rooli painonhallinnan onnistumisessa.

Merkittävimmäksi selviytymistekijäksi nousi painonhallintaryhmä, jonka avulla haasteiden ja vaikeuksien kohtaaminen helpottui. Ryhmän merkitys kasvoi, jos läheisten tuki koettiin riittämättömäksi. Ryhmäohjaus voimaannutti osallistujia kasvattamalla voimavaroja ja kehittämällä kognitiivisia tekijöitä. Minäpystyvyyden ja motivaation vahvistuminen, tietojen ja taitojen kehittyminen, asioiden sisäistäminen sekä muuttunut ajattelu ja suhtautuminen näkyivät itsesäätelytaitojen ja elämänhallinnan paranemisena. Se lisäsi muutosaktiivisuutta ja omatoimisuutta johtaen uusien elintapojen omaksumiseen sekä sitoutuneempaan painonhallintaan. Myös vahva ryhmäkoheesio edisti painonhallintaa. Yhteenkuuluvuuden tunne, kokemusten jakaminen, ryhmästä saatu vertaistuki ja hyvä, avoin ja luotettava ilmapiiri sekä toisaalta kilpailuasetelmaa lisäävä sosiaalinen ryhmäpaine koettiin tärkeäksi, joten ne tulee huomioida ohjauksessa. Oleellisia tekijöitä olivat myös ohjauksen monipuolisuus, informatiivisuus, psykologinen joustavuus, tavoitteellisuus, yksilön autonomian tukeminen ja pienet realistiset päätökset. Ohjausideologiaan olisi hyvä ottaa mukaan tietoisuutta lisäävän ja omia arvoja painottavan hyväksymis- ja omistautumisterapian piirteitä. Myös ryhmätoiminnan jatkuvuus tulisi huomioida, sillä jatkotapaamisista ja -seuranta kaivattiin.

Ryhmämuotoisen painonhallinnan tutkiminen on tärkeää, jotta lihavat ihmiset saisivat tukea ja keinoja painonhallintaan ja elintapamuutokseen. Tätä tutkimustietoa voi hyödyntää, kun halutaan luoda toimivampia painonhallintaryhmiä ja -toimintaa. Kunnat ja muut eri tahot, jotka suunnittelevat ja toteuttavat ryhmämuotoista elintapaohjausta samankaltaisesti, saavat keinoja ryhmän järjestämiseen ja ohjauksen parantamiseen. Ryhmämuotoista painonhallintaa pitää kuitenkin edelleen tutkia ryhmätoiminnan ja painonhallinnan kehittämiseksi. Etenkin psykologista joustavuutta painottava ryhmäohjaus sekä ryhmäkoheesio ja -dynamiikan merkitys painonhallinnassa ovat kiinnostavia tutkimusaiheita.

Avainsanat: Painonhallinta, elintapaohjaus, ryhmäohjaus, ryhmäkoheesio, sosiaalinen tuki

ABSTRACT

Hanna Minkkinen (2015). Difficulties in coping with lifestyle changes based on the experiences of weight management groups' participants: "Be merciful to yourself. To me that was the whole idea." Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 86 pp., 6 appendices.

The purpose of this study was to examine the subjective experiences and attitudes towards weight management and lifestyle change of working aged overweight ($BMI \geq 30$) participants of weight management groups executed in Turku. The objective was to describe the factors that prevent weight control and the means to avoid or overcome difficulties. In addition, the significance of the group in succeeding in weight management was studied.

The study was qualitative. Open theme interview served as the method of research and content analysis as the method of analysis. Interviews were carried out in December 2013 in a health care center in Turku. Eight people who attended weight management groups based on the Pieni Päätös Päivässä (PPP) approach, participated in the study. PPP is a project of six health organizations that emphasizes manageable and moderate health related resolutions.

According to this study, participants encountered difficulties in weight management and changing their lifestyle despite the well-organized group based counseling. The difficulties were related to the lack of personal resources, poor coping skills and unfavorable external factors. In turn, enhanced personal resources and coping skills as well as beneficial external factors helped overcome the perceived barriers. Social support contributed significantly to succeeding in weight management.

The influence of the group was found to be the most important factor in coping with weight management challenged. It facilitated the confronting of, and diminishing the perceived obstacles. Group counseling empowered the participants by enhancing personal resources and improving cognitive function. Stronger self-efficacy and motivation, development of skills, the application of increased knowledge as well as changed attitudes led to the improvement of self-regulation skills and coping. It increased independence and determination toward change, resulting in new routines, healthier habits and commitment to lifestyle change. Moreover, strong group cohesion promoted weight management. Peer support, shared experiences, a good team spirit, an open and confidential group climate as well as peer pressure, were seen important so they should be acknowledged in counseling. The other significant factors were versatility of counseling, information, psychological flexibility, support for autonomy and small as well as realistic decisions and goals. It is advisable to include acceptance and commitment therapy in counseling, increasing one's awareness and emphasizing one's values. Furthermore, the continuity of group counseling should not be undermined as participants expressed needs for follow-up meetings, monitoring and extended support.

The research of group based weight counseling is essential so that overweight people receive support in weight management and find methods to change their lifestyle. The findings of this study can be used in order to create more functional weight management groups and activities. Different organizations in the public sector that plan and implement similar group based lifestyle counseling, can get ideas and tools for arranging groups and improving counseling. There is need for additional research of group based weight counseling in order to further develop group activities and weight management. Counseling that focuses on psychological flexibility and the significance of group cohesion as well as group dynamics are especially interesting themes for future research.

Key words: weight management, lifestyle counseling, group counseling, group cohesion, social support

KÄYTETYT LYHENTEET

ACT, acceptance and commitment therapy, hyväksymis- ja omistautumisterapia, HOT

BMI body mass index, painoindeksi

HDL high density lipoprotein, korkean tiheyden lipoproteiini, HDL-kolesteroli

LDL low density lipoprotein, alhaisen tiheyden lipoproteiini, LDL-kolesteroli

OKM opetus- ja kulttuuriministeriö

PPP Pieni Päätös Päivässä

STM Sosiaali- ja terveysministeriö

THL Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

WHO World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 LIHAVUUS JA PAINONHALLINTA	4
2.1 Ylipainon ja lihavuuden kasvu	4
2.2 Ylipainon ja lihavuuden yksilöllisiä sekä yhteiskunnallisia vaikutuksia.....	5
2.3 Onnistuneeseen painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä.....	7
2.3.1 Ravitseminen ja liikunta	9
2.3.2 Psykososiaalisten tekijöiden sekä elämäntapojen merkitys	11
2.4 Voimavarojen ja kykyjen vahvistaminen käyttäytymismuutoksen ohjauksessa	16
2.5 Käyttäytymisterapian kehitys ja merkitys painonhallintaohjauksessa.....	19
3 ELINTAPOOHJAUS JA RYHMÄTOIMINTA	23
3.1 Millainen on hyvä painonhallinta- tai elintapamuutosinterventio?	24
3.2 Ryhmämuotoinen painonhallinta	28
3.3 Sosiaalinen vuorovaikutus ja tuki painonhallintaryhmässä	31
3.4 Ryhmän järjestäminen ja ohjaajan rooli painonhallintaohjauksessa	35
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	38
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	39
5.1 Aineistonkeruu.....	39
5.2 Aineiston analyysi.....	40
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	42
6.1 Koetut painonhallinnan vaikeudet ja niistä selviytyminen	42
6.1.1 Yksilön voimavarojen merkitys painonhallinnan onnistumisessa	42
6.1.2 Itsensä ja tekemisiensä hallitseminen elintapojen muutoksessa	47
6.1.3 Ulkoiset tekijät painonhallinnan haasteina.....	52
6.2 Painonhallintaryhmän rooli elintapamuutoksessa.....	54

6.2.1 Ryhmäkoheesion merkitys painonhallinnan onnistumisessa	54
6.2.2 Ryhmäohjauksessa voimaantumalla paremmat edellytykset muutokseen.....	56
6.2.3 Monipuolisuuden, joustavuuden ja jatkuvuuden merkitys ohjauksessa.....	59
7 POHDINTA.....	62
7.1 Yhteenveto	62
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	66
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen aiheita	69
8 LÄHTEET	72
LIITTEET	
Liite 1: Systemaattinen kirjallisuushaku	
Liite 2: Käyttäytymisen muutokseen tähtääviä tekniikoita	
Liite 3: Haastattelurunko	
Liite 4: Tutkimuksen tiedote	
Liite 5: Haastateltavan suostumuslomake	
Liite 6: Esimerkki aineiston luokittelusta	

1 JOHDANTO

Lihavuus on kansanterveydellinen ongelma. Suomalaisten paino, vyötärönympäryys ja painoindeksi ovat olleet nousujohteisia 70 -luvulta lähtien, mutta kasvu näyttää kuitenkin pysähtyneen (Männistö ym. 2012; Lihavuus 2013). Ylipainoisia on yli 2 miljoonaa, joista lihavia on noin 650 000 (Lihavuus 2013). Työikäisistä vain noin kolmannes on normaalipainoisia (Männistö ym. 2012). Lihavuus on yhteydessä kansansairauksiin kuten tyyppin 2 diabetekseen, verenpainetautiin ja sepelvaltimotautiin sekä lisää riskiä sairastua moniin muihin sairauksiin ja oireyhtymiin (Lihavuus 2013; Mustajoki 2013). Näin ollen on ymmärrettävää, että lihavuus laskee elämänlaatua (Kaukua 2006) ja nostaa kuolleisuutta (Prospective Studies Collaboration 2009) sekä kasvattaa yhteiskunnan kustannuksia (Pekurinen 2006). On tärkeää, että ylipaino ja riskitekijät saataisiin laskemaan koko väestössä; terveyshyötyjä saavutetaan vähintään 5 %:n pysyvällä painonlaskulla (Lihavuus 2013).

Lihavuuden ehkäisyssä painotetaan elintapaohjauksen merkitystä (Lihavuus 2013). Elintapaohjauksella tarkoitetaan koulutetun terveysalan ammattilaisen tarjoamaa monipuolista painonpudotukseen tai -hallintaan liittyvää käyttäytymismuutosta tukevaa ohjausta, jonka tavoitteena ovat painonlasku ja terveelliset elintavat. Se sisältää aina sekä liikunta- että ravitsemusneuvontaa sekä ajatuksiin ja asenteisiin painottuvaa otetta, mikä tässä työssä tarkoittaa erilaisia käyttäytymismuutosta tukevia tekniikoita ja käyttäytymisterapiaa. Jokaisen kolmen elementin sisältyessä ohjaukseen, puhutaan myös yhdistelmäinterventioista. Ohjaus sisältää joko yksilö- tai ryhmätapaamisia ja siinä pyritään yhteistyöhön asiakkaan kanssa (Lihavuus 2013).

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus kohdistuu kerralla suureen joukkoon ja se on todettu vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi tavaksi painonhallinnassa (Forster ym. 2011; Loveman ym. 2011; Jensen ym. 2013; Lihavuus 2013). Ryhmässä voi hyödyntää ryhmädynamiikkaa sekä siellä on mahdollista jakaa näkökulmia ja kokemuksia (Burlingame ym. 2011). Vastavuoroisen ryhmätoiminnan muina tärkeinä tekijöinä nähdään etenkin sosiaalinen tuki, samassa tilanteessa olemisen ja yhteenkuuluvuuden tunteet, verkostojen muodostuminen ja terve kilpailu (Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009; Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009; Butryn ym. 2013). Ryhmäkoheesion vahvistaminen on tärkeää, sillä se vaikuttaa positiivisesti ryhmäläis-

ten kokemaan keskinäiseen siteeseen, ilmapiiriin, ryhmätoimintaan ja painonhallintatuloksiin (Burlingame ym. 2011; Franz 2012, 181 – 182; Gullo ym. 2014).

Terveyskäyttäytymisen muutokseen tarvitaan itsesäätelytaitoja ja itsekontrollia (Schwarzer 2001), jotka auttavat sivuuttamaan toimintaimpulsseja ja kestämaan vaikeissa tilanteissa parantaen elämänhallintaa (Carver & Connor-Smithin 2010). Ohjauksessa on oleellista pyrkiä vaikuttamaan käyttäytymisen osatekijöihin (joita ovat mm. tiedot ja taidot, kyvykkyys, asenteet, motivaatio ja minäkäsitykset) niin, että elintavat paranevat itsesäätelyprosessien kehittyminen kautta (Salmela ym. 2010; Teixeira ym. 2015). Itsesäätelyyn liittyviä tekijöitä voi muuttaa soveltamalla painonhallintaohjauksessa erilaisia käyttäytymismuutostekniikoita ja muita keinoja, kuten omaseurantaa, tavoitteiden arviointia sekä tunteiden ja stressin hallintaa (Schwarzer 2001; Abraham & Mitchie 2008; Teixeira ym. 2015).

Yhdistelmäinterventioissa ohjauksella, jossa painotetaan sekä ruokailutottumusten että fyysisen aktiivisuuden merkitystä sekä käyttäytymisen muutosta tukevia tekniikoita, on saatu aikaan hyviä tuloksia sekä painonpudotuksen että elintapamuutosten suhteen (Jensen ym. 2013; Johns ym. 2014; Washburn ym. 2014), mutta on myös ristiriitaisia tuloksia (Hartmann-Boyce ym. 2014b; Lillis ym. 2014; Forman & Butryn 2015). Kolmannen aallon käyttäytymisterapiaan lukeutuvaa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (HOT, ACT) pidetään toimivana vaihtoehtona, jonka avulla voidaan toimia epämieluisissa tilanteissa harjoittaen hyväksyntää ja tietoista läsnäoloa, määrittellä itsellä tärkeitä arvoja sekä kehittää psykologista joustavuutta (Lillis ym. 2014; Forman & Butryn 2015). Vaikka painonhallintaa ja siihen vaikuttavia seikkoja on tutkittu jo paljon, niin suuressa osassa tutkimuksia on silti paljon puutteita joko toteutuksessa tai raportoinnissa (Salmela ym. 2010; Fjeldsoe ym. 2011; Grave ym. 2013; Booth ym. 2014; Hartmann-Boyce ym. 2014ab). Tutkimusta tarvitaan edelleen kattavamman ja syvällisemmän tiedon saamiseksi sekä ylipainoisten ihmisten kokemusten ymmärtämiseksi.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää painonhallintaryhmiin osallistuneiden työikäisten kokemuksia painonhallinnasta ja elintapamuutoksesta. Tavoitteena on saada selville, millaisia vaikeuksia osallistujilla on painonhallinnassa ja miten niistä mahdollisesti selvitään sekä mikä merkitys ryhmätoiminnalla on painonhallinnassa onnistumisessa ja esteiden voittamisessa. Haastateltavat ovat osallistuneet Pieni Päätös Päivässä (PPP) -mallin avulla toteutettuihin painonhallintaryhmiin Turun terveydenhuollon ja liikuntatoimen kautta. Terveysjärjestöjen yhteisessä PPP -hankkeessa korostetaan itselle mahdollisia ja pieniä tekoja.

Vaikka painonhallintaryhmistä, niiden toteutuksesta ja tuloksista on olemassa tietoa, niin sitä ei ole olemassa Turun kaupungin ja terveydenhuollon toteuttamien ryhmien osalta. Lisäksi laadullista tutkimusta on olemassa vähän. Oma tutkimukseni lisää syvempää ymmärrystä painonhallinnan vaikeuksista selviämiseen liittyen. Lisäksi se voi tuoda apua kaikille niille tahoille, jotka suunnittelevat tai toteuttavat painonhallintaryhmiä tai ohjausta PPP -mallia hyödyntäen tai muuten samankaltaisesti kuin Turussa.

Gradututkielma etenee niin, että ensin luodaan katsaus aiheena olevaan kirjallisuuteen ja sitä seuraa tutkimuskysymysten esittely (luku 5), toteutus, tulokset ja pohdinta. Systemaattinen haku on tehty tutkimuksen kannalta keskeisimmän teeman, ryhmämuotoisen painonhallinnan, osalta (liite 1).

2 LIHAVUUS JA PAINONHALLINTA

2.1 Ylipainon ja lihavuuden kasvu

Lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen ylimäärää ja liikapainoa arvioidaan ensisijaisesti painoindeksillä (Lihavuus 2013). Lihavuutta on perusteltua arvioida myös vyötärön ympärystä mittaamalla, sillä keskivartalolihavuus on erityisen haitallista terveydelle (Uusitupa 2009; Mustajoki 2014b). Myös kehonkoostumus vaikuttaa terveyteen: Naisilla rasvaprosentin normaalialue vaihtelee 21 – 35 välillä ja miehillä 9 – 23 välillä (Gallagher ym. 2000). Painoindeksin (BMI) viitearvot ja vyötärölihavuuden raja-arvot on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Ylipainon määrittäminen painoindeksin ja vyötärön ympärystä avulla.

Lihavuuden aste	Normaali-paino	Ylipaino	Lihavuus	Vaikea lihavuus	Sairaalloinen lihavuus	Vyötärölihavuus
Painoindeksi (kg/m ²)	18.5-24.9	25.0-29.9	30.0-34.9	35.0-39.9	40.0 tai yli	90 cm (nainen) 100 cm (mies)

WHO:n (2013) mukaan lihavuus oli maailmassa lähes tuplaantunut vuodesta 1980 vuoteen 2008 mennessä. Lihavuus on hyvin yleistä sekä länsimaisissa hyvinvointivaltioissa että kehittyvissä maissa (WHO 2013). Käypä hoito -suosituksessa (2013) todetaan ylipainoisuuden lisääntyneen koko Suomen väestössä 1970-luvulta lähtien, mutta kasvu näyttää kuitenkin hidastuneen (Lihavuus 2013). Finriski 2012 -tutkimuksen mukaan ylipainoisia on 66 % miehistä ja 46 % naisista sekä lihavia vastaavasti 20 % ja 19 %, ja merkittävää vyötärölihavuutta esiintyy 30 %:lla väestöstä (Männistö ym. 2012a). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Terveys 2011 -seurantatutkimuksessa (Lundqvist ym. 2012) ja aikuisväestön terveystietäytymisen ja terveys (AVTK) -tutkimuksessa (Helldán ym. 2013).

Ihminen lihoo, kun energiansaanti ja kulutus ovat epätasapainossa: kaloreita saadaan kulutusta enemmän, jonka seurauksena rasva varastoituu ja vatsaonteloon kertynyt sisäinen rasva aiheuttaa edelleen aineenvaihduntahäiriöitä ja sairauksia (Mustajoki 2013). Energiantarve määräytyy pitkälti sukupuolen, iän, painon (ja niistä laskettavan perusaineenvaihdunnan) ja fyysisen aktiivisuuden mukaan. Yksilölliset erot aineenvaihdunnassa ja kehonkoostumuksessa vaikuttavat kuitenkin energiantarpeeseen ja lihomiseen (VRN 2014).

Vanheneminen, raskaus, tupakointi ja krooniset sairaudet altistavat lihavuuteen (Uusitupa 2009). Lihavuuden esiintyvyydessä on alueellisia eroja, ja alhainen koulutustaso, huono taloudellinen tilanne sekä psykososiaaliset tekijät vaikuttavat lihavuuden esiintyvyyteen (Lihavuus 2013). Esimerkiksi hedelmien ja vihannesten hinta tuottaa vaikeuksia alttiimmilla ihmisryhmillä kuten köyhillä ja kouluttamattomilla, mikä huonontaa ruokailutottumuksia (Vanstone ym. 2013). Lisäksi ympäristö-, kulttuuri-, käyttäytymis- ja kasvatustekijöillä on oma roolinsa (Russell ym. 2013, Gerlach ym. 2015). Finriski -tutkimuksen (Männistö ym. 2012a) mukaan muutokset yhteiskunnassa, kuten korkeampi elintaso sekä muutokset elinympäristössä ja elintavoissa, selittävät suurelta osin ylipainon ja lihavuuden yleistymistä. Energiankulutusta ovat pienentäneet ruumiillisen työn ja arkiliikunnan väheneminen sekä istuvan elämäntavan lisääntyminen. Toisaalta ylimääräistä energiaa kertyy sokeri- ja rasvapitoisista välipaloista, alkoholista sekä liian isoista ruoka-annoksista (Männistö ym. 2012). Napostelukulttuurin lisääntyminen ja perheen yhteisten kotiaterioiden väheneminen yhdessä nykyisen kiireisen elämänrytmin kanssa vaikuttavat niin ikään ylipainon kehittymiseen (Mustajoki 2013).

Stressi, psyyken häiriöt ja uniongelmat lisäävät myös lihavuuden riskiä (Mustajoki 2013). Alemman sosiaalisen aseman on huomattu olevan yhteydessä korkeampaan stressiin ja sitä kautta huonompaan ruokavalioon sekä lihavuuteen, mutta syyt taustalla ovat vielä epäselviä (Moore ym. 2011). Lisäksi persoonallisuudella on vähintään samansuuruinen vaikutus painoindeksiin kuin sosioekonomisella asemalla (Sutin ym. 2011). On kuitenkin muistettava, että monet asiat kuten kulttuuritekijät, hoidontarpeen kokeminen, syömiskäyttäytyminen sekä stressi- ja lihavuusaste vaikuttavat persoonallisuuden piirteiden ja lihavuuden yhteyden taustalla (Gerlach ym. 2015). Uusitupa (2009) mainitsee myös, että lihavuudelle voivat altistaa jotkin lääkkeet ja geenit. Vaikka lihavuuden esiintyvyyteen vaikuttavat sekä perimä että ympäristötekijät, selittävät elintavat lihavuutta kiistatta eniten ja siksi mm. fyysinen aktiivisuus ja terveelliset ruokatottumukset pienentävät huomattavasti lihavuuden riskiä (Uusitupa 2009).

2.2 Ylipainon ja lihavuuden yksilöllisiä sekä yhteiskunnallisia vaikutuksia

Lihavuus aiheuttaa tai pahentaa monia sairauksia sekä lisää niiden riskitekijöitä aineenvaihdunnan häiriöiden kautta (Mustajoki 2013), ja etenkin keskivartalolihavuus vaikuttaa sairastavuuteen vatsaonteloon kertyneen liikarasvan vuoksi (Mustajoki 2014b). Sairastuvuusriski riippuu lihavuusasteesta (Lihavuus 2013). Lihavat ihmiset kärsivät muita useammin mm. tyy-

pin 2 diabeteksestä (riski sairastua on lihavilla 7–20 -kertainen normaalipainoisiin verrattuna), huonoista rasva-arvoista, metabolisesta oireyhtymästä, sydän- ja verisuonitaudeista, maksan sairauksista ja toimintahäiriöistä sekä nivelrikosta (Lihavuus 2013).

Sairastuvuuden lisäksi painoindeksi on vahvasti yhteydessä huonontuneeseen elämänlaatuun (Vetter ym. 2011) ja lihavuus lisää myös ennen aikaista työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista (Mustajoki ym. 2009). Kaukuan (2006) mukaan terveyteen liittyvän elämänlaadun ja lihavuuden yhteyttä tarkastelemalla nähdään sairauksien ja niiden hoidon vaikutukset toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Ylipaino vaikuttaa sekä fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn, jonka lisäksi sairaudet, masennus ja kivut heikentävät elämänlaatua entisestään. Elämänlaatu alkaa heiketä painoindeksin ollessa 27 – 30 kg/m² ja mitä suurempi ylipaino on, sitä enemmän terveyteen liittyvä elämänlaatu heikkenee (Kaukua 2006). On hyvä sisäistää, että kroonisiin sairauksiin kuten diabetekseen liittyy joskus masennusta ja ahdistusta, sillä sairaus voi johtaa mielialan laskuun, mikä toisaalta edelleen voi pahentaa sairauden oireita (DeJean ym. 2013).

Painoindeksi on myös yhteydessä suurentuneeseen kuolemanriskiin (Uusitupa 2009). Kuolleisuus kasvaa selvästi lihavilla (painoindeksin ylittäessä 30 kg/m²) ja huonokuntoisilla ihmisillä (Lihavuus 2013). Ihmiset, joiden painoindeksi on 40 – 45 kg/m² kuolevat 8 – 10 vuotta aikaisemmin normaalipainoisiin verrattuna (Prospective Studies Collaboration 2009). Ravitsemuksella ja liikunnalla on lisäksi itsenäisiä vaikutuksia kuolleisuuteen (Vuori 2009). Hiljattain Ekelundin ja muiden tutkimuksessa (2015) saatiin selville, että fyysinen inaktiivisuus voi aiheuttaa kuolleisuutta noin tuplasti enemmän kuin lihavuus (BMI ≥ 30). Ei ollut merkitystä, missä painoindeksiluokassa henkilö oli, vaan kuolemanriski pieneni kaikilla, jotka lisäsivät liikuntaa. Merkittävin kuolemanriskin lasku oli, kun siirryttiin liikkumattomien joukosta seuraavaan, kohtalaisen inaktiivisten joukkoon, tai sitä seuraavaan, kohtalaisen aktiivisten joukkoon. Lisähyötyjä saatiin lisäksi normaalipainoisten joukossa, jos liikunnan määrää edelleen lisättiin (Ekelund ym. 2015). Fyysisen aktiivisuuden puutteen on arvioitu aiheuttavan 9 % ennen aikaisista kuolemista (Lee ym. 2012). Lisäksi istuminen näyttää olevan itsenäinen, liikunnan harrastamisesta riippumaton kokonaiskuolleisuuteen vaikuttava riskitekijä (Chau ym. 2013; Vasankari 2014).

Yksilöllisten vaikutusten lisäksi lihavuus tulee kalliiksi yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2013) mukaan lihaviin ihmisten terveysmenot ovat noin 25 % suuremmat kuin normaalipainoisten ja lihavuudesta aiheutuu Suomelle 330 miljoonan euron kokonais-

kustannukset terveydenhuollossa (Männistö ym. 2013), jonka osuus terveydenhuollon kokonaismenoista on arviolta noin 3 % (Pekurinen 2006). Todellisia kustannuksia on kuitenkin Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan vaikea arvioida, sillä lihavuus on yhteydessä niin moniin eri sairauksiin ja niiden riskitekijöihin (WHO 2003).

Ylipainon ja lihavuuden monitahoisen ehkäisyn eteen tehdään jatkuvasti töitä. Lihavuuden lisääntyminen on ollut niin huolestuttavaa, että WHO on jalkauttanut globaalin ruokavalion, fyysisen aktiivisuuden ja terveyden strategian (WHO 2004), jonka pyrkimyksenä on luoda oikeanlaisia toimenpiteitä ja mittareita, mikä lopulta edistäisi sekä terveyttä, valtion taloutta että sosiaalisia ja ympäristöllisiä olosuhteita (WHO 2008).

Suomalaisten terveyden edistämistä ohjaavat muiden muassa kansanterveys- (1972), terveydenhuolto- (2010), ja liikuntalaki (1998) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) 2012 - 2015 (STM 2012) Terveys 2015 -kansanterveysohjelman (STM 2001) ohella. Ehkäisyn tulisi kohdistua koko väestöön ja sitä tulisi tehdä systemaattisesti eri tahojen yhteistyönä, jossa olisi terveydenhuollon lisäksi mukana yksityissektori, järjestöt sekä liikunta- ja urheiluseurat (STM 2008, Uusitupa 2009). Terveyttä ja painonhallintaa tuetaan korostamalla liikunnan ja ravitsemuksen merkitystä koko valtion tasolla huomioiden ne eri toiminnoissa sekä suosituksissa (STM 2008). Terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan on laadittu yhteiset linjaukset ”Muutosta liikkeellä!” (STM 2013) sekä äskettäin käynnistettiin myös kansallinen lihavuusohjelma 2012 – 2015 (THL 2013), jonka tavoitteena on terveyserojen kaventaminen ja terveellisten elintapojen edistäminen sekä pyrkiä kääntämään lihomiskehitys laskuun. Tärkeää on riskitekijöiden ja -henkilöiden tunnistaminen, lihavuuden puheeksi ottaminen ja tuen sekä palvelujen mahdollistaminen (THL 2013).

2.3 Onnistuneeseen painonhallintaan vaikuttavia tekijöitä

Lihavuutta ja sen liitännäissairauksia voidaan vähentää laihduttamalla (Uusitupa 2009; Mustajoki 2013). Käypä hoito -suositusten (2013) mukaan tavoitteena on pysyvä, vähintään 5 %:n painonlasku, mikä voi jo esimerkiksi puolittaa tyypin 2 diabetesriskin. Kuitenkin on suositeltavaa pudottaa yli 10 %, sillä yleensä painoa alkaa tulla takaisin laihdutuksen jälkeen (Barteym. 2010) ja suurempi painonpudotus tuo lisähyötyä. Kun paino pienenee, mm. verenpaine alenee, kolesteroliarvot paranevat, sydän- ja verisuonisairaudet hidastuvat sekä muutkin oireet

vähenevät (Lihavuus 2013). Elämänlaadun näkökulmasta ylipainoisten ja kohtalaisen lihavien elämänlaatu paranee vasta 5 – 10 % laihduttamalla, ja sairaalloisen lihavien täytyisi laihtua jopa 15 % (Kaukua 2006). Sopiva laihdutusvauhti on 0,5 – 1 kg viikossa ja myöhemmin painonhallintavaiheessa maltillisemmin (Lihavuus 2013). Kilon viikkovauhtia ei pidä ylittää, sillä silloin ravintoaineiden saanti ei ole riittävää (Mustajoki 2013).

Painonpudotuksessa onnistuneet kokevat elämänlaadun eri osa-alueet positiivisemmin sekä lihavuuteen liittyvät psykososiaaliset ongelmat vähenevät, mikä voi motivoida pysyvään painonhallintaan (Kaukua 2006). Uupumuksen lieventyminen ja aktiivinen lähtötason liikunta on yhteydessä painon alenemiseen (Kokkinen-Jussila ym. 2011). Etenkin fyysinen toimintakyky, tarmokkuus, sosiaalinen toimintakyky ja yleinen terveydentila kohoavat sekä rajoitukset koetaan pienemmiksi, mutta toisaalta kivun tunteminen ei ole juuri muuttunut (Arrebola ym. 2011; Vetter ym. 2011). Parannusta on huomattu jonkin verran myös henkisillä ja ympäristöön liittyvillä terveyden osa-alueilla (Kaukua 2006; Pan ym. 2011).

Ravitsemustietouden (Russell ym. 2013) ja säännöllisen punnitsemisen on todettu auttavan painonhallinnassa (Mustajoki 2013). Tyytyväisyys jo saavutettuun laihdutustulokseen lisää todennäköisyyttä onnistua ja jatkaa painonhallintaa sekä oleellista on kokea painonhallinnan hyödyt suuremmiksi kuin haitat (Ohsiek & Williams 2010). Onnistuneen painonhallinnan edellytyksiä ovat oma toiminta, aktiivisuus ja omaseuranta, motivaatio, voimavarat, tavoitteellisuus, vastuunotto, ongelmanratkaisutaidot ja ärsykkeiden hallinta (Alahuhta 2010; Korkiakangas 2010; Butryn ym. 2011; Hankonen 2011; Hardcastle & Hagger 2011). Painonhallinnassa onnistumista auttavat myös vahva itsetunto, minäpystyvyys, joustava lähestymistapa syömiseen, autonomia, itsesäätelytaidot, hyvät roolimallit, painonpudotus- ja painonhallintakeinojen sekä niihin liittyvien käyttäytymismuutosten erottaminen toisistaan (Barte ym. 2010; Russell ym. 2013, Teixeira ym. 2015). Positiivisuus ja sosiaalinen tuki ovat myös oleellisia tekijöitä elintapamuutoksessa onnistumisessa (Alahuhta 2010). Painonhallinnan esteitä taas ovat mm. sitoutumattomuus sekä tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puute (Alahuhta 2010), pelkkä ulkoinen motivaatio, huonot selviytymisstrategiat, mustavalkoinen ajattelu ja passiivinen ongelmiin suhtautuminen (Barte ym. 2010). Lähtökohtaisesti pysyvää alempaa painoa ei voi saavuttaa ilman pysyviä muutoksia ruokailu- ja liikuntatottumuksissa (Mustajoki 2013).

2.3.1 Ravitseminen ja liikunta

Ravitseminen. ”Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys” (AVTK) - tutkimuksessa (Heldán ym. 2013a) todetaan, että suomalaisten elintavoissa on vielä paljon parantamisen varaa, vaikka ne ovatkin pitkällä aikavälillä kehittyneet myönteiseen suuntaan. Nykyään noudatetaan paremmin ravitsemussuosituksia (Heldán ym. 2013a), mutta silti ravitsemuksessa on puutteita (VRN 2014), sillä esimerkiksi marjoja, hedelmiä ja kasviksia käyttää päivittäin vain noin puolet suomalaisista (Männistö ym. 2012b). Finravinto 2012 - tutkimuksessa saatiin lisäksi selville, että vaikka suomalaisten kasviöljyjen sekä kasvien ja marjojen kulutus lisääntynyt, niin kovan rasvan ja suolan saanti on taas kääntynyt nousuun. Lisäksi kuitua ei saada tarpeeksi ja sokeria taas saadaan liikaa (Virtanen 2013).

Lahti-Koski (2009) toteaa terveellisen ruokavalion edistävän terveyttä sekä ehkäisevän ylipainoa ja sairauksia. Ruokavalion koostamisen helpottamiseksi ja ravinnon laadun parantamiseksi on hiljattain julkaistu uudet suomalaiset ravitsemussuositukset (VRN 2014) lautasmallineen ja ruokakolmioineen. Ruokavaliossa on oleellista vähentää ruoan energiatihyettä ja puolestaan lisätä ravintoainetiheyttä sekä parantaa hiilihydraattien ja rasvojen laatua, mikä onnistuu valitsemalla enemmän vettä ja toisaalta vähemmän energiaa (etenkin tyydyttyntä rasvaa) tai lisättyä sokeria sisältäviä tuotteita (VRN 2014). Kerta- ja monityydyttymättömien rasvahappojen, vitamiinien, kivennäisaineiden ja kuidun saanti esimerkiksi kalasta, täysjyväviljasta, kasviksista, hedelmistä ja marjoista yhdessä punaisen lihan, suolan ja energiapitoisten juomien vähentämisen kanssa suojaa terveysongelmilta (Lahti-Koski 2009). On myös tärkeää noudattaa säännöllistä ateriarytmiä ja koota kohtuullisia annoksia lautasmallia hyödyntäen, sillä se pitää veren sokeripitoisuuden pysyvä tasaisena ja hillitsee napostelua (VRN 2014).

Laihduttamisvaiheessa energiansaantia voi vähentää 500 – 1000 kilokaloria. Ruokavalion tukena käytetään usein energiarajoituksia sekä hyödynnetään ateriankorvikkeita (Lihavuus 2013), joiden avulla painoa saa hallittua vielä paremmin (Jensen ym. 2013). Mustajoki (2012) painottaa, että painonhallinnassa onnistuminen on todennäköisempää, jos ruokavalio ei ole liian epämiellyttävä. Pienempien pakkausten ja astioiden käyttö voi auttaa energiansaannin vähentämisessä. Lisäksi proteiinin saantia voisi lisätä, sillä se pitää kauemmin kylläisenä ja auttaa painonhallinnassa (Mustajoki 2012) säästämällä lihaskudosta ja lisäämällä hieman energiankulutusta (Lihavuus 2013).

Jos tarkkaillaan vain painonpudotusta, niin ei näyttäisi olevan väliä, mistä kalorit saadaan, kunhan kalorimäärää on rajoitettu. On kuitenkin hyvä valita sellainen ruokavalio, jossa pysyminen ei tuottaisi ongelmia ja mikä pienentäisi omaa sairastavuutta tai riskitekijöitä (Wadden ym. 2012; Grave ym. 2013). Välimerellisen dieetin on esimerkiksi huomattu auttavan painonpudotuksessa ja sen noudattaminen parantaa metabolisia arvoja vähentäen sydän- ja verisuonitautien riskiä (Nordmann ym. 2011; Lihavuus 2013). Tuoreen pohjoismaisen tutkimuksen (Kolehmainen ym. 2015) mukaan pohjoismaisella terveellisellä ruokavaliolla voi vaikuttaa tulehdusgeenien toimintaan, joiden uskotaan olevan liikapainoon liittyvien terveyshaittojen kuten sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden, valtimonkovetustaudin ja muiden kroonisten tautien taustalla. Ruokavaliolla voi vähentää tulehdusgeenien ilmentymistä rasvakudoksessa myös ilman painonpudotusta (Kolehmainen ym. 2015). Lisäksi vähähiilihydraattinen dieetti on ollut painonpudotuksessa vähintään yhtä vaikuttava kuin vähärasvainen dieetti (Hu ym. 2012), mutta sen pitkäaikaisia terveysvaikutuksia ei vielä tunneta (Lihavuus 2013).

Liikunta. Fyysisen aktiivisuuden näkökulmasta nykyään liikutaan enemmän vapaa-ajalla (Helldán ym. 2013a), mutta silti liikkumattomien ja liian vähän liikkuvien osuus on suuri. Aktiivisuutta ei kerry tarpeeksi varsinkaan työ- ja arkiliikunnasta tai terveyden edistämisen ja painonhallinnan näkökulmasta (Husu ym. 2011; Mäkinen ym. 2012; Männistö ym. 2012b). Liikuntasuositukseen peilaten puolet työikäisistä suomalaisista harrastaa tarpeeksi kestävyysliikuntaa ja vain joka kymmenes pitää huolta lihaskunnostaan (Männistö ym. 2012a). Huonokuntoisten osuus on kasvanut (Husu ym. 2011) ja täysin liikkumattomia on 20 % väestöstä (Männistö ym. 2012a), mikä on terveydelle haitallista (Liikunta 2012). Lisäksi työikäiset istuvat keskimäärin yli seitsemän tuntia päivässä (Husu ym. 2011), mikä on huolestuttavaa, sillä istuva elämäntapa kasvattaa riskiä moniin terveyttä uhkaaviin tekijöihin ja sairauksiin fyysisestä aktiivisuudesta huolimatta (Thorp ym. 2011).

Suomalaisten liikuntasuositusten (UKK-instituutti 2013) mukaan aikuisen tulisi harrastaa kohtuukuormittavaa kestävyysliikuntaa ainakin 2,5 tuntia viikossa tai raskasta liikuntaa 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa ja liikuntasuoritukset voi jakaa päivän aikana lyhyempiin pätkiin. Lisäksi lihasvoimaa ja liikehallintaa tulisi harjoittaa kahtena päivänä viikossa (Liikunta 2012; UKK-instituutti 2013). Fyysistä aktiivisuutta mitataan myös askelmäärin (terveyden kannalta riittävä määrä on 7000 – 12000 askelta päivässä) (Lihavuus 2013). Terveysliikunnan näkökulmasta paras mahdollinen terveysvaikutus saavutetaan kohtuullisella lähes päivittäisellä fyysisellä aktiivisuudella (Huttunen 2010; Vuori 2009). Mielenkiintoista on, että EPIC -

tuhtimukseen liittyvässä juuri julkaisussa osatutkimuksessa (Ekelund ym. 2015) saatiin selville, että pienikin fyysisen aktiivisuuden lisäys (20 minuutin reipas kävely päivittäin) laskee kuolleisuutta 16 – 30 %, jos ihminen on inaktiivinen. Liikkumattomuutta vähentämällä tai poistamalla terveys paranisi sekä elinajanodote nousisi 0,7 vuodella (Lee ym. 2012). Olisi hyvä saada suositukset myös istumiselle, sillä se lisää kuolleisuutta liikunnan puutteen, lihavuuden ja tupakoinnin ohella (Vasankari 2014).

Liikuntaa kannattaa silti harrastaa enemmän, sillä se (niin kestävyys-, lihasvoima- kuin tasapainolajit) kuluttaa energiaa ja edistää terveyttä kiihdyttämällä aineenvaihduntaa, hengitystä, verenkiertoa ja säätelytoimintoja (Vuori 2009), mikä alentaa verenpainetta ja kolesteroliarvoja, parantaa sokeriaineenvaihduntaa sekä vahvistaa luustoa (Huttunen 2010). Fyysinen aktiivisuus suojaa monilta sairauksilta, parantaa toimintakykyä, elämänlaatua, kognitiivisia toimintoja ja mielialaa sekä se suojaa myös ikääntymisen liittyviltä sairauksilta (Vuori 2009). Liikuntaa rajoittavia tekijöitä ovat mm. sää, vuodenaika, terveysongelmat, väsymys, ajanpuute, työ, perhe ja laiskuus kun taas toisaalta siihen motivoi mm. siitä saatu mielihyvä, yhteisöllisyys, kehittyminen sekä kohonnut itsetunto, fyysinen kunto ja terveys (Korkiakangas 2010). Liikunnallisen elämäntavan omaksumisessa on oleellista lisätä kuormittavuutta vähitellen ja etsiä sellainen laji, josta todella nauttii (Huttunen 2010).

2.3.2 Psykososiaalisten tekijöiden sekä elämäntavan merkitys

Ohsiek ja Williams (2010) korostavat, että lihavuuteen vaikuttavia psykologisia tekijöitä on monenlaisia ja ne vaikuttavat toinen toisiinsa. Carrin ja Jaffen (2012) mukaan lihavilla on ongelmia psyykkisen hyvinvoinnin, identiteettinsä ja lihavuuden stigman kanssa, mikä selittyy mm. sillä, että korkea painoindeksi on negatiivisesti yhteydessä mielialaan, ihmistenvälisen syrjinnän kokemiseen, itsensä hyväksyntään ja tyytyväisyyteen. Lihavuuden stigma voi olla myös itse sisäistettyä, mikä vaikuttaa vielä negatiivisemmin tunteisiin, ajatuksiin ja käytökseen, jolloin lihava saattaa esimerkiksi alkaa vältellä hänelle arkaluontoisia sosiaalisia tilanteita (Lillis ym. 2011). Syllisyyden tunne ja pelko voivat olla tavoitteiden tiellä (Kurki ym. 2008). Painonvaihtelut tuovat omat ongelmansa: ne jotka ovat todella lihavia tai olleet laihempia nuorempana ja lihonneet myöhemmin, voivat psyykkisesti huonommin verrattuna jo nuorena lihavina olleisiin (Carr & Jaffe 2012). Itsensä stigmatisointi ja kokemuksellinen vältely ovat huono yhdistelmä ja niihin asioihin olisi hyvä kohdentaa tukea painonhallinnassa,

sillä ne vaikuttavat elämänlaatuun (Lillis ym. 2011). Östberg ja muut (2011) toteavat myös lihaviiden ihmisten kokevan lihavuuden kanssa elämisen ja painonpudotuksen haasteelliseksi. Oman identiteetin mukauttaminen, lihavuuden hyväksyminen, voimavarojen löytäminen ja tasapainoisen elämän saavuttaminen on tärkeää ja mm. omia säätelymekanismeja ja pystyvyyden tunnetta halutaankin kehittää (Östberg ym. 2011).

Schwarzerin (2001) mukaan erityisesti elintapamuutoksen alussa motivaatiolla ja terveystiedostamisella on suuri merkitys. Oman käyttäytymisen, muutoskeinojen ja pystyvyyden peilaaminen tulosodotuksiin on olennaista (Schwarzer 2001). On kuitenkin huomioitava, että terveyteen ja elintapoihin suhtautuminen on yksilöstä riippuen hyvin erilaista. Jotkut henkilöt eivät esimerkiksi korkeammasta diabetesriskistä huolimatta koe tarvetta elintapojen muutokseen (Hivert ym. 2009). Juuri julkaistussa tutkimuksessa (Vähäsarja ym. 2015) selvitettiin diabetesriskissä olevien suomalaisten suhtautumista terveyteen ja fyysiseen aktiivisuuteen. Tutkimuksessa nousi esiin uhkaava ja hylätty riskikäsitte. Ne, jotka näkivät riskin uhkana, suhtautuivat terveyteensä ja elintapoihinsa vakavammin, sisäistivät tilanteensa paremmin, rupesivat liikkumaan ja olivat sitoutuneempia muutokseen, vaikkakin ahdistuneisuus ja toivottomuus välillä vaivasivat. Toisaalta ne ihmiset, jotka eivät kokeneet olevansa riskissä, suhtautuivat terveyteensä ja muutostarpeeseen välinpitämättömästi ja epäilevästi. He priorisoivat muita asioita, puolustelivat itseään tai tilannettaan liikuntamotivaation ollessa vaihtelevaa ja suureksi osaksi ulkoista, mikä kaikki johti helpommin muutoksen lykkäämiseen (Vähäsarja ym. 2015).

Elämänhallinta ja itsesäätely. Nykyään on entistä tarkemmin kiinnitetty huomiota elämänhallintaan ja itsesäätelytaitoihin, joilla on merkittävä rooli elintapojen muutoksessa onnistumisessa (Carver & Connor-Smith 2010; Chambers & Swanson 2012; Teixeira ym. 2012; 2015). Elämänhallinta kuvaa ihmisen reaktiota uhkiin, haittoihin ja menetyksiin sekä pyrkimyksiä estää tai vähentää niistä aiheutuvaa stressiä (Carver & Connor-Smith 2010). Huonot elämän- ja stressinhallintataidot sekä pessimismi vaikuttavat yleisesti ottaen negatiivisesti terveyteen (Carver & Connor-Smith 2010). Schwarzerin (2001) mukaan terveystietämisen muutos ja ylläpito eivät ole mahdollisia ilman itsesäätelytaitoja ja -strategioita: selviytymiskeinoja vaikeuksien varalle.

Käyttäytymisen osatekijöitä muuttamalla on tarkoitus vaikuttaa positiivisesti kohteena oleviin elintapoihin (Salmela ym. 2010). Osatekijöitä ovat mm. taidot, sosiaaliset roolit ja identiteetti,

pystyvyyden tunne, kyvykkyys asenteet, uskomukset, aikomukset, motivaatio ja tavoitteet, ympäristö, normit ja sosiaaliset vaikutteet (Salmela ym. 2010). Teixeira ja kumppanit (2015) ovat myös tutkineet, mitkä henkilökohtaiset psykologiset tekijät vaikuttavat välillisesti itsesääätelyprosessien kautta pitkäaikaiseen painonhallintaan sekä ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymiseen. Näitä ovat aiemmin mainittujen lisäksi esimerkiksi selviytymiskeinot, fyysiset minäkäsitykset ja syömiseen liittyvä estottomuus, rajoitukset ja koettu nälän tunne (Teixeira ym. 2015). Oleellista on tunnistaa ja löytää toimivia tekniikoita eri osatekijöitä varten, mutta koska tutkimusten raportointi on puutteellista, on vaikea löytää näyttöön perustuvaa tietoa käytetyistä tekniikoista ja teorioista (Salmela ym. 2010).

On kuitenkin tutkittu (Schwarzer 2001; Teixeira ym. 2015), että itsesääätelytaidoista mm. huomion suuntaaminen pois häiriötekijöistä, houkutusten vastustaminen, epämieluiden tunteiden hallinta sekä omaseuranta painonvaihtelujen, ruokailun ja liikunnan suhteen näyttävät auttavan painonhallinnassa. Myös päätösten punnitsemisella, joustavilla syömiseen rajoituksilla ja positiivisella kehonkuvalla on myönteinen vaikutus painonhallintaan (Schwarzer 2001; Teixeira ym. 2015). Lisäksi on olemassa muita muutokseen tähtääviä keinoja. Abraham ja Mitchie (2008) ovat määrittäneet ja luokitelleet 26 erilaista käyttäytymismuutoksen tekniikkaa, jotka ovat yhdistettävissä eri teorioihin ja itsesääätelytaitoihin. Tekniikkaluokittelu auttaa yhdenmukaistamaan käyttäytymismuutokseen tähtäävien teorioiden käyttöä, tulkintaa, arviointia ja vertailua. Näitä tekniikoita ovat lisäksi esimerkiksi aikomuksen muodostaminen ja stressin hallinta (Abraham & Mitchie 2008). Kaikki tekniikat ovat listattu liitteeseen (liite 2).

Näillä prosesseilla ja tekniikoilla pyritään kontrolloimaan omia toimintoja, joka edelleen vaikuttavat motivaatioon ja käyttäytymiseen (Schwarzer 2001). Minäpystyvyys näyttlee tärkeää roolia tavoitteeseen sitoutumisessa ja repsahdusten hallinnassa: takaiskuihin ja repsahduksiin on hyvä suhtautua positiivisesti oppimiskokemuksina itsepuhelia hyödyntäen eikä epäonnistumisena, jolloin koettu kyvykkyys, usko itseensä ja tekemisiinsä paranee (Schwarzer 2001, Alahuhta 2010).

Itsesäätelyn rinnalla puhutaan itsekontrollista. Carverin ja Connor-Smithin (2010) mukaan itsekontrollilla tarkoitetaan kykyä sivuuttaa toimintaimpulssit ja kestää vaikeissa tilanteissa. Baumeister ja Vohs (2007) korostavat oman reagoinnin muuttamisen merkitystä: varsinkin omien ideoiden, arvojen, moraalin ja sosiaalisten odotuksien pitäisi tukea käyttäytymismuutosten pitkän tähtäimen tavoitteita. Yksilön itsekontrollia tukevat psyykkiset resurssit voivat

ehtyä tilapäisesti, kun joutuu itsesääätelyä vaativiin tilanteisiin kuten sosiaaliset konfliktit, tunteiden ja ajatusten säätelyä vaativat tehtävät sekä tiukan ruokavalion noudattaminen. Itsekontrollitoiminnot vaikuttavat kuluttavan ihmistä myös fyysisesti, mutta vahvalla motivaatiolla, tahdonvoimalla ja mahdollisesti positiivisella tunnetilalla voi parantaa itsesääätelyä (Baumeister & Vohs 2007). Kushner ja Choi (2010) tuovat esiin, että mitä lihavampi ihminen on, sitä huonommat selviytymiskeinot yleensä ovat, jolloin pikaruokailu, herkuttelu, yösyöminen sekä tunnesyöminen, epäluuloisuus ja itsensä tarkkailu johtavat monesti lyhytaikaisiin dieetteihin sekä rajuihin painonvaihteluihin. Myös liikunta on lihavilla ihmisillä hyvin epäsäännöllistä, liikuntaharrastuksissa ollaan hankalia sekä perutaan ja lykätään osallistumisia (Kushner & Choi 2010).

Yksilöllisiä painonhallinnan haasteita. Persoonallisuuden piirteisiin liittyvät erilaiset kognitiiviset, emotionaaliset ja käyttäytymiskaavat vaikeuttavat painonhallintaa (Sutin ym. 2011). Carver ja Connor-Smith (2010) ovat tutkineet ihmisten käyttäytymisen, elämänhallinnan, stressin kokemisen ja persoonallisuuden eroja mm. tavoiteperäisten ja biologisten (temperamentti) mallien sekä persoonallisuuspsykologian näkökulmasta. Optimistisuus vaikuttaa positiivisesti elämänhallintaan sekä oleellista on sitoutua ongelmien ja stressitekijöiden tai niihin liittyvien tunteiden käsittelemiseen eikä vältellä tai kieltää niitä. Sitoutunutta otetta elämänhallintaan lisää ulospäinsuuntautuneisuus, aktiivisuus, tunnollisuus ja avoimuus (Carver & Connor-Smith 2010), jotka vaikuttavat positiivisesti itsekuriin ja järjestelmällisyyteen sekä edelleen edullisesti liikuntakäyttämiseen ja painonhallintaan (Sutin ym. 2011, Jokela ym. 2012; Gerlach ym. 2015).

Persoonallisuuden piirteistä neuroottisuus hankaloittaa elämänhallintaa, johon liittyy tunteiden ailahtelua ja ahdistuneisuutta (Carver & Connor-Smith 2010). Neuroottisuuden lisäksi impulsiivisuus ja taipuvaisuus masennukseen ovat yhteydessä lihomiseen ja lisäävät painonvaihteluita (Sutin ym. 2011; Gerlach ym. 2015). Gerlach ja muut (2015) toteavat impulsiivisuuden vaikuttavan negatiivisesti etenkin syömiskäyttämiseen (kuten tunnesyömiseen), mikä ilmenee esimerkiksi heikkona itsesäätelynä ja pakottavina tarpeina vaikkapa itsensä palkitsemiseen. Toisaalta tunnollisuuden elementtien (mm. itsekurin, huolellisuuden ja järjestelmällisyyden) kautta voi kontrolloida impulsiivisuutta ja parantaa syömiskäyttämistä suunnitelmallisemmaksi sekä ehkäistä lihomista (Gerlach ym. 2015).

Omaseurantaan sitoutuneet ja sitä kurinalaisesti noudattavat ihmiset ovat yleensä päättäväisiä, itseohjautuvia, järjestelmällisiä ja positiivisella asenteella varustettuja henkilöitä, jotka saavat tukea läheisiltään (Burke ym. 2009). Chambers ja Swanson (2012) toteavat heidän laisillaan painonhallintatoimenpiteiden ja selviytymiskeinojen erilaisista elämäntilanteista selviämiseksi olevan osa normaalia elämää. Esimerkiksi on olemassa selkeä hälytyspiste, jolloin ryhdytään muutostoiimiin. Vaiheittain etenevää strategiaa tulisi suosia ja omaksua itsesäätelyteorian mukaiset hyvät käyttäytymistekniikat, kuten tavoitteen asettelu ja uudelleenarviointi (Chambers & Swanson 2012).

Negatiiviset tunteet tai haastava elämäntilanne taas lykkäävät muutosta (Chambers & Swanson 2012). Painonhallinnassa epäonnistuneet sortuvat tunnesyömiseen ja heillä on negatiivinen kehonkuva (Ohsiek & Williams 2010). He ovat yleensä epäonnistuneet painonpudotuksessa useamman kerran, tarkkailevat painoaan epäsäännöllisesti ja masentuvat helpommin eikä heillä ole systemaattisia ajatusprosesseja, eivät herää varoitusmerkkeihin painonnoususta tai saa tehtyä asioita eivätkä osaa hallita painoaan, jos eivät ole positiivisessa mielentilassa (Chambers & Swanson 2012). Lisäksi omaseurannan onnistumista heikentää pakonomaisuus, huono ajankäyttö, epäjärjestelmällisyys, kyvyttömyys keskittyä itseensä ja sosiaalisen tuen puute (Burke ym. 2009). Ruokavaliomuutoksen haasteista suurimpia ovat itsekurin, tiedon, stressin sietokyvyn, perheen kanssa keskustelun ja ruoan sosiaalisen puolen hallitsemisen puute (Vanstone ym. 2013).

Ohsiek ja Williams (2010) korostavat, että hyötyihin keskittyminen, monipuolisemmat ajattelukaavat ja tunteiden käsittelytaidot, tietoisuuden lisääminen omasta käyttäytymisestä, seurannan helpottuminen ajan myötä sekä masennuksen monitorointi voivat auttaa. Haastattelemalla voidaan tunnistaa persoonallisuustekijöitä sekä täydentää asiakkaan kokonaiskuvaa, mikä mahdollistaa kohdennetun ja onnistuneen painonhallintasuunnitelman laatimisen. Olisi suotavaa siirtää pelkkään painonpudotukseen liittyvää ajattelua pois ja ottaa huomioon myös muita tekijöitä, joiden kohentuminen voi myös auttaa motivaation ylläpidossa (Ohsiek & Williams 2010).

2.4 Voimavarojen ja kykyjen vahvistaminen käyttäytymismuutoksen ohjauksessa

Motivaatio, minäpystyvyys ja autonomia näyttäisivät edistävän terveystyöskäyttämistä ja elintapamuutoksessa onnistumista (Lihavuus 2013; Teixeira ym. 2015). Tilannesidonnaiset käsitykset ja minäpystyvyys suhteessa tulosodotuksiin vaikuttavat sosiaaliskognitiivisen teorian (Bandura 1977) mukaan motivaatioon sekä edelleen oppimiseen ja käyttäytymismuutokseen. Tilanteella, aikaisemmillä kokemuksilla, esimerkillä ja palautteella on merkitystä minäpystyvyyden kannalta. Minäpystyvyyssuskomukset kuvaavat yksilön odotuksia ja uskoa omista kyvyistään ja siitä, miten hän suoriutuu jostain tehtävästä. Pystyvyyden tunteen vahvistaminen vaikuttaa oleellisesti terveystyöskäyttämiseen (Bandura 1977). Lisäksi itsesääätelytaidoista mm. omaseuranta, itseensä suhtautuminen ja arviointi vaikuttavat motivaatioon (Bandura 1991). Koska korkea sisäinen motivaatio, minäpystyvyys, autonomia ja itsesääätelytaidot ennustavat hyviä painonhallintatuloksia, ne kannattaa sisällyttää ohjaukseen (Teixeira ym. 2015).

Näiden yllä mainittujen elementtien katsotaan vaikuttavan **transteoreettisen muutosvaihemallin** taustalla, jota hyödyntäen voidaan kartoittaa ja tukea yksilön muutoshalukkuutta ja motivaatiota (Prochaska & DiClemente 1983). Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan ihmiset voivat olla hyvin eri tilanteissa ja heidän muutoshalukkuutensa vaihtelee. Mallin avulla voidaan määrittää henkilön muutosprosessin vaihe ja muutostarpeet alkutilanteessa sekä mille tasolle henkilö päätyy ohjauksen päätyttyä. Esiharkintavaiheessa henkilöllä ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään seuraavan puolen vuoden aikana, mutta harkintavaiheessa näin aiotaan tehdä seuraavan puolen vuoden aikana. Valmisteluvaiheessa henkilö suunnittelee muuttavansa toimintaa lähiaikoina ja valmistautuu muutokseen, kun taas toimintavaiheessa on jo muutettu käyttäytymistä. Ylläpitovaiheessa henkilö on toteuttanut uutta käyttäytymismallia yli kuusi kuukautta. Mallissa on huomioitu repsahdus, joka voi sijoittua mihin tahansa mallin vaiheeseen (Prochaska & DiClemente 1983).

Onnistuneessa painonpudotuksessa muutosvaihe yleensä tunnustetaan, jolloin elintapaohjaus ja muutosohjelma voidaan räätälöidä yksilöllisesti sen mukaisesti (Östberg ym. 2011). Yhdistämällä transteoreettisen muutosvaihemallin elintapamuutosstrategioita hyödyntäviin liikunta- ja ravitsemusinterventioihin on laihduttu sekä saatu parannettua liikunta- ja ravitsemustottumuksia jonkin verran, mutta pysyvä painonlasku on kuitenkin epävarmaa eikä raportointi ole ollut kovin korkealaatuista: malli on toiminut niin viitekehystenä, auttanut osallistujien muu-

tosvaiheen sekä tulosten arvioinnissa ja vertailussa että ohjannut sopivien neuvojen antamisessa (Tuah ym. 2011; Mastellos ym. 2014). Teixeira ja muut (2015) korostavat että on myös tärkeää tehdä ero motivoivan ja toteutusvaiheen välillä käyttäytymismuutosprosessissa.

Itsemääräämisen teoria (Ryan & Deci 2000) toimii myös muutosmotivaation tarkastelussa, jonka mukaan sisäinen motivaatio rakentuu autonomian, kyvykkyyden sekä yhteenkuuluvuuden tunteista. Siinä korostuu ihmisen tarve kokea itsensä vapaaksi päättämään omista asioistaan, tuntea itsensä kyvykkääksi hoitamaan hommansa ja olla yhteydessä muihin ihmisiin. Hyvän ohjaajan pitäisi yhteistyössä asiakkaan kanssa tukea motivaatiota niin, että hän kokisi itse tekevänsä päätöksensä, uskoisi pystyvänsä niihin sekä tuntisi kelpaavansa tai kuuluvansa siihen, mitä ja missä tekee (Ryan & Deci 2000). Painonhallinnan ohjauksen osalta on oleellista ymmärtää autonomian ja sisäisen motivaation merkitys, sillä ne johtavat aitoon haluun muuttaa käyttäytymistään ja näin ollen johtavat mm. parantuneisiin itsesääätelytaitoihin ja pysyvämpään painonhallintaan (Ryan & Deci 2000; Anglé 2010; Teixeira ym. 2012). Itsemääräämisen teoria ovat hyvin yhteneväinen motivoivan haastattelun kanssa ja niitä voidaan käyttää rinnakkain, mutta täytyy muistaa, että asiakkaan autonomian vahvistaminen on ensisijaista (Deci & Ryan 2012).

Motivaatio syntyy Millerin ja Rollnickin (1991) mukaan vuorovaikutuksessa, joten siitä keskusteleminen on tärkeä osa ohjaustilannetta (Heintze ym. 2010). **Motivoivassa haastattelussa** pyritään hyvin asiakaskeskeisesti tukemaan lihavaa ihmistä muutoksen aikaansaamisessa tuoden esille autonomiaa, kyvykkyyttä ja sisäistä motivaatiota (Miller & Rollnick 1991; Teixeira ym. 2012). Menetelmää käytetään, kun selvitetään haasteita aiheuttavia tekijöitä ja pyritään lisäämään asiakkaan sisäistä muutoshalukkuutta sekä vahvistamaan muutokseen sitoutumista (Miller & Rollnick 1991, Alahuhta 2010). Motivoiva haastattelu toimii sekä teoriana että tekniikkana: sen on todettu olevan toimiva sekä suhteellisen nopea ja helppo keino käyttäytymismuutoksen edistämiseksi (Absetz & Hankonen 2011). Asiakkaan tukeminen ja muutokseen sitoutuminen edellyttää muutossuunnitelman tekoa; keskustelun sisältö riippuu asiakkaan muutosvaiheesta (Miller & Rollnick 1991). Muutospuheen salliminen ja houkuttelu ohjauksessa auttavat prosessin käynnistämiseksi (Alahuhta ym. 2009), mutta sen täytyy kuitenkin tapahtua asiakkaan ehdoilla ja autonomiaa voimistamalla eikä muutospuhetta tule kontrolloida ohjaajan toimesta (Deci & Ryan 2012). Asiakkaan sisäisen motivaation herättely elintapojen muutosta kohtaan tapahtuu vahvistamalla omaseurantaa ja itsekontrollia huomioiden

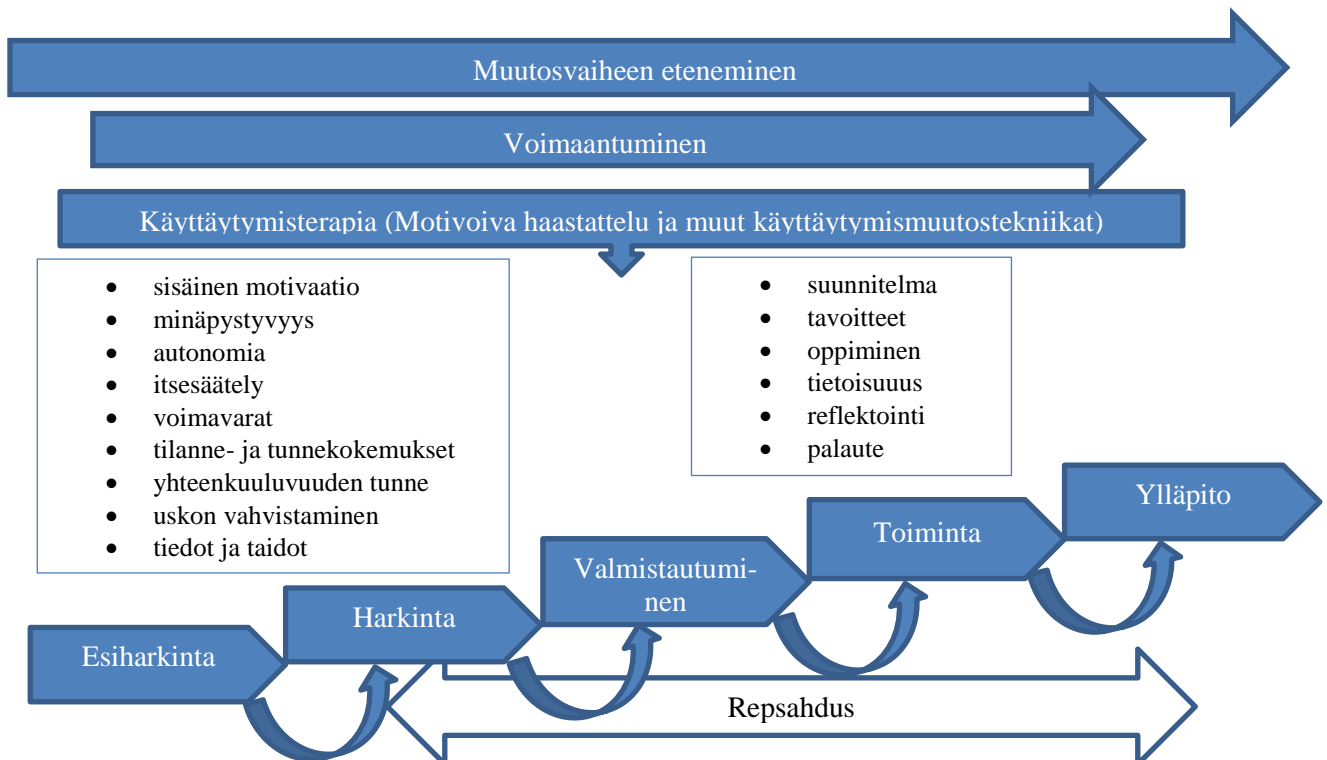
yksilölliset kokemukset ja näkökulmat sekä antamalla palautetta ja tukea prosessissa (Hardcastle & Hagger 2011).

Koska asiakkaan rooli motivaation synnyttämisessä on keskeinen, niin ohjaussuhteen tulisi olla luottamuksellinen, vuorovaikutustapojen motivoivia ja muutosvastarintaan suhtautuminen hyväksyvää muutospuhetta tukemalla, tavoitteita asettamalla sekä sitoutumista ja keinoja vahvistamalla (Absetz & Hankonen 2011). Ohjaajan olisi myös hyvä tunnistaa erilaisia tunteita ja ajatuksia, jotta voitaisiin minimoida esteet ja keskittyä hyötyihin muutoshalukkuutta voimistaen (Alahuhta 2010). Miller ja Rollnick (1991) painottavat, että aktiivisen muutosmotivaation vahvistamisen ja ristiriitaisten ajatusten vähentämisen tulisi tapahtua rauhallisesti, kunnioittavasti, positiivisesti ja empaattisesti. Idea on, että henkilön pystyvyyden tunnetta vahvistetaan itseohjautuvasti vastavuoroisessa kommunikaatiossa. Ohjaaja tuo esille näkemys- ja vaihtoehtoja, mutta asiakas päättää oman elämänsä asiantuntijana itse tekemisistään. Näin ollen ohjaajan myötäilevyys, kuuntelutaidot, avoimet kysymykset ja reflektointi ovat avainasemassa onnistuneen lopputuloksen kannalta (Miller & Rollnick 1991) ihan niin kuin itsemääräämisen teoriassakin (Ryan & Deci 2000).

Samat seikat tulevat esille myös **voimavara- ja ratkaisukeskeisessä ohjauksessa**. Anglé (2010) korostaa, että vapaaehtoisuus, omat arvot, mielenkiinto ja yksilön voimavarat näyttelevät suurta roolia muutoksessa, joten ohjauksessa tulisi yrittää valjastaa ne ratkaisukeskeisesti yksilön käyttöön niin ikään itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta vahvistaen. Tämä onnistuu asiakasta kuuntelemalla, käyttämällä hänelle mielekkäitä ja asteitain eteneviä keinoja, positiivista palautetta antamalla, arvostusta viestittämällä sekä sosiaalista tukea etsimällä (Anglé 2010). Absetz (2011, 101 - 102) sekä Vänskä ja muut (2011, 77 - 79) toteavat myös, että elintapamuutoksen tukemiseen sopii hyvin motivoiva ja voimavara-keskeinen ohjaus, joka perustuu tavoitteelliseen toimintatapaan ja voimaannuttavaan vuorovaikutukseen. Ratkaisukeskeisyys tähtää voimavarojen vahvistamiseen ja voimaannuttaminen taas henkilökohtaisen voiman tunteen vahvistamiseen, johon liittyy nimenomaan voimavara-keskeisyys sekä lisäksi pystyvyyden kokemus, itsereflektiivisyys ja tietoisuuden kehitys. Nämä ovat edellytyksiä kasvatuksellisille pyrkimyksille. Voimaantumisessa itsensä hallinnan ja kontrollin tunne lisääntyy, oma-aloitteinen resurssien ja opittujen asioiden soveltaminen sekä valintojen ja päätöksenteko helpottuu (Vänskä ym. 2011, 77 - 79).

Voimaantumisen voidaan katsoa liittyvän itsemääräämisen teoriaan, sillä autonominen sisäinen motivaatio vaikuttaa ihmisen energiaan käyttäytyä omatoimisesti esimerkiksi henkilökohtaisten terveystavoitteiden eteen ja kyvykkyyteen hyödyntää voimavarojaan, mikä taas edelleen tyydyttää autonomian, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tarpeita johtaen sisäiseen koherenssiin ja hyvinvointiin (Ryan & Deci 2000; Anglé 2010; Teixeira ym. 2012; 2015).

Teorioita tai sen osia voidaankin käyttää hyvin myös yhdessä (Anglé 2010), mitä alla oleva kuva 1 havainnollistaa. Siinä on kuvattu ohjausprosessin eri vaiheita transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisesti, johon on lisätty sosiaalkognitiivisen teorian, itsemääräämisen teorian sekä motivoivan haastattelun ja voimaannuttavan ohjauksen oleellisia osatekijöitä ja piirteitä sekä käyttäytymismuutostekniikoita.



KUVA 1. Ohjausprosessin eteneminen ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Mukailten Bandura 1977; Prochaska & DiClemente 1983; Miller & Rollnick 1991; Ryan & Deci 2000; Vänskä ym. 2011, 77 – 79; Teixeira ym. 2015.

2.5 Käyttäytymisterapian kehitys ja merkitys painonhallintaohjauksessa

Grave ja muut (2013) selventävät, että käyttäytymisterapia on kehittynyt oppimisteoriasta, jonka mukaan terveellisiä elintapoja voidaan oppia ja muuttaa ärsykkeiden hallinnan ja käyttäytymisen vahvistamisen avulla sekä siihen ovat myöhemmin yhdistyneet kognitiiviset stra-

tegiat ja yksityiskohtaiset ravitsemus- ja liikuntasuositukset. Kognitiivisen käyttäytymisterapian keskeisiä elementtejä ovat erilaiset kognitiiviset toiminnot, toimintasuunnitelmat ja käyttäytymisen muutosta tukevat tekniikat (Grave ym. 2013), joista kerrottiin aikaisemmin (s. 12).

Kognitiivisiin prosesseihin suuntautuvilla ohjelmilla ja hoidoilla voidaan kääntää ärsykkeet, väärät tai häiritsevät ajatukset ja uskomukset terveellistä käyttäytymistä tukeviksi: esimerkiksi syömisen rajoitukset ja liikunnan tarkkailu sekä estottoman syömisen välttäminen kannattaa, sillä sisäisille tai ulkoisille ärsykeille antautuminen johtaa ylensyöntiin ja lihomiseen (Ohsieck & Williams 2010). Grave ja muut (2013) tuovat esiin, miten kognitiivisella käyttäytymisterapialla voi yrittää vaikuttaa ihmisen painonpudotuksen esteisiin ja ongelmallisiin ajatustapoihin. Ei ole kyse pelkästään tahdonvoimasta vaan strategioista, joilla kognitiivisen käyttäytymisen prosesseja voi tarkastella ja muuttaa. Esimerkiksi terveellisten ruokailutottumusten esteinä voivat toimia ärsykkeet, kuten sosiaaliset ruokailutilanteet tai ahdistuneisuus. Niihin taas voi liittyä ongelmallisia ajatuksia, kuten kykenemättömyys kieltäytyä ruoasta tai hyvää oloa tuottava syöminen rentoutumistarkoituksessa. Tämä lisää epäterveellistä syömiskäyttäytymistä. Näin ollen on oleellista vähentää ärsykejä tai oppia selviytymään niiden kanssa laatimalla yksilökohtainen suunnitelma, joka sisältää mm. ärsykkeiden hallintaa, korvaavaa käyttäytymistä ja uusia ajatusmalleja (Grave ym. 2013).

Kuitenkin esimerkiksi sekä Forman ja Butryn (2015) että Lillis kumppaneineen (2014) kritisoivat perinteistä käyttäytymisterapiaa ja käyttäytymistekniikoita hyödyntävää elintapaohjausta, joka sisältää ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä käyttäytymiseen liittyvien ja kognitiivisten taitojen kehittämistä, monista hyvistä tuloksista huolimatta. Syynä tähän on se, että tulokset eivät silti ole kovin pysyviä pitkällä aikavälillä ja ohjauksessa pysyminen tai opittujen tekniikoiden noudattaminen varsinkin ei-kontrolloidussa ympäristössä on heikkoa (Lillis ym. 2014; Forman & Butryn 2015). Forman ja Butryn (2015) painottavat, että ihmisillä on synnynnäinen vietti syödä hyvänmakuista ja epäterveellistä ruokaa sekä taipumus säästää energiaa ja hakea nautinnollisia hetkiä, mikä on ristiriidassa terveystavoitteiden kanssa. Nyky-yhteiskunnassa epäterveellistä ruokaa sekä työtä ja liikkumista helpottavia välineitä on tarjolla yllin kyllin. Ajoittain ihmisten itsesäätely pettää ja tullaan kyvyttömäksi hallita käyttäytymistä, jolloin annetaan periksi ulkoisille ja sisäisille ärsykeille (Forman & Butryn 2015).

Forman ja Butryn (2015) selventävät, että käyttäytymistä on mahdollista hallita paremmin, jos yksilö määrittelee arvonsa ja sitoutuu niistä johdettuihin tavoitteisiin sekä lisää metakognitiivista tietoisuuttaan. Oleellista on, miten paljon sietää ärsykejä, kokemusperäistä ahdistusta ja epämiellyttäviä oloiloja sekä toisaalta miten paljon on valmis luopumaan tietyistä nautinnon hetkistä (Forman & Butryn 2015). Ratkaisuksi on ehdotettu kolmannen aallon käyttäytymisterapioihin lukeutuvaa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa (HOT, englanniksi acceptance and commitment therapy, ACT), jonka avulla voidaan vaikuttaa näihin seikkoihin sekä psykologiseen joustavuuteen ja jota voi toteuttaa perinteisen käyttäytymisterapian ohella (Lillis ym. 2014; Forman & Butryn 2015). Lilliksen ja muiden (2014) mukaan ACT:ssa hyödynnetään hyväksynnän, tietoisuuden (mindfulness) ja arvoihin liittyviä prosesseja psykologisen joustavuuden kehittämiseksi. Oleellista on kykyä toimimaan oman arvopohjan perusteella epämieluisien ajatusten, tunteiden ja tuntemusten vallitessa. Tarkoitus ei ole muuttaa tai kontrolloida niitä, vaan muuttaa omaa suhdettaan niihin sekä korostaa joustavuutta ehdottomuuden sijaan (Lillis ym. 2014).

Forman ja Butryn (2015) selventävät, että hyväksymis- ja omistautumisterapian idea on selkiyttää arvoja ja tavoitteita, mitkä ovat yksilölle tärkeitä sekä suunnitella, miten niiden ja merkityksellisemmän elämän suuntaan voidaan edetä. Toisaalta on tärkeää hyväksyä ja oppia käsittelemään (ei välttelemään) epämiellyttäviä tunteita, ajatuksia ja tilanteita tietoisuustaitojen avulla muuttaen lähestymistapaa asioita kohtaan. Itsenäisesti ja tarkasti määritellyt arvot, motivaatio ja omistautuminen ovat koko ajan metakognitiivisten taitojen ja tietoisuuden ohella terapian keskiössä. Se, pysyykö päätöksentekohetkellä perimmäisille arvoille uskollisena vai antaako periksi välittömille nautintoa lisääville tai epämiellyttävää tunnetta vähentäville mielihaluille, ratkaisee (Forman & Butryn 2015). Lillis ja muut (2014) sanovat, että perinteiseen käyttäytymisterapiaankin voi integroida hyväksymisterapian elementtejä, kuten pitkän tähtäimen merkityksellisten arvojen asettamista, ärsykkeiden ja omaseurannan tietoista käsittelyä sekä niiden hyväksyntää. Niin on mahdollista parantaa painohallinnassa onnistumista, mutta yhdistelmäinterventioiden suunnitteluun täytyy kiinnittää huomioita, sillä terapiamuodot poikkeavat toisistaan (Lillis ym. 2014).

Painonhallintaohjaukseen olisi myös hyvä lisätä emotionaalisia ja sosiaalisia аспекteja, jotta se olisi sekä vaikuttavampaa että kokonaisvaltaista ja asiakaskeskeistä, toteavat Brown ja Wimpenny (2010). Heidän mukaan teoriaan ja näyttöön perustuvat sosiaalisen tuen teoria, psykobiologinen lähestymistapa ja attribuutioteoria ovat hyviä holistisia lähestymistapoja

painonhallinnassa. Sosiaalisen tuen teoriassa korostetaan sosiaalisten suhteiden merkitystä koko elinympäristössä. Saatu tuki voi olla emotionaalista, välineellistä, informatiivista tai arvioivaa sekä vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti painonhallintaan. Psykobiologiassa lähestymistavassa ylipainoiselle selvennetään miten elimistön biologia ja erilaiset mekanismit ovat yhteydessä aivotoimintaan sekä vaikuttavat lihavuuteen, liittyen esimerkiksi nälän tunteen hallintaan. Attribuutioteoriassa taas kiinnitetään huomiota sisäiseen ja ulkoiseen kontrollikäsitteeseen painonhallinnassa onnistumisessa. Painonhallintauskomukset ja tunteet ovat oleellisessa asemassa, joten niitä olisi hyvä muuttaa positiivisemmiksi sekä voimaannuttaa yksilöä. Näiden ohjauskeinojen käyttö ei kuitenkaan ole aina helppoa. Tarvitaan uutta asennoitumista, rakenteita sekä ammattitaitoa. Lisäksi niin asiakkaalta kuin ohjaajalta vaaditaan reflektiivisyyttä, jotta voisi osallistua omaan painonhallintaan liittyvään päätöksentekoon sekä olla tekemisistään ja ajatuksistaan tietoisempi (Brown & Wimpenny 2010). Lisääntyneellä tietoisuudella, tunteilla, kognitioilla ja käyttäytymiseen liittyvillä mekanismeilla on suuri merkitys elämänhallinnassa. Olisi tärkeää pystyä vaikuttamaan potilaan käsitykseen riskistään niin, että se olisi mahdollisimman realistinen ja informatiivinen sekä antaa tukea ja välineitä toivottomuuden ja ahdistuneisuuden lievittämiseen (Vähäsarja ym. 2015).

Seuraavassa luvussa tarkastellaan syvällisemmin elintapaohjausta ja sitä hyödyntäviä toimivia interventioita. Lisäksi paneudutaan tarkemmin ryhmämuotoiseen painonhallintaan sekä ohjauksessa huomioitaviin seikkoihin.

3 ELINTAPOHJAUS JA RYHMÄTOIMINTA

Käypä hoito -suosituksen (Lihavuus 2013) sekä Mustajoen ja muiden (2009) mukaan lihavuuden ehkäisykeinona suositellaan ensisijaisesti suunnitelmallista ja intensiivistä, ruokavalioon ja liikuntaan sekä ajatuksiin ja asenteisiin painottuvaa elintapaohjausta. Vasta vaikeammissa tapauksissa käytetään lääke- tai leikkaushoitoa. Ohjauksessa keskitytään syömisen hallintaan, ruokavalion energiamäärän vähentämiseen ja riittävien ravintoaineiden saantiin sekä fyysisen aktiivisuuden eli kulutuksen lisäämiseen: Tavoitteena ovat toimintakyvyn, kunnan ja elämänlaadun paraneminen, myönteiset elintapamuutokset, liitännäissairauksien väheneminen, painonlasku ja pysyvät tulokset (Mustajoki ym. 2009, Lihavuus 2013).

Salmela ja kumppanit (2010) toteavat, että elintapaohjaukseen liittyy sekä teoriaan että näyttöön perustuva näkökulma, jotka toimivat toisiaan täydentävästi. Vänskä ja muut (2011, 15 – 19) määrittävät ohjauksen monitahoiseksi, eri tilanteissa eri teorioita ja menetelmiä hyödyntäväksi vuorovaikutukselliseksi ja tavoitteelliseksi opastukseksi, johon liittyvät tiedon antamisen, neuvonnan, terapian, konsultaation ja oppimisen elementit. Käypähoito -suosituksessa (Lihavuus 2013) painotetaan, että ratkaisukeskeinen, teoriaperusteinen, motivoiva ja asiakaslähtöinen ote käyttäytymismuutosten ohjauksessa auttaa henkilöä vanhoista tavoista luopumisessa, niiden muokkaamisessa ja uuden oppimisessa. Siinä pyritään konkreettisuuteen, realismiin, voimavarakeskeisyyteen ja tietoisuuden lisäämiseen. Henkilön muutosvalmius, kyvykkyys ja tavoitteellisuus ovat avainasemassa. Ohjauksessa on hyvä tunnistaa uhkatekijöitä, mutta toisaalta keskittyä myönteisiin asioihin (Lihavuus 2013).

Huolimatta siitä, että elintapaohjausta pidetään oleellisena ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä, ei sitä silti ole kohdennettu tarpeeksi (Heintze ym. 2010; Pickett-Blakely ym. 2011). Lohduttavaa kuitenkin on, että elintapaohjausta saavat eniten apua tarvitsevat riskiryhmäläiset kuten merkittävästi ylipainoiset ja yksilöt, joilla on joko suurentunut sairastavuus- ja kuolemanriski tai liitännäissairauksia (Alexander ym. 2011; Lihavuus 2013). Neuvonta kannattaisi kuitenkin suunnata kaikille ylipainoisille – varsinkin lihavuuden yleistyessä – jotta myös muiden kuin vain vakavasti lihaviin hyvinvointi kohenisi (Janiszewski & Ross 2010). Elintapaohjauksella voikin vaikuttaa suureen osaan väestöstä, joten sen tulisi olla osa terveydenhuollon perushoitoa (Mustajoki ym. 2009). Lihavuuden hoitoon tulisi suhtautua kuten muiden pitkäaikaissairauksien hoitoon ja suunnitella hoito yhteistyössä potilaan kanssa (Lihavuus 2013).

3.1 Millainen on hyvä painonhallinta- tai elintapamuutosinterventio?

Erilaisten elintapamuutosinterventioiden painonhallintavaikutuksia. Sekä ruokavalio- että liikuntapainotteisia painonpudotukseen ja -hallintaan tähtääviä interventioita on toteutettu paljon. Näyttäisi siltä, että liikuntaan painottuvilla interventioilla ei saada yhtä hyviä painonpudotustuloksia kuin ruokavalioon painottuvilla interventioilla (Johns ym. 2014; Robertson ym. 2014; Schwingshackl ym. 2014). Ruokavalioon keskittyvät interventiot (joissa liikunta voi olla osana) pudottavat painoa 3 – 5 kiloa vuoden ja 2 – 3 kiloa kolmen vuoden seurannassa sekä parantavat ruokavaliota (Greaves ym. 2011). Liikunta auttaa etenkin pitkällä aikavälillä painonhallinnassa ja voi tuoda lisähyötyä (Shaw ym. 2006; Lihavuus 2013; Johns ym. 2014). On hyvä ottaa huomioon, että varsinkin miehet suhtautuvat myönteisesti liikuntaa sisältäviin painonhallintainterventioihin (Robertson ym. 2014). Vaikkei paino tippuisikaan, niin liikuntainterventiot edistävät terveyttä esimerkiksi vähentämällä vatsaontelon sisäistä rasvaa (Vissers ym. 2013), parantamalla kuntoa ja verenkiertoelimistön terveyttä (Wadden ym. 2012) kuten rasva- ja sokeriarvoja sekä alentamalla verenpainetta (Shaw ym. 2006). Ne myös nostavat fyysisen aktiivisuuden tasoa (Greaves ym. 2011) ja säilyttävät rasvatonta massaa (Washburn ym. 2014). Näin ollen olisi hyvä tarjota monipuolisesti erilaisia vaihtoehtoja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen, johon ihmisillä olisi aikaa ja mielenkiintoa (Wadden ym. 2012).

Pelkkään ruokavalioon tai fyysiseen aktiivisuuteen keskittyvät interventiot eivät kuitenkaan ole yhtä toimivia kuin sellaiset interventiot, joissa painotetaan molempia osa-alueita (Schwingshackl ym. 2014; Washburn ym. 2014). Kaikista parhaiten painonhallinnassa onnistutaan yhdistelmäelintapainterventioilla, jossa on mukana kaikki kolme näkökulmaa: ruokavalio, fyysinen aktiivisuus ja käyttäytymisen muutoksen tukeminen; painonpudotuksen lisäksi vyötärön ympärys, rasvan määrä ja verenpaine laskevat, rasva- ja sokeriarvot paranevat, liikunnan harrastaminen lisääntyy sekä kunto, ruokavalio ja terveyteen liittyvä elämänlaatu paranevat (Lin ym. 2010; Andersson ym. 2011; Arrebola ym. 2011; Lihavuus 2013; Schwingshackl ym. 2014; Washburn ym. 2014). Muutokset ovat suurempia niillä, jotka laihtuttavat enemmän ja joilla on aineenvaihdunnallisia häiriöitä (Janiszewski & Ross 2010). Suomessakin on menestyksekkäästi toteutettu useita lihavuuden hoitotutkimuksia mm. terveydenhuollon organisaatiossa (Lihavuus 2013). Lisäksi elintapaohjauksen on esimerkiksi todettu olevan tehokas (Knowler ym. 2001; Greaves ym. 2011; Uusitupa ym. 2011) ja kustannustehokas (Gilles ym. 2008) aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyssä. Lihavuuden ehkäisyssä elintapaohjaus voi myös olla kustannustehokasta sekä joissain tapauksissa voi tuottaa jopa

kustannussäästöjä etenkin pitkällä aikavälillä, varsinkin jos se kohdistuu lihaviin yksilöihin eikä paino lähtisi takaisin nousuun (Galani ym. 2007; Forster ym. 2011; Lehnert ym. 2011; Loveman ym. 2011). Pelkällä lyhyellä neuvojen, valistuksen tai esitteiden antamisella vastaanotolla tai kasvokkain tapahtuvalla matalaintensiteettisellä interventiolla, jossa tavataan alle kuukausittain, ei ole juuri vaikutusta painonpudotuksessa (Jensen ym. 2013).

Yhdistelmäinterventioissa on fyysisten ulottuvuuksien tukena yleensä uusia taitoja kehittävää kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja erilaisia käyttäytymisen muutokseen tähtääviä tekniikoita (Greaves ym. 2011; Loveman ym. 2011; Grave ym. 2013; Johns ym. 2014; Robertson ym. 2014). Yleisesti painonhallintainterventioissa käytettyjä käyttäytymisen muutokseen tähtääviä ja käyttäytymisterapiassa käytettyjä keinoja ovat tavoitteiden asettelu, toiminnan ja ajatusmallien uudistaminen, sosiaalisen tuen integroiminen interventioon, itsepuhelu ja mielikuvaharjoittelu, omaseuranta, esteiden tunnistaminen, repsahdusten ehkäisy ja suunnitelmat haasteiden varalle, ongelmanratkaisukeskeisyys, erilaisten ärsykkeiden hallinta, itsensä vahvistaminen, päiväkirjat, askelmittarien käyttö, palautteen anto, ohjaus käytäntöön sekä kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva keskustelu (Greaves ym. 2011; Loveman ym. 2014; Wadden ym. 2012; Hartmann-Boyce ym. 2014b; Robertson ym. 2014).

Näitä edellä mainittuja menetelmiä painonhallintainterventioissa vaihtelevasti hyödyntäen on onnistuttu laihtumaan keskimäärin kahdeksan kiloa puolessa vuodessa (Jensen ym. 2013), mikä on 2,5 – 5,5 kiloa enemmän verrattuna niihin interventioihin, joissa käyttäytymisen muutokseen tähtääviä tekniikoita ei ole käytetty (Greaves ym. 2011). Motivoiva haastattelu, käyttäytymisterapia sekä kasvatus ja neuvonta ovat tuottaneet eniten tulosta (Noordmann ym. 2012). Motivoivaa haastattelua hyödyntävissä interventioissa painonlasku on ollut suurempaa ja interventiossa pysytään paremmin (Armstrong ym. 2011; Hardcastle & Hagger 2011). Mutta on saatu myös ristiriitaisia tuloksia, sillä Hartmann-Boyce ja kumppanit (2014b) nimittäin näkivät katsauksessaan vain ravitsemusneuvojan tapaamisen, kalorien laskemisen sekä käyttäytymisen vertailun muihin vaikuttavan positiivisesti. Yleisesti ottaen joidenkin tutkimusten mukaan käyttäytymismuutostekniikat parantavat tuloksia (Greaves ym. 2011, Jensen ym. 2013; Johns ym. 2014; Washburn ym. 2014) ja joidenkin mukaan taas ei (Hartmann-Boyce ym. 2014b; Lillis ym. 2014; Forman & Butryn 2015). Näin ollen koska aikaisemmin saadut tutkimustulokset ovat paikoittain hyvin ristiriitaisia keskenään, niin kirjallisuuskatsauksessa luotettavan tiedon tuottaminen ja johtopäätöksien tekeminen hyvistä tekniikoista sekä eri menetelmien vaikuttavuudesta on hankalaa. Olisi hyvä, että tutkimuksissa raportoitaisiin tausta-

tiedot ja menetelmät mahdollisimman tarkkaan käyttäen olemassa olevia luokitteluja. Siinä mielessä Abrahamin ja Michien (2008) luoma lista eri tekniikoista voisi varmasti olla hyödyksi tulevaisuuden tutkijoille. Lisäksi jos jotain teoriaa käytetään tutkimuksen pohjana, niin olisi hyvä selvittää, onko se siihen nojaava vai tuoko se siitä vain joitakin elementtejä itse tutkimukseen kuten Salmela ja kumppanit (2010) toivat esille.

Painonpudotuksen pysyvyys. Suurin painonpudotus yhdistelmäinterventioissa saavutetaan yleensä kuuden kuukauden paikkeilla (Grave ym. 2013; Dombrovski ym. 2014; Loveman ym. 2011), mutta sen jälkeen paino yleensä kuitenkin alkaa lähteä jälleen nousuun (Loveman ym. 2011; Wadden ym. 2012). Tulokset saadaan kohtalaisesti pidettyä kaksi tai joskus jopa kolme vuotta, mutta pudotetusta painosta noin puolet lihotaan takaisin (Barte ym. 2010; Washburn ym. 2014). Interventiotyypillä (ruokavalio/liikunta/molemmat) ei ole huomattu olevan vaikutusta painon uudelleen nousuun (Washburn ym. 2014), mutta mitä enemmän alun perin on laihdutettu, sitä parempi lopullinen laihdutustulos on 1 – 5 vuoden seurannassa (Barte ym. 2010). Oleellista on käydä säännöllisesti järjestetyissä tapaamisissa (Middleton ym. 2012). Painonhallintavaiheessa tulokset ovat olleet paremmat niillä, jotka ovat saaneet tukea elintapamuutokseen vielä painonpudotusvaiheen jälkeen (Middleton ym. 2012; Wadden ym. 2012; Dombrovski ym. 2014). Jatkotukea saaneet saavat ylläpidettyä laihdutustulostaan noin kolme kiloa enemmän kuin tukea saamattomat puolentoista vuoden seurannassa (Middleton ym. 2012) ja 35 – 60 % pystyvät ylläpitämään vähintään 5 %:n alkuperäisen painonlaskun (Jensen ym. 2013).

Muita vaikuttavan intervention elementtejä. Vaikuttava interventio on pitkäaikainen, monimuotoinen ja intensiivinen (Wollner ym. 2010; Greaves ym. 2011; Kreider ym. 2011) sekä sen täytyy olla myös tavoitteellinen, jossa ruoka- ja liikuntatottumuksia muutetaan pysyvästi, sillä muuten tuloksellinen painonpudotus ei ole mahdollista (Lihavuus 2013). Robertsonin ja muiden (2014) mukaan miehet, jotka osallistuvat interventioon, pysyvät siinä paremmin kuin naiset, mutta ohjelman pitää olla yksinkertainen, faktoihin perustuva ja informatiivinen sekä huumorilla kevennetty.

Elintapaohjauksessa on yleensä 5 – 15 tapaamiskertaa (Lihavuus 2013) ja interventioiden kesto vaihtelee kolmesta kuukaudesta kolmeen vuoteen (Dombrovski ym. 2014), yleensä aloitusjakson kuitenkin kestäessä 4 – 6 kuukautta (Butryn ym. 2011). Intensiivisyyden määrittely on eri tahoilla erilaista, sillä intensiiviseksi voidaan katsoa interventio, jossa tapaamisia on vähin-

tään 14 puolen vuoden sisällä (Jensen ym. 2013) tai jos tapaamisiin käytetään aikaa yhteensä yli kuusi tuntia (Lin ym. 2010). Yleensä painonpudotusjaksolla tavataan viikoittain ja painonhallintavaiheessa joka toinen viikko (Butryn ym. 2011). Myös kohtalaisella intensiteetillä (1 – 2 tapaamista kuukaudessa) toteutetut interventiot laskevat painoa 2 – 4 kiloa vuoden sisällä (Jensen ym. 2013). Useammat ja tiheimmät tapaamiset, jatkotapaamiset sekä niihin käytetty aika parantavat painonpudotukseen liittyviä tuloksia (Fjeldsoe ym. 2011; Greaves ym. 2011; Middleton ym. 2012). Toisaalta tuoreessa katsauksessa ei taas löydetty useampien tapaamisten tai etäkontaktien vuoden aikana vaikuttavan merkittävästi painonhallintatuloksiin (Hartmann-Boyce ym. 2014b). Painonhallintavaiheen optimaalisesta kestosta ja intensiivisyydestä ei ole vielä varmuutta (Grave ym. 2013).

Yleisesti ottaen intervention toteutuspaikalla (koti, työpaikka, yhteisö) tai ohjausta antavan koulutetun asiantuntijan taustalla (lääkäri, hoitaja, ravitsemusterapeutti, liikuntaneuvoja) ei näytä olevan huomattavaa merkitystä (Greaves ym. 2011), mutta etenkin ateriankorvikkeita hyödyntävät kaupalliset interventiot sekä muut kaupalliset interventiot ovat olleet tuloksellisia (Hartmann-Boyce ym. 2014a). Lisäksi yhteisöinterventiot ovat olleet lupaavia (Grave ym. 2013). Paras ohjausmenetelmä näyttäisi olevan kasvotusten tapahtuva ohjaus (Jensen ym. 2013; Dombrovski ym. 2014), mutta yhteydenpitotavalla ei kuitenkaan näyttäisi olevan hirveän suurta merkitystä (Hartmann-Boyce ym. 2014b). Sekä puhelimen ja sähköpostin välityksellä että web-pohjaisilla ratkaisuilla voidaan saavuttaa samansuuntaisia tuloksia kuin kasvotusten tapahtuvalla ohjauksella kunhan yhteydenpitoa on riittävästi (Appel ym. 2011; Wieland ym. 2012; Grave ym. 2013; Lihavuus 2013). Uutta teknologiaa hyödyntämällä voidaan saavuttaa eri kohderyhmiä ja saada aikaan lisää hyviä tuloksia (Wadden ym. 2012; Dombrovski ym. 2014) – vieläpä kustannustehokkaasti (Butryn ym. 2011).

Vaikka elintapaohjauksella on saatu aikaan hyviä tuloksia, niin kuitenkin ristiriitaista on, että eräässä tuoreessa systemaattisessa katsauksessa (Hartmann-Boyce ym. 2014a) saatiin selville jokapäiväisissä normaaleissa olosuhteissa toteutettujen yhdistelmäinterventioiden, joiden toteutukseen ei tarvittu erikoisjärjestelyjä, lisähenkilöstöä tai -infrastruktuuria, tuottavan vain vaatimattomia muutoksia. Etenkin perushoidossa esimerkiksi terveystieteiden yleislääkärin toteuttamien painonhallintainterventioiden ei huomattu olevan juurikaan vaikuttavampia verrattuna kontrolliryhmiin (Hartmann-Boyce ym. 2014a). Samansuuntaisia tuloksia perushoidon osalta on saatu muissakin katsauksissa (Grave ym. 2013; Jensen ym. 2013; Booth ym. 2014). Toisaalta perushoidossa toteutetut interventiot eivät yleensä ole olleet kovin intensiivisiä (Jen-

sen ym. 2013). Ongelmana ovat riittämättömät terveydenhuollon resurssit kuten yleislääkärin ajan ja koulutuksen puute sekä korvausasiat (Grave ym. 2013). Waddenin ja muiden (2014) mukaan ratkaisuna tähän voisi henkilökunnan koulutuksen lisäksi muuten kuin kasvotusten tapahtuva ohjaus (esimerkiksi puhelimen tai internetin välityksellä). Lisäksi saman organisaation muiden terveydenhuollon ammattilaisten hyödyntäminen intensiivisen elintapaohjauksen tarjoamisessa ja integroiminen perusterveydenhuoltoon olisi suositeltavaa (Wadden ym. 2014). Koska painonhallintaan ja elintapamuutokseen liittyvät tutkimustulokset eivät ole yhtenäisiä sekä tutkimukset ovat monesti laadultaan heikkoja, lyhytkestoisia tai eivät raportoi esimerkiksi käytettyjä käyttäytymismuutokseen tähtääviä tekniikoita ja teorioita tarkasti (Salmela ym. 2010; Fjeldsoe ym. 2011; Greaves ym. 2011; Grave ym. 2013), niin tutkimusta tarvitaan edelleen.

Seuraavissa kappaleissa käsitellään edelleen monipuolista elintapaohjausta ja käyttäytymisterapiaa mutta pelkäävät ryhmäohjauksen näkökulmasta. Lisäksi tarkastellaan sosiaalisten tekijöiden merkitystä.

3.2 Ryhmämuotoinen painonhallinta

Kuten aiemmin todettiin, niin elintapaohjauksen kehityksen taustalla on erilaisia biopsykososiaalisia ja sosiaaliskognitiivisia teorioita ja käyttäytymismuutostekniikoita, joita voi soveltaa käyttäytymismuutoksen tukemisessa. Niissä korostuvat myös sosiaaliset aspektit, kuten sosiaalinen oppiminen ja tuki, yhteenkuuluvuuden tarve, sosiaalinen vertailu, roolimallina toimiminen ja psykologisten tekijöiden vaikutus sosiaaliin tilanteisiin. Esimerkiksi sekä Banduran (1977, 1991) sosiaaliskognitiivisessa teoriassa että Ryanin ja Decin (2000) itsemääräämisen teoriassa sosiaalisen ulottuvuuden ja aspektien kuten tilannesidonnaisuuden, muilta oppimisen, oman kyvykkyyden sekä yhteenkuuluvuuden tunteiden katsotaan vaikuttavan terveyskäyttäytymisen muutokseen ja motivaatioon. Prochaska ja DiClemente (1983) myös korostavat transteoreettisessa muutosvaihemallissaan sosiaalisen tuen merkitystä elintapamuutoksessa onnistumisessa, minkä vuoksi ohjauksessa tulisi huomioida tuen mahdollistaminen eri tahoilta. Ryhmäohjauksessa osallistujia voikin hyödyntää vertaistukea, vaihtaa kokemuksia ja oppia toisilta ryhmäläisiltä (Lihavuus 2013).

Sosiaalinen tuki yhdistetään hyvinvointiin sekä tunnetaan olennaisena terveystyöskäytännön muutokseen ja ryhmämuotoiseen painonhallintaan vaikuttavana tekijänä (Kiernan ym. 2012; Russel ym. 2013; Wing ym. 2014). Ryhmämuotoinen elintapaohjaus näyttää olevan yhtä vaikuttavaa kuin yksilöohjaus (Jensen ym. 2013; Lihavuus 2013) ja sitä suositaan mm. sen kustannustehokkuuden, ajansäästön ja ryhmädynamiikan mahdollistamisen vuoksi (Absetz 2011, 87, 92; Lihavuus 2013). Ryhmässä tulee esille useita näkökulmia, erilaisten ajattelu- ja toimintamallien sekä osaamisen ja kokemusten jakamista (Absetz 2011, 92 – 93). Viime aikoina on arvioitu, että ryhmäohjaus olisi jopa vaikuttavampaa osaksi sitä kautta saadun ryhmän empatian, sosiaalisen tuen, verkostojen muodostumisen sekä terveen kilpailun vuoksi (Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009; Butryn ym 2013).

Hoddinott ja muut (2010) tähdentävät, että jo aluksi pitää tietää, mitä varten ryhmä on olemassa, miten se järjestäytyy, mitä siinä hyödynnetään, mihin sillä pyritään ja miten ryhmään pääsee. Ryhmäohjelma ja hoidon perusteet, ryhmän käytännöt ja säännöt, ryhmäläisten ja ohjaajan roolit ja vastuut sekä ryhmäläisten huolenaiheet omasta asioiden jakamisesta ja emotionaalaisesta ilmaisusta olisi hyvä käydä läpi ryhmätoiminnan alussa (Burlingame ym. 2012). Kannattaa ottaa huomioon ryhmään osallistujien mahdollinen järjestäytyminen, suhteet, asenteet, kommunikointi, ryhmän normit, yhtenäisyys, yhteiset tavoitteet ja niiden kehittyminen sekä olisi suositeltavaa varautua siihen, että ajan kuluessa ryhmäläisten vaikuttaessa toisiinsa toiminta voi muuttua (Hoddinott ym. 2010; Absetz 2011, 89). Painonhallinnassa onnistutaan paremmin, jos ryhmäläiset keskenään pohtivat jo etukäteen heitä todennäköisesti kohtaavia tunnetiloja laihdutuksen eri vaiheissa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009).

Käyttäytymismuutokseen tähtäävissä painonhallintainterventioryhmissä on Butrynin ja muiden (2011) mukaan tavallisesti 10 – 15 osallistujaa ja tapaaminen kestää 60 – 90 minuuttia. Siellä keskustellaan itsestä, kokemuksista ja käyttäytymisestä painonhallintaan liittyen muiden ryhmäläisten kanssa. Ohjauksessa asetetaan tavoitteita ja arvioidaan edistymistä, annetaan painonhallintavinkkejä sekä opetetaan uusia tietoja ja taitoja ryhmäläisille (Butryn ym. 2011).

Myös ryhmämuotoista elintapaohjausta on toteutettu paljon. Eräässä diabeteksen ehkäisytyöskentelyssä (Critchley ym. 2012) ryhmään osallistumisen voitiin todeta parantavan ruokailutottumuksia ja fyysistä aktiivisuutta, edistävän vyötärön ympäröityä ja painon tippumista sekä lisäävän motivaatiota, minäpystyvyyttä, positiivista mielialaa ja tietoa. Erikoista oli, että ryhmän kasvatuksellinen ja tietoa lisäävä puoli vaikutti eniten fyysisen aktiivisuuden käyttäyty-

mismuutokseen kun taas muut tekijät vaikuttivat vain välillisesti, mutta tämä voi johtua siitä, että diabetekseen asennoiduttiin sairautena (Critchley ym. 2012). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös tutkimuksessa (Greenwood ym. 2014), jossa tutkittiin diabeteskouluttajien antaman ryhmäohjauksen vaikutusta painonhallintaan, vaikkei diabetesta olisikaan. Lisäksi osallistujien verenpaine laski sekä elämänlaatu parani. Koulutetut diabeteskouluttajat voivat siis vetää onnistuneesti elintaparyhmiä, mikä on tärkeä osa terveydenhuollon resursseja (Greenwood ym. 2014).

Suomessakin on myös saatu hyviä tuloksia osana terveydenhuollon toimintaa mm. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksessa (Absetz ym. 2009): matalan intensiteetin ryhmäohjauksen avulla saatiin painoa putoamaan, lihavuutta laskemaan, sokeri- ja kolesteroliarvoja paranemaan sekä pystyttiin muuttamaan ryhmäläisten ravitsemus- ja liikuntatottumuksia kolmen vuoden seurannassa. Vaikka tulokset ovat vaatimattomampia kuin DPS -diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa, niin resurssit ja intensiteetin huomioon ottaen suuri osa matalan riskin väestöstä hyötyy hyvin tällaisesta interventtiosta (Absetz ym. 2009). Kurki ja muut (2008) tuovat esiin, että Suomessa toteutettu ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän kuntoutuksen yhteydessä on niin ikään ollut hyödyllinen: suotuisia muutoksia saavutettiin painossa ja vyötärön ympäryksessä, rasva- ja sokeriarvoissa, kunnossa, ruokavaliossa, liikuntamäärissä ja elämänlaadussa. Kuntoutujiista 25 % pudotti lähtöpainostaan vähintään 5 %, kahden vuoden seurannassa (Kurki ym. 2008). Lisäksi ravitsemusterapeutin vetämä ryhmäohjaus näyttää edistävän tuloksellisesti painonhallintaa (Alahuhta ym. 2009): noin puolet henkilöistä eteni muutosprosessissa puolen vuoden aikana. Toiminta muuttui miettimisestä konkreettiseksi toiminnaksi kuten liikunnan lisäämiseksi ja ruokailutottumusten muutoksiksi. Tavoitteiden asettaminen, konkreettiset elintapamuutokset, voimavarat sekä toivon säilyminen ja positiivisuus olivat tärkeitä seikkoja osallistujille (Alahuhta ym. 2009).

Painonhallintaohjaajien ryhmäohjaajakoulutusta on kehitetty Pieni Päätös Päivässä -projektissa osana Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmaa (DEHKO) (Turku & Heinonen 2005). Vuosina 2002 - 2004 toteutettujen painonhallintaryhmien ohjaajien palauttamien tulosseurantatietojen mukaan ryhmäläiset olivat laihtuneet keskimäärin 3,2 kg 2 – 12 kuukauden aikana. Koulutetuista ohjaajista noin 84 % arvioi ohjelman olevan toimiva käytännön työn näkökulmasta ja 81 % arvioi ryhmäläisten saaneen siitä eväitä pitkäjänteiseen painonhallintaan (Turku & Heinonen 2005). Myös lyhyen PPP -ryhmämallin on tutkittu olevan vaikuttava ainakin naisten painonhallinnassa (Kokkinen-Jussila ym. 2011): sekä ruokailu- että

liikuntatottumukset ovat muuttuneet terveellisemmiksi, uupumus vähentynyt sekä paino laskenut keskiarvolta noin 4 kiloa ja vyötärön ympärys 4 cm viiden kuukauden seurannassa. Kolmannes laihtui vähintään 5 % lähtöpainosta (Kokkinen-Jussila ym. 2011). PPP -mallista kerrotaan lisää vielä tuonnempana.

Huolimatta siitä, että painonhallintaryhmiä suositaan ja niiden puolesta on tutkimusnäyttöä, niin Hoddinott ja kumppanit (2010) kuitenkin toteavat ryhmämuotoisten terveyden edistämisen interventioiden tehokkuuden näytön olevan yleisesti hyvin sekalaista, joten olisi hyvä suunnitella, arvioida ja raportoida niitä systemaattisesti. Yksilöllisten mallien lisäksi käyttäytymisen muutoksessa olisi huomioitava myös ekologiset mallit sekä kiinnittää huomiota toimintaympäristön, ryhmämuotoisen intervention ja ryhmän sisäisten asioiden suunnitteluun ja arviointiin. Ryhmämuotoisten interventioiden onnistumiseen vaikuttavat monenlaiset seikat ja ne eivät ole selvästi nähtävissä, sillä ryhmässä on monia osapuolia, asenteita, suhteita ja tavoitteita, jotka elävät kaiken aikaa (Hoddinott ym. 2010). Lisäksi on ihmisiä, jotka tarvitsisivat elintapaohjausta, mutta ryhmätapaamiset tai niiden sovittaminen aikatauluun koetaan hankalana tai epämieluisana (Robertson ym. 2014), joten myös muiden erilaisten painonhallinnan ja siihen liittyvien tukimenetelmien kehittäminen on oleellisessa asemassa (Salmela 2012).

3.3 Sosiaalinen vuorovaikutus ja tuki painonhallintaryhmässä

Sosiaalisilla ihmisillä, etenkin naisilla, läheisten tuki auttaa onnistuneessa painonhallinnassa (Alahuhta 2010; Hankonen 2011). Erityisesti niille, jotka eivät saa tukea läheisiltään, ryhmäperusteisen intervention ryhmästä saadun sosiaalisen tuen merkitys on suuri (Hwang ym. 2010; Kiernan ym. 2012). Absetz (2011, 89 – 93) toteaa vuorovaikutuksen olevan oleellisessa asemassa ryhmätoiminnassa: ryhmäläiset ovat tekemisissä keskenään yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, mutta silti oman prosessin edistämiseksi, mikä luo erilaisia tilanteita, tunnetiloja ja rooleja. Pennin ja muiden (2013) mukaan ryhmätoiminnan ja käyttäytymismuutoksen aloittamisen, toteuttamisen ja ylläpidon onnistumisessa oleellisessa asemassa ovat sosiaaliset vaikutteet ja tuki (kuten sosiaalinen rooli ja identiteetti ryhmäläisten kesken). Myös Russell ja kumppanit (2013) tähdentävät, että sosiaalinen tuki ja yhteenkuuluvuus vaikuttavat elintapojen muutokseen, motivaatioon ja sinnikkyuteen henkilökohtaisella, ihmisten välisellä, ohjelmallisella sekä yhteisötasolla (Russell ym. 2013).

Ryhmätoiminta ja -prosessit koetaan tärkeinä ja positiivisina sekä tapaamisiin tullaan mielellään (Kurki ym. 2008; Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009; Östberg ym. 2011). Sekä ryhmäläisten että ohjaajan jakamat kokemukset ovat tärkeitä tekijöitä, jotka vaikuttavat painonhallintaryhmän mielekkyyteen (Russell ym. 2013). Ryhmässä syntyy usein yhteenkuuluvuuden tunne ja ilmapiiri, jossa ei tuomita vaan ymmärretään sekä saadaan toisista voimaa (Hwang ym. 2010). Osallistumisen myötä tunnetaan itsensä hyväksytyksi ja olevansa turvassa (Gallagher ym. 2012). Ryhmästä saatu tuki, samassa tilanteessa oleminen ja samankaltaiset tunteet yhdistävät ja helpottavat oloa sekä asioiden ja kokemusten jakamista ja ryhmän vastavuoroisuutta pidetään tärkeänä (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009; Hwang ym. 2010; Östberg ym. 2011; Gallagher ym. 2012; Russell ym. 2013). Samojen asioiden kanssa kamppailevista ryhmäläisistä saa lisäksi kannustusta ja motivaatiota, mikä edesauttaa muutosta (Penn ym. 2013). Sekä ohjaajien että muiden ryhmäläisten kerrotaan rohkaisevan jatkamaan prosessia repsahduksista ja takapakeista huolimatta (Kurki ym. 2008). Ryhmä auttaa lisäksi ongelmanratkaisussa (Russell ym. 2013), mutta aina asianmukaista tukea johonkin tiettyyn asiaan ei välttämättä saa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009) ja toisaalta harvemmin avaudutaan vaikeista psyykkisistä asioista (Östberg ym. 2011).

Ryhmämuotoiset puhelinsovellukset (Fukuoka ym. 2011) ja painonhallintasivustot (Hwang ym. 2010) voivat myös auttaa painonhallinnassa: sitä kautta saa niin ikään motivaatiota, kannustusta, itsekontrolli vahvistuu sekä niitä käyttäen voi joustavasti jakaa kokemuksia ja tietoa sekä kertoa tunteista ja vaikeuksista (Hwang ym. 2010; Fukuoka ym. 2011). Puhelinsovellusten reaaliaikaista tukea, palautetta ja neuvoja muilta osallistujilta sekä terveydenhoidon henkilöiltä arvostetaan (Fukuoka ym. 2011). Internetsivustojen käyttäjien mielestä heitä ei tuomita vaan kommunikoinnin koetaan olevan helpompaa, anonyymimpää ja hyväksyvämpää kuin kasvokkain tapahtuvan ohjauksen (Hwang ym. 2010).

Sosiaalisen tuen lisäksi ryhmä luo sosiaalista kontrollia eli ryhmään osallistuminen saa aikaan käyttäytymisnormeja ja rooliodotuksia sekä pientä kilpailuasetelmaa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009). Tilivelvollisuuden tunne ryhmää kohtaan ja kaverillinen kilpailu kasvattavat itsekontrollia sekä voivat parantaa tuloksia (Hwang ym. 2010; Russell ym. 2013). Östberg ja kumppanit (2011) selventävät, että ryhmän aikaansaama kilpailu ja painostus koetaan tärkeäksi myös siksi, ettei haluta epäonnistua siitä aiheutuvan häpeän tunteen vuoksi. Pitkän tähtäimen painonhallintaa varten – varsinkin itsesäätelyn ja omaseurannan strategioihin – olisi hyvä tarjota jonkinlaista jatkotukea (Östberg ym. 2011). Myös Hardcastlen ja Haggerin

(2011) mukaan tapaamisia ryhmätoiminnan jälkeen toivottaisiin olevan enemmän tarjolla, mikä lisää painonpudotustulosten pysyvyyttä (Butryn ym. 2011). Ryhmäjaksojen ja tapaamisaikojen mielletään olevan rajoittuneet eivätkä ryhmäläiset saa välttämättä puhuttua kaikista painonhallintaan liittyvistä asioista, minkä takia ryhmäohjelmaa voisi pidentää tai järjestää lisätapaamisia vaikka ilman ohjaajaa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009). Esimerkiksi Suomessa toteutetussa elintapaohjauksessa metabolisen oireyhtymän hoidossa saatiin selville, että yhteisesti koettua elintapamuutoksen haasteellisuutta ja ryhmän tukea pidettiin niin tärkeänä, että osallistujat tapasivat myös omatoimisesti järjestettyjen tapaamisten ulkopuolella (Kurki ym. 2008).

Nackersin ja kumppanien (2014) mukaan koettu ristiriita ryhmän kanssa on yhteydessä matalampaan painonlaskuun kun taas korkeampi koettu ryhmäidentiteetti oli yhteydessä suurempaan painonlaskuun. Läsnaolo tapaamisissa vaikuttaa välillisesti molemmissa tapauksissa, sillä alhaisempi läsnäolo oli yhteydessä suurempaan koettuun ristiriitaan ja välttelyyn ryhmän kanssa kun taas korkeampi läsnäolo korkeampaan koettuun ryhmäidentiteettiin (Nackers ym. 2014). Myös Wing ja muut (2014) ovat sitä mieltä, että ryhmäläisten osallistuminen vaikuttaa jonkin verran koko ryhmän osallistumiseen. Se voi johtua esimerkiksi siitä, että käyttäytymisestä otetaan helpommin mallia ja luodaan normeja ryhmän sisällä. Psykologiset tekijät ovat kuitenkin henkilökohtaisempia (Wing ym. 2014).

Ryhmämuotoisessa painonhallinnassa kannattaa hyödyntää ryhmädynamiikkaa (Turku & Heinonen 2005, 11). Ryhmäkoheesio on Franzin (2012, 180) mukaan yhtenäisyyttä ryhmäläisten välillä ja tehtävien yhteistä suorittamista: mitä enemmän ollaan sidoksissa ja tekemisissä ryhmänsisäisesti, sitä vahvempi koheesio on. Ryhmän painonhallintatulosten ollessa heikkoja ryhmäläiset eivät yleensä koe sidettä ryhmään toiminnan alussa, eikä yksittäinen osallistuja toiminnan lopussa (Gullo ym. 2014). Korkea ryhmäkoheesio taas vaikuttaa positiivisesti ryhmäläisten toimintaan ja tuloksiin (Burlingame ym. 2011; Franz 2012, 181 – 182). Burlingame ja muut (2011) selventävät, että koheesio ensimmäinen ulottuvuus on rakenne, joka kuvaa suhteen suuntaa, esimerkiksi ryhmäläisen käsitystä toisista ryhmäläisistä, ohjaajasta tai koko ryhmästä. Toinen ulottuvuus on suhteen laatu, johon liittyy yhteenkuuluvuus ja hyväksyntä sekä ihmistenväliset työsidokset ja ryhmäilmapiiri. Suhteen laatu voi näin ollen olla tunnepitoisesti positiivinen ja yhdistävä, tehtävämielessä positiivinen ja yhtenäinen tai tunnepitoisesti empatiaton ja ristiriitainen (Burlingame ym. 2011).

Yhteenkuuluvuuden ja ryhmäterapiatan tulosten väliseen korrelaatioon vaikuttavat Burlingamen ja kumppaneiden (2011) mukaan ryhmäläisten ikä, vetäjän teoreettinen suuntautuminen, toiminnan kesto, ryhmäkoko ja yhteenkuuluvuutta parantavat interventiot. Lisäksi yhteyttä selittäviksi tekijöiksi on esitetty mm. ryhmäläisten hyväksyntää, tukea, palautetta ja itsestä avautumista, mutta välillistä muuttujaa on ollut vaikea tutkia tutkimusten heterogeenisyyden ja koheesion käsitteen sekalaisuuden takia. Eniten yhteenkuuluvuus liittyy ryhmäläisten tulosten kehittymiseen ryhmissä, joissa hyödynnetään ihmisten välistä, psykodynaamista tai kognitiivis-käyttäytymissuuntautumista (Burlingame ym. 2011).

Franz (2012, 180 - 185) toteaa, että informaation jakaminen ja avoimuus parantavat luottamusta ja koheesiota ryhmän kesken. Ryhmän valta tai siinä olevan henkilön vaikutusvaltaisuus voi myös itsessään lisätä koheesiota. Persoonallisuuden piirteistä ekstroversio ja tunteiden tasapaino lisää sosiaalista koheesiota sekä tunnollisuus tehtäväkoheesiota ja ryhmän toimintaa. Mitä samankaltaisempia ryhmäläisten persoonallisuudet ovat, sitä parempi koheesio näyttäisi olevan, mikä toisaalta voi myös olla ryhmätoiminnan kannalta ongelmallista eriävien mielipiteiden ja luovuuden puutteen vuoksi (Franz 2012, 180 - 185). Yhteenkuuluvuus syntyy parhaiten pienessä ryhmässä (alle 10 henkilöä) ja ryhmässä, jonka toimintaan sisältyy vähintään 12 tapaamista (Burlingame ym. 2011). Dutton ja kumppanit (2014) ovat niin ikään selvittäneet ryhmän koon merkitystä ja toteavat, että pienessä ryhmässä saadaan parempia tuloksia, ryhmätoiminta on sitoutuneempaa sekä ryhmässä pysytään paremmin ja omaseuranta noudatetaan tunnollisemmin. Pienen ryhmän ilmapiiri on positiivisempi, yhtenäisempi ja yhteistyökykyisempi (Dutton ym. 2014). Toisaalta Wingin ja muiden (2014) tutkimuksessa ryhmän heterogeenisyyden tai ryhmäkoon ei huomattu vaikuttavan tuloksiin eikä painonpudotuksen myöskään juuri tiivistyvän ryhmän sisällä eli jos joku pudottaa painoa, vaikuttaa se vain vähän toisen ryhmäläisen tuloksiin.

Ryhmän ulkopuolelta saatu tuki on myös tärkeässä roolissa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009). Esimerkiksi perheen tuki on olennainen (Hardcastle & Hagger 2011; Russell ym. 2013). Lisäksi kumppanin tuki lisää miesten muutosmotivaatiota, mutta toisaalta kaverien negatiivinen suhtautuminen huonontaa sitä (Robertson ym. 2014). On kuitenkin hyvä tietää, että sosiaalisen tuen ja motivaation tai laihdutustulosten yhteys painonhallinnassa ei ole yksiselitteistä (Kiernan ym. 2012; Meltzer ym. 2012). Kiernanin ja muiden (2012) tutkimuksessa saatiin selville, että perheeltä ja ystäviltä tukea saaneista 72 % pudotti painoa sekä alle puolet niistä, jotka eivät saaneet perheeltä tukea, laihtuivat. Lisäksi ystäviltä saatu tuki terveelliseen

syömiseen sekä perheeltä saatu tuki liikuntaan ennustivat yli 5 %:n painonlaskua. Toisaalta erikoista on, että 80 % naisista, jotka eivät saaneet ystäviltä tukea, pudottivat silti painoa ehkä juuri ryhmästä saadun tuen vuoksi (Kiernan ym. 2012). Meltzer ja kumppanit (2012) taas tutkivat naimisissa olevien laihduttajien motivaation ja puolison antaman tuen yhteyttä. Kuten voi olettaa, jos laihduttava osapuoli etsii tukea puolisoltaan positiiviseen sävyyn ja saa sitä myös positiiviseen sävyyn, niin se auttaa motivoitumaan. Laihduttavan osapuolen kitinä, valitus ja vastuun välttely taas näyttäisi olevan yhteydessä painonnousuun sekä miehillä että naisilla. Toisaalta jos vaimo vastaa negatiivisella käyttäytymisellä kuten kritisoidulla, yhteenotolla tai torjumalla laihduttavan miehensä negatiiviseen käyttäytymiseen, niin se taas saattaa auttaa heitä motivoitumaan. Vaimojen osalta kuitenkin oli sama, vastaako mies naisen negatiiviseen käyttäytymiseen positiivisella vai negatiivisen suhtautumisella (Meltzer ym. 2012). Arkielämän sujuvuus, myönteiset tunnetilat ja asenteet edistävät painonhallinnassa onnistumista, mutta se ei sovellu ihmisiin, joilla on vaikeampi elämäntilanne eikä sosiaalista tukea lähiympäristössä ole tarjolla (Tuomarila & Sarlio-Lähteenkorva 2009).

3.4 Ryhmän järjestäminen ja ohjaajan rooli painonhallintaohjauksessa

Gallagherin ja muiden (2012) mukaan erilaisten asiakkaiden tarpeisiin tarvitaan moniammatillisia ryhmiä ja osaamista. Turku ja Heinonen (2005) korostavat, että organisaatiolta että ohjaajalta vaaditaan paljon ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen onnistumiseksi. Edellytyksiä ovat organisaation taustatuki, työnkuvan ja ajankäytön suunnittelu, ohjaajan erityisosaaaminen sekä ohjausideologian omaksuminen. Organisaatiolla on oltava riittävästi resursseja ja tukea ohjaajille. Tämä tarkoittaa toiminnan taustalla olevaa vastuutiimiä, hallintoa tai esimiestä, jotka motivoivat ohjaajaa. Lisäksi tarjolla tulisi olla koulutus- työhönujoaus-, ja oheismateriaalin käyttömahdollisuuksia sekä asianmukainen ryhmätila. Organisaation toimesta tulisi resursoida painonhallintaryhmät suunnitteluineen osaksi ohjaajan perustyötä, ja huomioida työaikaseuranta sekä mahdollisen ylityön korvausperiaatteet (Turku & Heinonen 2005).

Ryhmäohjauksessa täytyy ottaa huomioon miten ohjaus ja ohjaajat järjestetään ryhmään (Hoddinott ym. 2010). Vetäjän tulisi olla sopiva osallistujien tilanteeseen ja hänen pitäisi räätälöidä ohjelma heitä varten (Gallagher ym. 2012). Robertson ja kumppanit (2014) tähdentävät, että on hyvä miettiä painonhallintaryhmän toteuttamisen mielekkyyttä kohderyhmän näkökulmasta. Esimerkiksi joskus miehet haluaisivat, että olisi tarjolla pelkästään miehille

suunnattuja painonhallintaryhmiä. Lisäksi miehet näyttävät osallistuvan paremmin interventiioihin, jotka järjestetään yhteisöissä tai työpaikalla (Robertson ym. 2014). Heintzen ja muiden (2010) mukaan ohjauksen haasteita näyttävät olevan mm. yksilöllisyyden puute ja se, etteivät potilas ja lääkäri ole painonhallinnasta samaa mieltä. Olisi hyvä sisällyttää henkilökohtaisia-kin ohjeita mukaan ryhmäohjaukseen, jotta jokainen hyötyisi mahdollisimman paljon (Galagher ym. 2012). Ryhmäläiset kokevat tiedon juurruttamisen jokapäiväiseen elämään haasteelliseksi (Kurki ym. 2008). Tiedon ja teorian ymmärtäminen, sen uudelleen jäsentäminen sekä käytäntöön soveltaminen auttaa onnistumisessa ja positiivisten tunnetilojen aikaansaamisessa, minkä vuoksi on tärkeää että ohjaaja on tarpeeksi ammattitaitoinen ja koulutettu sekä tukimateriaalia tulisi olla tarjolla (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009).

Vetäjän roolia, sitoutuneisuusasetta, johtotyylä ja ryhmän joustavuutta kannattaa miettiä ennalta, sillä suhde ohjaajan ja ryhmäläisten välillä on moniulotteinen sekä esimerkiksi kunnioituksen saamiseen vaikuttavat ohjaamistekniikat ja ryhmäläisten kohtelu (Hoddinott ym. 2010). Absetz (2011, 89 – 93; 96 – 102) korostaa, että ryhmänvetäjän tulee ottaa jokainen kunnioittavasti huomioon yksilönä, puhutella nimillä, kuunnella, antaa tilaa, tukea muutospuhetta, keskittyä positiiviseen, rohkaista, mutta jättäytyä silti passiiviseksi toimijaksi ryhmäläisiin verrattuna. Burlingame kumppaneineen (2011) on myös listannut asioita, mitä tarvitaan oikeanlaisen ryhmäilmapiirin luomisessa ja ylläpitämisessä, jotta ryhmän koheesio paranisi ja ryhmäterapia olisi tuloksellista: ensinnäkin ilmaisun ja kanssakäymisen tulisi olla asiallista, ymmärtäväistä, kannustavaa ja avointa, jotta ryhmäläiset avautuisivat kokemuksistaan ja tunteistaan aihepiirien mukaisesti sekä palautteenannon jatkuvaa eri toimijoiden välillä. Emotionaalisen ilmapiirin ylläpidossa ohjaajalta vaaditaan tasapainoilua emotionaalisen tuen antamisen sekä osallistujan käyttäytymisen ja kokemusten huomioimisen välillä. Täytyy olla ymmärtäväinen, aito, aktiivinen, kehittää suhdetta ryhmäläisiin ja pidättäytyä negatiivisesta reagoinnista (Burlingame ym. 2011). Idea on motivoimalla ja voimaannuttamalla tukea ryhmäläisten autonomiaa (Absetz 2011, 89 – 93; 96 – 102). Ennen kaikkea on tärkeää luoda hyvä, luotettava ja turvallinen ryhmäilmapiiri, jossa jokainen tuntee olonsa hyväksytyksi. Ohjaajan rooliin kuuluu myös pystyvyyden tunteen vahvistaminen, tavoitteiden määrittelyssä auttaminen ja toimintatavoissa opastaminen. Siinä tarvitaan ryhmäläisten ja heidän erilaisten roolien tuntemusta. Ohjaustyöhön ja pitkäjänteiseen muutosprosessiin sitoutuminen, oman ohjauksen ja asenteiden reflektointikyky ja joustavuus sekä seuranta ja palaute ovat avainasemassa (Absetz 2011, 89 – 93; 96 – 102).

Ryhmänvetäjän uskottavuus vaikuttaa niin ikään painonhallintaryhmätoiminnan mielekkyyteen (Russell ym. 2013). Turun ja Heinosen (2005) mukaan ohjaajan tieto- ja taitopohjan hankkiminen painonhallinnasta, ravitsemuksesta ja liikunnasta sekä ryhmänohjaustaitojen ja valmentavan elintapaohjauksen hallitseminen ovat onnistuneen ohjauksen lähtökohtia. Myös laihdutususkomukset ja -tavoitteet täytyy ottaa huomioon, sillä ne vaikuttavat onnistumiseen (Penn ym. 2013). Lisäksi tulisi panostaa konkreettisiin toiminta- ja varmistussuunnitelmiin (Hankonen 2011). Ryhmän vetäjiltä tarvitaan tukea ja neuvoja etenkin niille, jotka ovat alttiita jäämään pois ryhmästä: on tärkeää löytää ja tarjota tehokkaita painonpudotustekniikoita ja -vinkkejä sekä keskustella realistisista mutta tavoitteellisista tuloksista (Yackobovitch-Gavan ym. 2015).

Jotta ryhmää voisi hyödyntää paremmin, tarvitaan tarkkoja ja innovatiivisia strategioita vaikuttamaan ryhmän normeihin, koheesioon ja sosiaalisen vaikuttamisen prosesseihin (Wing ym. 2014). Näin ollen ryhmäprosessin, ryhmädynamiikan ja konfliktitilanteiden tuntemus ja hallinta on vetäjälle eduksi (Absetz 2011, 89 – 90). Parempien tulosten tavoittelun vuoksi ohjaajan tulisi edistää koheesiota ryhmäterapiassa (Burlingame ym. 2011). Ryhmäidentiteetin luominen, ryhmätyön korostaminen, arvostuksen ja palkitsemisen huomioiminen sekä toisten kunnioittaminen voivat vahvistaa koheesiota (Franz 2012, 186). Sosiaalisia rooleja ja suhteita pitäisi valjastaa painonhallintaohjelmissa käyttöön monipuolisesti (Russell ym. 2013) sekä ryhmäläisten välisen kanssakäymisen merkitystä prosessissa korostaa (Burlingame ym. 2011). Olemassa olevia ihmissuhteita, ryhmien keskinäistä kilpailua tai sisäisiä aktiviteetteja voisi kehittää (Wing ym. 2014). Ohjaajien olisi hyvä tarkkailla ryhmäläisiä ja heidän ryhmäkäsityksiään sekä tunnistaa ne henkilöt, jotka eivät yhdenmukaista käsityksiään muiden ryhmäläisten kanssa sekä yrittää kannustaa keskusteluun ryhmäsuhteista ryhmäsiteen ja painonhallintatulosten parantamiseksi (Gullo ym. 2014). Ryhmäläisiä pitäisi myös omalta osaltaan kehottaa olemaan auttavaisia, interaktiivisia, ratkaisukeskeisiä, empaattisia, toisiaan tukevia ja kannustavia sekä pidättäytymään syyllistävästä, hyökkäävästä ja syrjivästä asenteesta (Burlingame ym. 2011).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Turun kunnan toteuttamiin painonhallintaryhmiin osallistuneiden työikäisten ($BMI \geq 30$) subjektiivisia kokemuksia ja suhtautumista painonhallintaan ja elintapamuutokseen. Tavoitteena oli kuvata painonhallinnan onnistumisen esteitä ja siihen liittyviä selviytymiskeinoja. Lisäksi selvitettiin ryhmän merkitystä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia vaikeuksia ryhmätoimintaan osallistuneilla ilmeni painonhallinnassa?
2. Miten vaikeuksista mahdollisesti selvittiin?
3. Miten painonhallintaryhmä auttoi vaikeuksista selviämisessä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Aineistonkeruu

Sain mahdollisuuden kerätä aineistoa Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä Turun kaupungin liikuntapalvelukeskuksen yhteisestä painonhallinnan hankkeesta ”Liikunnan Liikennevalot”, jossa ihmisiä ohjataan sopiviin liikunta- ja painonhallintaryhmiin palavan liikennevalon perusteella (kuva 2). Hankkeen osarahoittajana toimii LIKES. Gradussa on keskitytty punaiseen liikennevaloon ja rajasin kohderyhmäksi työikäiset, vähintään lihavat ($BMI \geq 30$) turkulaiset, jotka olivat osallistuneet Turun kaupungin toteuttamaan painonhallintaryhmään viimeisimmän vuoden aikana.

Mikä valo
sinulla palaa?



KUVA 2. Liikennevalomalli.

Pieni Päätös Päivässä -toimintaa koskevan DEHKO -raportin (Turku & Heinonen 2005) mukaan painonhallintaryhmäohjelman 3,5 kuukauden pituinen intensiivijakso koostuu 14 tapaamisesta viikon välein ja noin kolmen kuukauden mittainen seurantajakso kuudesta tapaamisesta kahden viikon välein. Seurantatapaaminen on vuoden kuluttua aloituksesta. 70 % ohjajista ilmoitti käyttäneensä PPP -ohjelmaa omassa työssään, mutta mallin mukaista ohjausta sovelletaan kuitenkin hyvin vaihtelevasti (Turku & Heinonen 2005).

Turun terveysasemilla on rakennettu painonhallintaryhmiä PPP -mallia mukailleen. Vetäjiksi on koulutettu kaupungin terveydenhoitajia ja liikuntaneuvojia. Työikäisille 20 – 65 -vuotiaille suunnattu maksuton 10 kerran kurssi tarjoaa tietoa ja välineitä painonhallinnan tavoitteeseen pääsemiseksi ravinnon, liikunnan ja yleisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Tapaamiset ovat viikon välein, jota seuraa kontrollitapaaminen puolen vuoden päästä (Turun kaupunki 2015)

Aihetta ja tutkimuskysymyksiä päätettiin lähestyä laadullisesti, sillä kvantitatiivista dataa on olemassa ennestään jo huomattavasti. Erityisesti oltiin kiinnostuneita siitä, millaista tietoa saadaan irti painonhallintaryhmiin osallistuneilta yksilöhaastattelun keinoin. Pyrkimyksenä oli syventää tietämystä painonhallintaan mahdollisesti liittyvistä vaikeuksista ja hyödyistä etenkin ryhmän näkökulmasta. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu avoin haas-

tattelu, koska haastattelutilanteesta haluttiin luoda syvälinen, mutta kuitenkin pitäen kiinni punaisesta langasta. Tarkoituksena oli saada tutkittavien mielipiteet ja kokemukset selville mahdollisimman perusteellisesti omin sanoin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75 – 77). Haastattelurunko on liitteenä (liite 3).

Tutkimusluvan graduaineiston hankintaan sain Turun kaupungilta ja henkilöiden rekrytoinnissa avusti paikallinen liikuntaneuvoja, joka kokosi halukkaiden osallistujien yhteystiedot ja antoi ne minulle haastattelujen sopimista varten. Haastateltaviksi valitut olivat osallistuneet painonhallintaryhmään vuoden 2013 alkupuolella. Haastateltavia oli yhteensä kymmenen ja haastattelut tehtiin kolmen päivän aikana Turun kaupungin terveysaseman tiloissa joulukuussa 2013. Kaksi henkilöä jätti tulematta haastatteluun, mutta sain sovittua heidän kanssaan puhelinhaastatteluajat kahden viikon sisään, jotka tein Jyväskylästä käsin. Tutkimuksen tiedote ja haastateltavan suostumuslomake ovat laitettu liitteiksi (liitteet 4 ja 5).

Jo aineistonkeruuvaiheessa (haastattelurunkoa muodostaessa ja haastattelutilanteessa) pyrin tekemään kaikki valmistelut hyvin huolellisesti sekä tunnistamaan ja siirtämään syrjään ennakko-oletukseni, jotta aineistossa kuuluisi haastateltavien ääni. Sillä on suuri merkitys laadullisessa tutkimuksessa, koska se on luonnollisesti yhteydessä sekä analyysiin sekä tulosten tulkintaan. Testasin haastattelurunkoa parilla tuttavallani etukäteen. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Haastattelutilanteessa kirjoitin ylös muistiinpanoja nauhoituksen lisäksi, jotta haastattelutilanne muistuisi mahdollisimman hyvin mieleen jälkikäteen. Litteroin haastattelut itse nauhalta sanasta sanaan tietokoneella hyödyntäen puhtaaksi-kirjoitusohjelmaa ”DSS Player”. Kymmenestä haastattelusta kahdeksan pääsi mukaan analyysivaiheeseen, sillä yksi haastateltava ei kuulunut kohderyhmään (oli juuri päässyt eläkkeelle) ja toinen ei palauttanut tutkimuslupaa. Näistä kahdeksasta haastateltavasta naisia oli kuusi ja miehiä kaksi. Ikähaarukka oli 33 – 62 vuotta keskiarvon ollessa 50 vuotta.

5.2 Aineiston analyysi

Tutkimuksen analyysimenetelmänä oli induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Tavoitteena oli, että analyysi toisi ilmi aineiston moninaisuuden yhtäläisyyksineen ja eroavaisuuksineen. Pyrkimyksenä oli syvälinisesti ymmärtää painonhallintaryhmään osallistuneiden henkilöiden subjektiivisia kokemuksia ja ajatuksia tiedostaen kuitenkin muiden ryhmäläisten

ja haastattelutilanteen vaikuttavan mielipiteiden ja asioiden ilmaisuun. Jokainen meistä tulkitsee ja heijastaa todellisuutta muuttuvasta, ympäröivästä ja arvosidonnaisesta maailmasta omalla tavallaan. Toisaalta myös minä saatan tulkita haastateltavien käyttäytymistä tai sanomisia hiukan eri tavalla kuin on alun perin tarkoitettu.

Ensin tutustuin kerättyyn aineistoon perusteellisesti lukemalla auki kirjoitetut haastattelut läpi moneen kertaan saaden näin kattavan kokonaiskuvan käsiteltävästä aineistosta ja erottelin tekstissä tutkimuskysymysten kannalta esiintyvät teemat. Sitten määrittelin analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden, joka voi olla jotain yhden sanan ja lauseen väliltä. Esimerkiksi ”joulu-kiireet” ja ”ei voimat riitä” ovat molemmat aineistossani esiintyviä ajatuskokonaisuuksia, joista on löydettävissä oleellinen sanoma. Ensimmäisessä tapauksessa on kysymyksessä juhlapyhien kiireet ja jälkimmäisessä todetaan voimavarojen olevan riittämättömät, mitkä vaikeuttavat painonhallintaa.

Etenin aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä sen edellyttämällä tavalla, aineiston pelkistämisestä sen ryhmittelyn kautta abstrahointiin. Tutkimuskysymyksen kannalta relevanttien ajatuskokonaisuuksien (analyysiyksiköiden) tunnistamisen jälkeen pelkistin alkuperäisilmaukset lyhemmiksi ja tiiviimmiksi ilmaisuiksi. Sitten muodostin alaluokkia ryhmittelemällä pelkistettyjä ilmaisuja samankaltaisuuksia etsien ja eroavaisuuksia tunnistuen. Sen jälkeen muodostin alaluokista yläluokkia ja yhdistelin niitä edelleen pääluokiksi, jotka pitävät sisällään kaikki aiemmat luokat teoreettisten käsitteiden alla. Analyysin tulosten avulla pyrin selittämään ja kuvaamaan mahdollisimman hyvin tutkimuksen kohteena olevia asioita ja vastaamaan tutkimuskysymykseen (Tuomi & Suoranta 2009, 108 – 113).

Kahden ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta muodostuneet luokat olivat lähes identtisiä, mutta niiden näkökulma vain oli päinvastainen kysymyksen asetteluun vuoksi. Näin ollen analyysin tulokset esitetään esille tulleiden yhteisten pääluokkien mukaan. Kolmannen tutkimuskysymyksen analyysin tulokset esitetään erikseen. Aineiston luokittelua on esitetty laajemmin liitteessä (liite 6) kolmannen tutkimuskysymyksen ryhmäilmapiirin pääluokan osalta, jotta analyysi olisi kaikille mahdollisimman läpinäkyvä. Lisäksi seuraavassa luvussa avataan analyysin tuloksia tarkemmin esimerkkien avulla, autenttisia lainauksia hyödyntäen pääluokka-kohtaisesti.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Analyysin tuloksena muodostui yhteensä kuusi pääluokkaa: voimavarat, elämänhallinta, ulkoiset tekijät, voimaantuminen, ryhmäkoheesio ja painonhallintaohjauksen monipuolisuus. Näyttää siltä, että voimavarat, elämänhallinta ja ulkoiset tekijät voivat toimia joko yksilön painonhallintaa ja elintapamuutosta vaikeuttavina tekijöinä tai auttaa esteistä selviytymisessä tilanteesta ja yksilöstä riippuen. Ryhmätoiminta taas yleensä toimii edistävänä ja voimaannuttavana tekijänä, jossa ryhmäkoheesio ja ohjauksen monipuolisuus ovat oleellisessa asemassa.

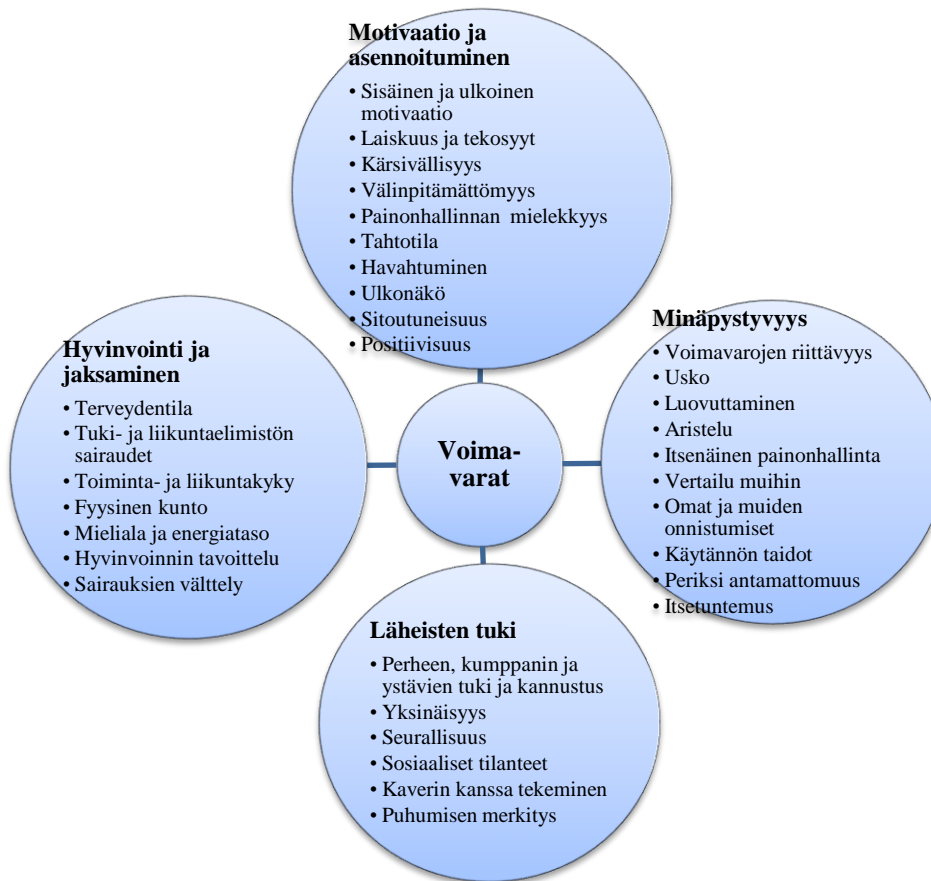
6.1 Koetut painonhallinnan vaikeudet ja niistä selviytyminen

Yksilön voimavarat, elämänhallintakyky ja ulkoiset tekijät koettiin sekä painonhallinnan haasteina että toisaalta myös vaikeuksista selviytymistä edistävinä tekijöinä. Onnistumisen esteenä olevat asiat saatettiin yksilöstä riippuen kokea eri tavalla tai niitä pystyttiin joskus kääntämään painonhallintaa tukeviksi tekijöiksi. Tuloksia on avattu laajemmin alla jokaista pääluokkaa koskien kaavioiden (kuvat 3 - 8) sekä autenttisten esimerkkien tukemana.

6.1.1 Yksilön voimavarojen merkitys painonhallinnan onnistumisessa

”Motivaatio ja asennoituminen”, ”minäpystyvyys”, ”läheisten tuki” sekä ”hyvinvointi ja jakaminen” muodostuivat painonhallinnan vaikeuksiksi sekä toisaalta myös oleellisiksi selviytymistekijöiksi. Voimavarojen rakentumisesta on kaavio (kuva 3) seuraavalla sivulla. Riippui paljon itsestä, miten omat voimavarat koettiin ja kuinka niihin suhtauduttiin. Toisaalta myös pitkälti itsestä riippumattomat seikat saattoivat vaikuttaa negatiivisesti koettuihin voimavaroihin, mutta niissäkin ilmeni tekijöitä, jotka auttoivat selviämään painonhallinnan haasteista.

Motivaatio ja asennoituminen nousivat esiin merkittävimpinä painonhallinnan voimavaroihin vaikuttavina tekijöinä, ja haastateltavat kuvasivatkin niiden merkitystä painonhallinnan suhteen hyvin monipuolisesti. Motivaatioon liittyvä kuvaus jakautui ulkoiseen ja sisäiseen: Sisäinen motivaatio oli itsestä lähtöisin ja sitä kuvattiin myös vahvana tahtotilana ja päättävyytenä painonhallintaan tai elintapojen muutokseen. Ulkoinen motivaatio taas ei ollut yhtä aitoa ja tarkoitusperät saattoivat liittyä ulkoisiin tavoitteisiin, tilanteisiin tai ihmisiin.



KUVA 3. Voimavarojen rakentuminen

Ilmeni, että haastateltavien aidon sisäisen motivaation ja kiinnostuksen puute johti epäsuotuisiin elintapoihin ja valintoihin, mikä vaikeutti painonhallintaa. Kuvauksissa tuli vahvasti esiin laiskuus ja viivästely. Eräs haastateltava kertoi lykänneensä liikuntaharrastusta aina eteenpäin erilaisiin asioihin vedoten, mutta perimmäinen syy oli kuitenkin laiskuus: *”Keväällä miettin, et tänä nyt kesä ku tulloo, nii... oli kaikennäköst muuta. Luovaa laiskuutta, jos rehellisii olla”* (H₁). Monet keksivät tekosyitä tai selittelivät tekemisiään itselleen, jolla oikeuttivat esimerkiksi epäterveellistä syömistään. Yksi herkutteli leivällä poikansa tarpeisiin vedoten: *”Huomasinki, et mä ruppeen muka hänen varjot ostamaan sitä leipää, vaikkei hän ees niinku oo siellä”* (H₆). Taustalla oli selkeästi välinpitämättömyys terveellisiä elintapoja ja siihen liittyviä asioita kohtaan. Joskus huonot elintavat kumuloituivat yhden kerran repsahtaessa niin, että epäterveellistä käyttäytymistä ja valintoja jatkettiin, mikä ei auttanut toimintaan sitoutumisessa. Kun tarpeeksi tyydyttäviä tuloksia ei tullut tai ei ollut tyytyväinen omaan käyttäytymiseensä, niin turhauduttiin, antauduttiin epätoivolle sekä omaksuttiin huono ja luovuttava asenne. Vääränlaisesta suhtautumisesta viestitti lisäksi kärsimättömyys, josta aiheutuvan lyhytnäköisen käyttäytymisen miellettiin vahvasti olevan haluttujen ja kestävien painonhallintatavoitteiden tiellä. Kärsimätön asenne johti helposti liian nopeaan laihdutustahtiin ja painon jojoiluun. Haastateltavia kylläkin kadutti oma käyttäytymisensä: *”Otti päähän se, et mä olin*

lähteny niin kovan rytinän kans” (H₂). ”Oon kerran laihtunu 30 kiloo neljäs kuukaudes. Meni liian lujaa sillo se mun laihdutus, ni se tuli takasi” (H₆). Lisäksi jos haastateltava koki kuulevansa aina samoja ja puuduttavia neuvoja, ei pitänyt asiantuntijaa uskottavana tai oli hänen kanssaan eri mieltä, niin elintapamuutos ja painonhallinta vaikeutuivat.

Ratkaisut kiinnostuksen ja motivaation puutteeseen tai asennemuutokseen eivät olleet yksiselitteisiä, vaan usein mm. ajattelusta ja tilanteesta riippuvaisia. Etenkin sisäisen motivaation koettiin vaikuttavan painonhallinnassa edistymiseen. Sen kasvua kuvattiin eräänlaisena tilanteeseen kypsymisenä, heräämisenä tai havahtumisena esimerkiksi peiliin katsoessa: *”Näin ittestäni kuvan tai peilikuvan ja hätkähdin sitä, et hetkinen, et en mä oo tajunnu, et mun ympärillä on näin paljon tätä pehmustetta” (H₈). Pienien elintapamuutosten ja oman tekemisien mielekkääksi kokemista pidettiin oleellisena sisäisen motivaation kasvattamisessa, mikä tarkoitti esimerkiksi hauskaa ja paineetonta painonhallintaa. Itselle mieluisan ja sopivan lajin, liikuntamuodon ja harrastusympäristön löytäminen toimi lääkkeenä inaktiivisuuteen. Erään haastateltavan kohdalla liikunnan harrastaminen muuttui jopa fiilisliikunnaksi, mitä hän teki ja odotti innolla. Samanlaista suhtautumista esiintyi ruoka-aineiden suhteen. Jos luonnostaan piti kasviksista, ei niiden lisääminen ruokavalioon aiheuttanut ponnisteluja. Yksi haastateltavista ilmaisi tyytyväisyytensä uusiin ravitsemussuosituksiin: *”Niihin oli nyt sisällytetty pähkinät ja siemenet, ja se oli aivan valtavan hyvä juttu, tykkään niistä kovasti” (H₅). Ulkoisesta motivaatiosta taas tärkeimpinä tekijöinä tulivat esiin ulkonäköön liittyvät seikat. Mittausvälineiden kuten vaa’an, mittanauhan tai peilin käyttö auttoi motivoitumaan. Yksi totesi, että *”siit peilistä on tullu niinku semmonen kannustin, et oon kattonu et oi, mul näkyy tuolt vähän vatsalihakset voi ku kivaa” (H₈). Toinen taas ilahtui pukeutuessaan: *”Vanhoja vaatteita kun ne rupes menemään päälle ja näyttikin joltain, ni se oli semmonen innostus” (H₂). Myös läheisten ihmisten huomautukset omasta ylipainosta tai laihtumisesta vaikuttivat painonhallintamotivaatioon sitä lisäävästi. Yksi haastateltava oli saanut lahjaksi kuntosalikortin puolisoltaan, mikä sai hänet liikkeelle. Lisäksi koiran lenkkeilyttäminen ja johonkin tilaisuuteen osallistuminen mainittiin motivoivina tekijöinä. Kuitenkin sisäisen motivaation merkitys näytteli suurempaa roolia aidon halun löytämiseen elintapamuutosta kohtaan, sillä ulkoinen motivaatio oli usein hetkittäistä. Niinpä esteistä selviytymisessä olisi kiinnitettävä huomiota siihen, miten sisäistä motivaatiota saa heräteltyä ja asennetta muutettua.****

Sitoutuneella ja pitkäjänteisellä asenteella näytti olevan valtava merkitys vaikeuksien voittamisessa pysyvien elintapojen muutoksiin liittyen. Painonhallinnan jatkuvuuden kannalta hi-

dastaminen oli joskus tarpeen. Haastateltavat kokivat, että heidän täytyi tarkemmin miettiä, mihin muutokseen aidosti kykenevät tulevaisuudessa ja mahdollisesti loppuelämän ajan. Lyhytnäköisyyden sai unohtaa: *”Tietonen päätös, et mitään sellast mä en rupee tekemään, mitä mä en vois tehä sit loppuelämäni”* (H₈). Oli selvästi sisäistetty, että pitkän tähtäimen suunnitelmaan ja tuloksiin vaaditaan kärsivällisyyttä ja malttia sekä pieniä päätöksiä ja hidasta muutostahtia. Se saattoi tuntua joskus jopa helpolta: *”En oo tehny mitään yhtä isoo juttuu vaan tosi monta pientä, ettei sitä ittekään ees huomannu, et ois tehny mitään kauheit muutoksii”* (H₈). Sitoutumisesta kielivät päättäväisyys ja sinnikkyys tehtyä painonhallintasuunnitelmaa kohtaan. Kun joskus vaikeampi tilanne tai heikko hetki tuli eteen, niin sen jälkeen palattiin takaisin suunnitelmaan ja hyvään ruotuun. Positiivinen ja luovuttamista vastustava asenne tulivat niin ikään esiin painonhallinnan vaikeuksien voittamista kuvaavissa ilmaisuissa.

Tärkeäksi voimavaraksi painonhallinnassa nousi myös **minäpystyvyys**, johon liittyy niin ikään asenteellisia tekijöitä, painottuen kuitenkin yksilön suhtautumiseen itseään kohtaan sekä suhteessa muihin. Heikkoa minäpystyvyyttä kuvattiin taitojen riittämättömyytenä ja niiden epäilyinä, uskon puutteena itsen, omaan kyvykkyyteen ja tekemisiin sekä luovuttamisena, mikä heijastui edelleen negatiivisesti painonhallintapyrkimyksiin. Tuntemuksista avauduttiin avoimesti: *”Tuli semmonen olo, et emmä voi tehä enää koskaan mitään, edes kävellä.”* (H₂). Itsenäinen painonhallinta koettiin usein vaikeaksi eikä siihen uskottu olevan rahkeita. Käytännön taitojen puute tai tiedon soveltaminen terveellisistä elintavoista nähtiin ongelmana: *”Tietää ihan selkeesti, se vaa et ku pystyis toteuttamaan ne”* (H₃). Lisäksi muiden ihmisten aristelu tuli esille ikään kuin häpeän tunteena omista tekemisistä tai ulkomuodosta. Esimerkiksi kuntosalille ei haluttu mennä, jos siellä on paljon muita ihmisiä tuijottamassa. Tämä viittaa kokemukselliseen välttelyyn, mikä ei ole hyväksi ylipainoiselle mielekkään elämän ja painonhallintapyrkimyksien näkökulmasta.

Positiiviset ajatukset ja tuntemukset omista voimavaroista sekä persoonan vahvuus olivat yhteydessä sisäisesti koettuun pystyvyyteen, mitkä taas auttoivat lisäämään uskoa painonhallintahaasteista selviytymiseen ja ehkäisivät luovuttamista. Lannistumattomuus, periksiantamattomuus ja lujana pysyminen kertoivat vahvasta minäpystyvyydestä. Esimerkiksi yksi haastateltava koki selviytyvänsä itsenäisesti vaikeista tilanteista: *”Jaksan niinku tosi hyvi ja mä oon aika sitkeeki, kaikest huolimattaki. Oon itte aika semmoni tukeva pilari ittellein”* (H₆). Hyvä itsetuntemus auttoi. Onnistumiset ja itsensä ylittäminen lisäsivät pystyvyyden, voimistumisen ja ilon tunteita. Eräs haastateltava kuvasi harrastuksen aloittamistaan: *”Oon aina vihannu*

suunnistusta, et se on niinku suurin kynnyks mulle. Et jos mä ton esteen ylitän, niin mä pystyn mihin vaan. Mä menin suunnistuskouluun” (H₈). Lisäksi muiden onnistumiset valoivat uskoa omaan itseensä ja tilanteeseensa, kun heidän kokemuksia vertailtiin ja peilattiin omiin: ”Jos tommonenki ihminen pystyy, ni miks en minä” (H₂). Tuntui siis olevan paljon itsestään kiinni, mihin pystyy, kunhan vain ottaa vastuuta, uskoo itseensä tarpeeksi eikä lannistu helpolla.

Läheisten tuki, yksi sosiaalisen tuen muodoista, oli ehkä yksittäisistä asioista selkein voimavaroihin vaikuttava kokonaisuus, joka tuli esille jokaisessa haastattelussa. Kumppanin, perheen, ystävien ja tuttavien kannustuksen, tuen, uskon, ymmärryksen ja neuvojen puute nähtiin painonhallinnan haasteina. Yksinäisyys oli hyvin oleellinen vaikeuttava tekijä: *”Yksin ku oleskelee, ni se (elintapojen muutos) on vähä hankalaa” (H₃). Toisaalta läheiset eivät kuitenkaan aina auttaneet painonhallinnassa. Erästä haastateltavaa turhautti: ”Mun lapset ei koe tätä mun lihavuut minää ongelmana, ne ei ymmärrä” (H₆). Myös puolison kanssa saattoi sortua herkuttelemaan helpommin: ”Ku meil oli tosi kivaa yhdessä, ni se tarkotti aina, et siin on jotain mässäilyä” (H₈). Lisäksi kaverin kanssa pystyi helpommin perumaan ja olemaan menemättä liikuntaharrastuksen pariin yhteistuumin. Muutenkin kuvausten perusteella ilmeni, että sosiaalisissa tilanteissa ja tapaamisissa – esimerkiksi ystävien seurassa – herkkujen ja epäterveellisten ruoka-annosten vastustaminen on vaikeampaa. Tämä viittaa sosiaalisella paineella olevan merkittävä negatiivinen vaikutus elintapoihin.*

Näiden haasteiden voittamiseksi koettiin tarvitsevan läheisten kannustusta, tukea ja neuvoja. Muiden ihmisten seuraa kaivattiin passivoitumisen ehkäisemiseen. Etenkin elinkumppanin miellettiin vaikuttavan terveellisiä elintapoja tukevasti: *”Tartteis nyt joku olla mulla sanomas (herkkujen ottamisesta)” (H₂). Pelkästään muiden ihmisten seura voi toimia yksilöä aktiivisena tekijänä, varsinkin jos kyseessä on jonkun toisen kanssa liikunnan harrastaminen. Esimerkiksi yksi haastateltava sanoi, että ”Löysin semmosen kaverin sielt suunnistuskoulust, et meil oli sit niinku sovittu, et mentiin yhdessä” (H₈). Toinen oli samoilla linjoilla: ”On aina sit vaikeempi sanoo se, et en mä nyt jaksa, en mä nyt viiti tänään, kun sen sit sopii edellisell viikol valmiiks, et sillan mennään (kaverin kanssa vesijuoksemaan)” (H₇). Tämä viittaa siihen, että sovittu liikkuminen on vaikeampi perua ja jonne tulee mentyä helpommin. Lisäksi ongelmasta ja ajatuksista puhumisen läheisille ihmisille koettiin auttavan oivaltamaan painonhallintaan liittyviä asioita.*

Lisäksi **hyvinvoinnin ja jaksamisen** nähtiin vaikuttavan painonhallinnan koettuihin voimavaroihin. Vaikeuksia aiheuttivat erilaiset fyysiset ja psyykkiset sairaudet. Etenkin tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet, vammat ja loukkaantumiset (kuten esimerkiksi murtumat, repeämät ja luupiikit) sekä niistä johtuvat toiminta- ja liikuntakyvyn ongelmat asettivat haasteita terveellisten elintapojen noudattamiseen. Yksi haastateltavista kertoi liikunnan harrastamisen kärsineen loukkaantumisen vuoksi: *”Vaikeutti se, et mä loukkasin jalkani, mä olin sitten kaksi kuukautta jalkavammanen”* (H₅). Muita kuvauksissa esille tulleita terveysongelmia olivat mm. flunssa, astmavaivat ja paniikkihäiriöt.

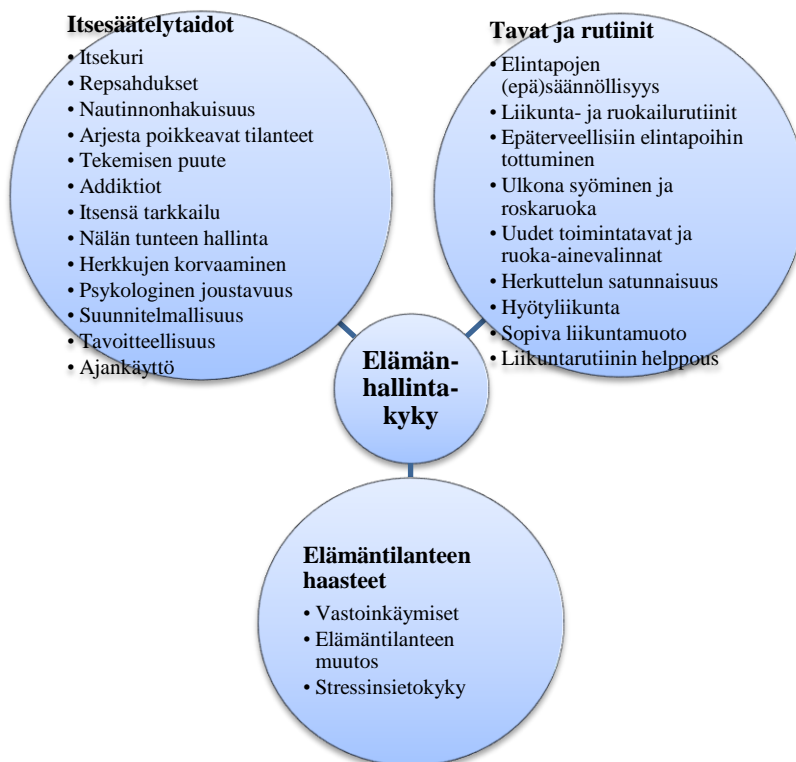
Toisaalta vahvemmiksi koetut fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvät voimavarat antoivat puhtia painonhallinnan vaikeuksien kohtaamiseen ja niistä selviytymiseen. Terveiden kohentaminen ja hyvinvoinnin tavoittelu auttoivat terveellisissä elintavoissa pysymisessä sekä toiminta- ja liikuntakyvyn ylläpidossa. Esimerkiksi saavutettu painonlasku ja liikunnan harrastaminen nostivat mielialaa ja energiatasoa sekä kasvatti fyysistä kuntoa. Eräs mainitsikin, että *”ku rupes kunto kasvaa ja paino putoomaan, ni jakso niin paljon enemmän”* (H₈). Toisaalta sairauksien ja huonon olon välttely sekä pidemmän elämän tavoittelu tulivat myös esiin. Olemassa olevat terveysriskit ja sukurasitteet koettiin uhkaaviksi: *”En halua mitään sydänsairauksia tai just sitä diabetesta”* (H₃). Niinpä sairastuvuusalttiuden tiedostaminen edisti niin ikään painonhallintaa.

6.1.2 Itsensä ja tekemisiensä hallitseminen elintapojen muutoksessa

Elämänhallintakyvyn merkitys elintapamuutoksessa oli ilmeinen. Elämänhallintakyvyn kuvaukset keskittyivät oman elämän eri tilanteisiin, käyttäytymiseen ja tekemisiin sekä niiden hallintaan. Erilaiset mahdollisuudet ja valinnat tulivat haastatteluissa vahvasti esiin. Elämänhallintakyvyn yhteisiksi yläluokiksi muodostuivat ”itsesäätelytaidot”, ”tavat ja rutiinit” ja ”elämäntilanteen haasteet”, joiden rakentumista kuvaava kaavio on seuraavalla sivulla (kuva 4).

Kaikista merkittävimmiten elämänhallintakykyyn vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat **itsesäätelytaidot**, joihin liittyi vahvasti itsekuri itsekontrollin ja -hillinnän elementteineen. Niitä kuvattiin erittäin paljon ja monipuolisesti jokaisessa haastattelussa. Haastateltavat kokivat itsesäätelytaidojen puutteen vaikuttavan negatiivisesti elämän- ja painonhallintaan. Useat haastateltavat

painivat mielitekojen, houkutusten ja repsahdusten kanssa ainakin ajoittain. Niinpä heikko itsekontrolli toimi välillä luisumaan suunnitelmasta ja sai antamaan periksi.



KUVA 4. Elämönhallintakyky painonhallinnassa

Haastateltavat puhuivat piilosyömisestä ja herkkujen piilottelusta sekä liikasyöntiä ja ahmi-
mista esiintyi. Jos söi päivällä epäsäännöllisesti, niin se tuntui kostautuvan myöhemmin:
”Normaali luonnollinen nälän tunne, ni se on häiriintynyt systeemi” (H₇). Repsahdukset saat-
toivat kestää kauankin, vaikkei sitä järkipäisesti olisi halunnut. Yksi haastateltavista paini
asian kanssa: ”Mikä tekee niinku tän mulle, etten mä oikeesti pysty olemaan niistä asioista eros,
mikä tekee niinku mul huono” (H₆). Herkutteluun ja naposteluun sorruttiin yleensä nautinnon-
hakuisuuden ja ruoan hyvän maun vuoksi. Himoitut ruoka-aineet saattoivat olla mitä tahansa
suklaasta mandariineihin. Ajan puute, kiire (etenkin töissä) ja tekemisen paljous nähtiin myös
usein syynä epäterveellisiin elintapoihin. Joskus esimerkiksi lounas syötiin työpaikalla hotki-
malla. Toisilla taas rankat päivät vaikuttivat negatiivisesti harrastamiseen: ”Nyt on taas ollu
vähä semmonen, et on niin kiireistä ja pitkiä päiviä, ni ei oikei jaksa liikkua” (H₇). Liikunta-
paikkojen aikataulut ja niiden sovittaminen arkeen oli joillakin haasteellista. Lisäksi tarjoilut
sekä arjesta poikkeavat tilanteet kuten erilaiset juhlapyhät, juhlat, matkat ja tilaisuudet saivat
poikkeamaan elintavoista tai lykkäämään liikuntaharrastusta. Ongelmia ilmeni myös pysyä
erossa ruoasta vapaaehtoisissa: ”Koko aika me leivotaan pullaa ja leipää. Sit me saadaan

niinku siit tietysti syödä itte” (H_6). Muita vaikeuksia syömisen suhteen aiheuttivat tekemisen puute, addiktiot ja niiden korvaaminen sekä alituinen ruoan ajatteleminen.

Itsesäätelykeinojen kehittäminen paransi elämönhallintakykyä vastaten kohdattuihin painonhallinnan haasteisiin. Painonhallinnan esteistä selviytyminen vaati haastateltavien mukaan paljon lisää itsekuria, syömisen tarkkailua ja säännöstelyä eri tilanteissa. Oleellisena pidettiin, ettei antauduta mieliteoille. Epäterveellisistä tarjoiluista, ruoista ja ostoksista pidättäytymistä korostettiin. Herkkuja pystyttiin karttamaan esimerkiksi kauppareissulla: *”Kattelen sipsipussien perään, mut sit mä ajattelen, et jääkööt hyllyyn et äkkiä vaan ohi, ettei osu kärryihin”* (H_3). Nälän tunteen hallinta näytteli selviytymiskeinona suurta roolia. Oikean ja ravintoainetiheän ruoan merkitys oli sisäistetty: *”Valkkaa tarkemmin mitä syö...et ei ota niin paljon niitä tyhjiä kaloreita sitte”* (H_5). Epäterveellisiä ruokia ja mielitekoja korvattiin tai niiltä vältyttiin oikeaa ruokaa ja muita välipaloja syömällä. Vihannesten ruokavalioon lisäämisen ja herkkuväestöjen lopettamisen koettiin vähentävän herkuttelua. Eräs haastateltavista oli saanut korvattua iltasyöpöttelyä: *”Iltaherkkuni on nykyään joku turkkilainen jogurtti ja jotain mustaherukoita tai jotaki mansikoita tai tämmösii”* (H_2). Karkkien kompensointi hedelmillä oli yleistä. Monet olivat lisänneet proteiinia ruokavalioonsa, mikä tuntui auttavan syömään terveellisemmin, kuten eräs haastateltava kuvasi: *”Proteiini, rahkaa ja raejuustoo, ni ne on ihan ehdottomasti auttanu mua”* (H_6). Lisäksi lisäravinteiden käyttö mainittiin itsesäätelyä edistävänä tekijänä, koska sen miellettiin vähentävän nälän tunnetta ja makeannälkää.

Osallistujille opetettu lautasmalli ja annoskoko-ohjeet koettiin hyödyllisiksi: *”Jos aikasemmi syötii kolme perunaa, ni nyt syödää vaa kaks”* (H_1). Rekkamiehen annoksia pyrittiin välttämään sekä muuttamaan ruokailua säännöllisemmäksi. Riittävät ajalliset resurssit antoivat luonnollisesti paremmat edellytykset painonhallintaan. Ateriarytmiä parannettiin joskus jopa kellon kanssa. Myös liikuntaan varattiin aikaa: *”Harkitsin aina etukäteen, et vaik mihin kohtaa tätä päivää mä saan vaikka liikuntaa sellasin pienin annoksin”* (H_8). Lisäksis kotiäitinä olon koettiin vapauttavan aikaa liikunnan harrastamiseen. Suunnitelmallisuudellakin oli oma tärkeä roolinsa. Näytti siltä, että mitä enemmän toimintaansa suunnitteli ennalta, sitä paremmin hallitsi myös itseään ja tekemisiään. Ruokailun ennakointi ja terveellisiin valintoihin panostaminen auttoi: *”Iltapäivisin jos mä meen iltapäiväkahvil, ni mä yleensä otan sinne hedelmän, ni voin sanoo etten mä ota kahvileipää”* (H_7). Liikunnan harrastamisessa kannatti ottaa huomioon mm. itselleen sopivimmat liikuntapaikkojen aikataulut jo etukäteen. Lisäksi

tavoitteen mielessä pitäminen oli tärkeää. Yksi haastateltava piti tarkkaa kirjaa tavoitteistaan: *”Oon pistänyt kalenteriin ihan niinku, et puol kiloo viikos ku laihtuis”* (H₂).

Toisaalta joskus terveellisten elintapamuutosten suhteen tehtiin myös ylilyöntejä: *”Söin tosi vähän hiilihydraattei. Niin ni mä luulen, et mul tuli vaa joku semmone alkukantane tarve, et mun elimistö niiku huutaa et leipää, leipää!”* (H₆). Tällainen kohtuuton ja joustamaton suhtautuminen kieli ehdottomuudesta ja psykologisen joustavuuden puutteesta, mikä johti usein painonhallinnan vaikeuksiin. Psykologinen joustavuus tulikin esiin painonhallinnan vaikeuksia helpottavana tekijänä. Haastateltavat pitivät yleensä liian vakavaa ja jäykkää asennoitumista heikkoutena: *”Ei sais kuitenkaan olla liian semmonen rankka itselleen”* (H₂). Sallivuus ja armollisuus itseään kohtaan sen sijaan nousivat avainasemaan painonhallinnan vaikeuksista selviämässä. Repsahduksista, kuten esimerkiksi suklaan tai muiden herkkujen satunnaisesta syömisestä, ei ollut suotavaa moittia ja ruoskia itseään tai potea hirveän huonoa omatuntoa, jos ei jaksanutkaan joskus lähteä liikkumaan. Päinvastoin kuvauksista ilmeni, että satunnaiset repsahdukset ja kohtuullisuus herkuttelussa koettiin sallituksi ja että tapahtuneet asiat oli parempi hyväksyä. Joustavuuden merkitystä korostettiin eikä menneitä kannattanut muistella: *”Kaikkia asioit ei voi kieltää,. Jos joskus jottai tulloo, ni se lakastaa päivän alle ja se on siinä”* (H₁). Rento asenne auttoi lisäksi suhtautumaan painonhallintaan ja repsahduksiin paremmin. Huolimatta siitä, että kuvausten perusteella itsesäätelytaidot olivat monilla parantuneet, niin siihen ei löytynyt kuvauksissa suoranaista syytä. Välillisenä tekijänä lienevät koetut yksilölliset voimavarat.

Haastateltavia puhuttivat myös **tavat ja rutiinit**, jotka liittyvät hyvin läheisesti itsesäätelytaitoihin. Ne ovat kuitenkin tuotu tässä erikseen esille painottaen opittua käyttäytymistä ja totuttuihin kaavoihin kangistumista sekä toisaalta uusien asioiden kokeilemistä ja tapojen arkeen juurruttamista. Kuvauksista kävi ilmi, että usein omat rutiinit ja epäterveellisiin elintapoihin tottuminen nähtiin estävinä tekijöinä painonhallinnassa. Heikkouksia ja paheita olivat mm. ulkona syöminen, roskaruoka ja iltasyönti sekä epäterveelliset juomat kuten limsa ja alkoholi. Epäsäännölliset elintavat olivat suuri syy epäterveelliseen käyttäytymiseen ja painonhallinnan vaikeutumiseen. Esimerkiksi noudatetut epäsäännölliset ruokailuajat ja ruokailuvälit olivat yksi yleisimmistä ongelmista: *”Lounas jää välii ja sit sitä illal mätetää syödä paljon ja sit sitä kaikennäköst naposteluu”* (H₇). Ruokailu- tai liikuntarutiinin puute tai niiden rikkoutuminen teki suunnitelmassa pysymisestä vaikeampaa, jolloin esimerkiksi annoskoko saattoi vaihtaa livettä entiselleen. Liikuntaharrastuksen pariin palaaminen tuntui myös haasteelliselta

tauon jälkeen: *”Jouduin olee yhden kerran sieltä liikuntaryhmästä pois, ni oli heti vaikeempi mennä seuraavalla kerralla”* (H₄). Vanhoihin tapoihin, mässäilyyn ja lohtusyömiseen oli ajan saatossa myös totuttu ja ikään kuin vahingossa jääty kiinni, kunnes uuteen ajatusmalliin – vaikkapa eväiden mukaan ottamisesta – sattui havahtumaan.

Luonnollisesti taas uudet mielekkäät arkirutiinit auttoivat parhaiten muuttamaan tai hylkäämään vanhoja tapoja pienentäen painonhallinnan esteitä. Haastatteluista ilmeni, että heikkoa elämänhallintakykyä ja painonhallintaa paransivat säännölliset elintavat kuten säännöllinen elämänrytmi, ruoka-ajat, ruokailutottumukset sekä liikunta- ja ruokailurutiini. Uusiin tapoihin tottuminen selkeytti omaa toimintaa: *”Aikasemmin siel oli semmosii kauheit spurttei ja sit kokonaan taukoo. Ni nyt se on semmosta hyvin säännöllistä ja semmost luontevaa”* (H₈). Kekseliäisyyden avulla arkeen sai sisällytettyä uusia idearikkaita toimintatapoja. Yksi haastateltava oli keksinyt toimivan rutiinin: *”Tasapainon ylläpitämisestä, niin tota tää yhdellä jalalla seisominen. Toinen minuutti toisel jalalla. Ni mä teen sen joka aamu hampaita harjatessani”* (H₇). Työmatka- ja hyötyliikunnan miellettiin olevan helppo tapa lisätä fyysistä aktiivisuutta. Lisäksi liian pitkiin työmatkoihin ratkaisuksi oli löydetty esimerkiksi pienen kävelyn tekeminen tai kuntopyöräily kotona ennen töihin menoa. Kotiaskareistakin sai hausempia vaikkapa laittaen tanssien pyykkejä kuivumaan. Liikuntarutiinin vaivattomuuden merkitystä korostettiin: *”Oli niinku tosi tärke juttu se, et sai yhdistetty ne siihen kotona, et ku mä tuun lenkeiltä, et mä voin tehdä lihaskunnot siinä.”* (H₈). Jotkut olivatkin hommanneet kotiinsa kuntoiluvälineitä, kuten kuntopyörän tai kahvakuulan. Esimerkiksi television katsomisen yhteydessä jumppaaminen koettiin helpoksi. Itselle sopivien rutiinien ujuttaminen arkeen vaati myös lajikokeiluja. Joku löysi oman lajinsa nivelistävällisestä vesijuoksusta kun taas toinen salilla käymisestä rauhallisella suosikkikuntosalillaan. Uusia terveellisempiä ruoka-ainevalintojakin tehtiin paljon ja otettiin mukaan omaan arkeen sekä opeteltiin ottamaan eväitä mukaan. Parhaassa tapauksessa uusista terveellisistä elintavoista nautittiin kunnolla. Herkuttelun mieltäminen totutun tavan sijaan poikkeustapaukseksi yleistyi auttaen parantamaan elintapoja huomattavasti.

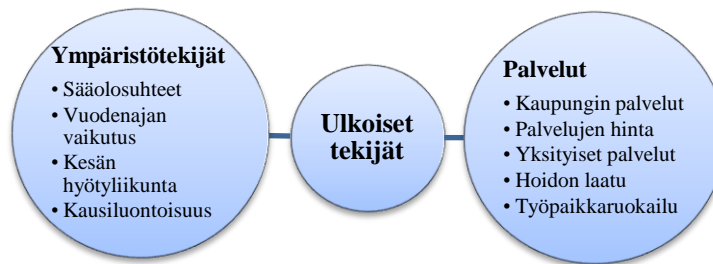
Elämäntilanteiden haasteisiin lukeutuivat erilaiset vastoinkäymiset ja epäonnistumiset, mitkä vaikeuttivat painonhallintaa. Varsinkin äkilliset elämäntilanteen muutokset tai haastavan elämäntilanteen kohtaaminen saattoivat vaikuttaa negatiivisesti suunnitelmiin aiheuttaen paikalleen jämähtämistä tai takapakkeja. Asioiden pieleen meneminen vähensi puolestaan kiinnostusta painonhallintaan, kuten yksi haastateltavista kuvaili: *”Elämä taas menny vähän ala-*

mäkee, en niinku oikein haluis tietääkään, et mikä on tällä hetkellä tilanne” (H₃). Tällaisen vastoinkäymisistä aiheutuvan turhautumisen vuoksi voimavarat koettiin usein riittämättömiksi sekä siitä johtuva mielialan lasku edelleen uuvutti ja aiheutti vetämätöntä oloa. Se, miten tällaisista haastavista elämäntilanteista selviytyi, riippui paljon yksilön stressinsietokyvystä ja suhtautumisesta. Joskus seurauksena oli repsahdaminen, mikä saattoi jatkua kauankin pidentäen haastavaa elämäntilannetta ja lisäten huonoa oloa. Kaksi haastateltavaa soimasi itseään: *”Totaalinen morkkis ja semmonen niinku syyllisyyden tunto” (H₃).* *”Mun mielest mä oon tosi tyhmä, niin ni se ottaa mul niinku luonnon päällekki, et mä oikeesti en pysty siihen (olemaan repsahdamatta)” (H₆).* Joskus omiin negatiivisiin tunnetiloihin vajottiin vielä syvemmälle. Jotkut tunsivat olevansa jaksamisen äärirajoilla. Esimerkiksi fyysinen terveydentila saattoi heijastua myös psyykkiseen olotilaan kuten yksi haastateltavista kuvasi: *”Meni polvi. Se stressas ja masensi. Loukkaantuminen vähän vei taas kaikki mun jonnekin muualle” (H₂).* Masentuneeseen ja turhautuneeseen oloon saatettiin etsiä helpotusta herkuttelusta, kuten eräs kuvasi lohtusyömistään: *”Jos harmittaa joku asia, niin palkitaan jollain sitte syömisel tai juomisel” (H₂).* Toisaalta repsahduksen tai vastoinkäymisen sattuessa tasapainottelustakin sai apua: *”Ku mä en päässy oikein juurikaan liikkumaan, ni sit mä aattelin, et mun on hyvä sitten vähentää tätä ruuan määrää” (H₅).*

Kaiken kaikkiaan elämäntilantakykyyn liittyi monenlaisia haasteita, jotka vaikeuttivat painonhallintaa. Oman elämän sekä itsensä hallinta ja tarkkailu sekä uusien rutiinien omaksuminen olivat avainasemassa. Vaikka vastoinkäymisiä ja haastavia elämäntilanteita kohdattiin sekä vanhoista tavoista irti päästäminen oli välillä vaikeaa, niin niistä pystyi selviytymään itseään ja tapojaan kehittämällä. On hyvä huomioida, että elämäntilantakykyyn vaikuttavat myös vahvasti ihmisillä käytettävissä olevat voimavarat, joita avattiin edellisessä alaluvussa.

6.1.3 Ulkoiset tekijät painonhallinnan haasteina

”Ympäristötekijät” ja ”palvelut” muodostivat painonhallintaan vaikuttavien ulkoisten tekijöiden kaksi yhteistä yläluokkaa. Luokkia kuvaava kaavio (kuva 5) on nähtävissä seuraavalla sivulla. Ilmeni, että monet itsestä riippumattomat tekijät saattoivat olla estämässä ja vaikeuttamassa painonhallintaa, jos esimerkiksi mahdollisuudet tai puitteet olivat huonot tai rajalliset.



KUVA 5. Painonhallintaan vaikuttavat ulkoiset tekijät

Ympäristötekijöillä koettiin olevan suuri merkitys etenkin liikunnan harrastamisessa. Vuodenajan vaikutus oli suuri, sillä esimerkiksi harrastamisen kausiluontoisuus heijastui vuodenajan mukaan. Loppuvuosi miellettiin haasteellisemmaksi, jolloin sai hieman piiskata itseään elämään terveellisemmin. Asiat saattoivat unohtua erirytmisen elämän mukana. Esimerkiksi kesä makkaroineen ja saunaoluneen sotkivat joskus tavanomaisia rutiineja painonhallinnan suhteen. Samantyyppinen vaikutus tuntui olevan myös sääolosuhteilla: Liian kuumalla, kylmällä, sateisella tai lumisella oli vaikutusta liikkumiseen. Yksi haastateltavista tunnustikin tarpeensa suhtautua säähän toisin: ”Jos sää on liian hyvä tai huono, ni... Et siin olis semmost niiku tavallaan parantamisen varaa” (H_1). Vuodenajoilla oli myös myönteistä vaikutusta. Jotkut saivat uutta puhtia vuoden alussa, mikä vähensi passiivisuutta ja lisäsi mielenkiintoa painonhallintaan. Etenkin kesän hyötyliikunta sekä pienet askareet tulivat esiin: ”Ei tartte mennä salille, ku voi puitaki pilkkoo” (H_1). Toinen taas mainitsi luonnossa liikkumisen: ”Kesällä purjehditaa, et siin tulee semmost pientä luonnos liikkumist tietysti” (H_7).

Moni otti puheeksi **palvelujen** merkityksen painonhallinnan suhteen. Etenkin kaupungin liikunta- ja painonhallintapalvelut herättivät ajatuksia. Turun kaupungin palvelutarjonnassa ja kohdentamisessa oli parantamisen varaa, sillä esimerkiksi yhdellä haastateltavalla oli vaikeuksia ylipäättään saada palveluja: ”Mullei oo niinku mittää vikaa, nii mun oli tosi vaikee tätä ennen päästä mihinkää ryhmään” (H_6). Toinen taas ei ollut tyytyväinen painonhallintaan liittyvän neuvonnan laatuun eikä terveysaseman ammattilasten ammattitaitoon, varsinkin koska vastaanotolla oli joka kerta ollut uusi ihminen ja prosessi alkoi tavallaan alusta. Lisäksi esimerkiksi valvottua punnitsemispalvelua kaivattiin. Kustannusten näkökulmasta kaupungin liikuntapalveluita pidettiin paikoittain kalliina, riippuen mikä palvelu tarkalleen oli kyseessä ja oliko oikeutettu alennuksiin. Joskus oli vaikea saada haluamaansa palvelua edullisemmin, vaikka esimerkiksi työttömille oli olemassa erikoisrannekkeita: ”Se remonttipaketti, ni mä en sitä saa. Toi mun sininen lappu, minkä mä työkkärist joskus saanu, ja se ei sit heil kelvannu” (H_1). Erikseen painotettiin vielä yksityisten liikunta- ja terveyspalvelujen hintavuutta. Toisaalta mainittiin myös, että Turun kaupungilla oli erinomaiset ulkoliikuntapalvelut ja urheilu-

pisteet, mikä mahdollistivat monipuolisen liikkumisen ja joita hyödyntämällä pystyi hallitsemaan painoaan paremmin. Lisäksi koettiin, että järjestetty työpaikkaruokailu auttoi syömään terveellisemmin ja monipuolisemmin elintapoja edistäen.

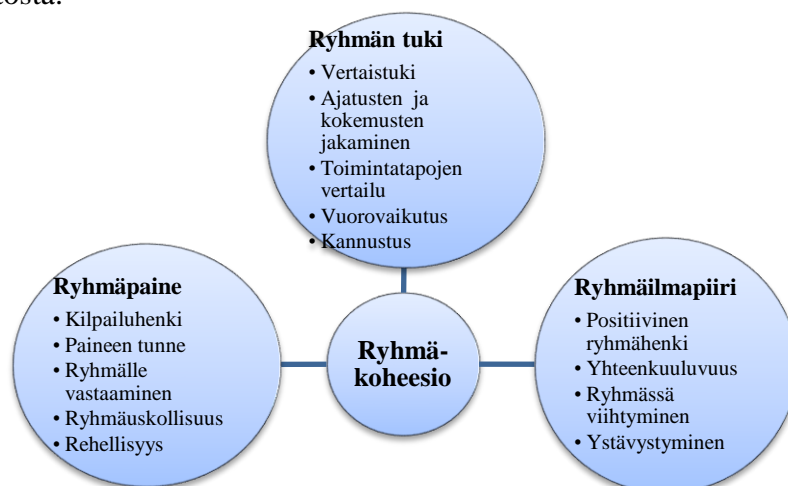
Painonhallintaan liittyvien voimavarojen, elämäntapojen ja ulkoisten tekijöiden lisäksi ryhmällä ja ryhmäohjauksella näytti olevan oma tärkeä roolinsa painonhallinnassa onnistumisessa. Seuraavaksi käsitellään tarkemmin, mikä merkitys ryhmätoiminnalla oli painonhallinnan vaikeuksista selviytymisessä ja haasteiden voittamisessa.

6.2 Painonhallintaryhmän rooli elintapamuutoksessa

Kun aikaisemmassa luvussa tarkasteltiin yksilöön vaikuttavia, painonhallintaa vaikeuttavia tekijöitä sekä niiden selviytymiskeinoja, on tässä osiossa keskitytty pelkästään ryhmän merkitykseen. Kuvausten perusteella painonhallintaryhmä auttoi painonhallinnan vaikeuksista selviämässä sekä edisti elintapamuutosta ”ryhmäkoheesion”, ”voimaantumisen” ja ”painonhallintaohjauksen monipuolisuuden” ansiosta.

6.2.1 Ryhmäkoheesion merkitys painonhallinnan onnistumisessa

Ryhmäkoheesion ja ryhmädynamiikan oleellisia osia tuntuivat olevan ”ryhmän tuki”, ”ryhmäilmapiiri” ja toisaalta myös ”ryhmäpaine” (kuva 6). Tämä pääluokka oli yhtenäisin sekä samalla merkittävin oma kokonaisuutensa ryhmätoiminnassa esille tulleissa seikoissa, jotka auttoivat selviytymään paremmin omien painonhallintaan liittyvien vaikeuksien kanssa sekä edistäen muutosta.



KUVA 6. Ryhmäkoheesion osatekijät

Ryhmän tuen merkitys toiminnassa ilmeni monimuotoisesti. Vertaistuki mainittiin jollain tapaa jokaisessa haastattelussa ja toisilta ryhmäläisiltä saatu tuki oli hyvin monimuotoista. Ryhmäläiset auttoivat ja kannustivat toinen toistaan sekä ohjaajienkin mainittiin olleen tukea antavia ja kannustavia. Toisia pyrittiin tsemppaamaan ja ehkäisemään lannistumista – myös vapaa-ajalla. Yksi korosti tuen merkitystä varsinkin vaikean paikan tullen: *”Ku joku lähettää viestin, et nyt on ihan mälsää, sit yritetään tsemppata”* (H₇). Toinen taas kuvasi, miten ryhmätoiminta lisää aktiivisuutta painonhallinnassa: *”Kun näki että toisetkin yrittää ja on niinku täysillä mukana, ni se oli tärkeä semmonen motivoiva tekijä”* (H₅). Vastavuoroinen vuorovaikutus ja sosiaalinen kanssakäyminen tulivat niin ikään esiin merkityksellisinä tekijöinä painonhallinnassa selviytymisen kuvauksissa. Kokemusten vaihtaminen ja vertailu yleensä ottaen koettiin tärkeäksi. Ryhmäläisillä oli aitoa kiinnostusta muiden kuulumisia kohtaan sekä haluttiin myös itse kertoa omista asioista toisille. Yksi haastateltavista toivoi pystyvänsä jakamaan arvokasta tietoa kontrollitapaamisissa: *”Haluan kertoa sit kaikki kompastuskivet ja muut* (H₂). Ryhmässä keskusteltiin myös paljon erilaisista toimintatavoista: *”Erilaisii vaihtoehtoi, kuka oli milläki tappaa sitä hommaa niiku kokeillu ja tehny ja miten se oli vaikuttanu”* (H₁). Ohjaajilta sekä toisilta ryhmäläisiltä saatiin paljon käytännön painonhallintaideoita ja -vinkkejä. Esimerkiksi kauppaan ei saanut mennä nälkäisenä tai keksittiin kompensoiva palkitsemiskeino syömiselle. Ryhmässä sai myös kuulla, mitkä toimintatavat eivät kannu hedelmää. Monet olivat kuitenkin yrittäneet laihduttaa jo aikaisemmin, mutta saaneet kilot takaisin. Henkisen hyvinvoinnin kasvua sekä suhtautumisen kehitystä ryhmätapaamisten myötä myös korostettiin. Vaikka ryhmän tuki auttoi sekä psyykkisesti että vahvisti omia päätöksiä, monipuolista näkökantoja ja mahdollisti erilaisten asioiden jakamisen, mihin välttämättä jokainen ei kokenut saavansa mahdollisuutta omassa arjessaan, niin silti loppujen lopuksi valinnat ja tekemiset olivat itsestä kiinni.

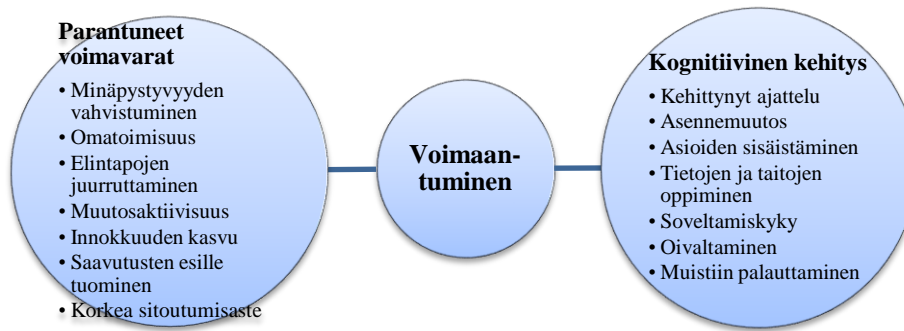
Ryhmätoiminnassa näytti vallitsevan hyvä, painonhallintaa edistävä **ryhmäilmapiiri**. Ymmärtäväinen ja positiivinen ryhmähenki koettiin tärkeäksi. Esimerkiksi oltiin kiitollisia siitä, että jos jollekin tuli sortumisia, niin niistä ei pilkattu tai puhuttu selän takana. Ryhmän tiiviys ja tärkeys kertoi ryhmässä viihtymisestä. Se luonnollisesti vaikutti myös tapaamishalukkuuteen. Monet mainitsivatkin, miten mukava toisia on aina tavata ja kuinka paljon tapaamisia odottaa. Ryhmään saattoi myös ikään kuin kasvaa kiinni, kuten eräs haastateltava kuvaili: *”Vieläkin kerran haluttais nähdä. Siihen jää jotenki koukkuun”*(H₂). Osa toivoi jo etukäteen löytävänsä ryhmästä uusia ystäviä ja jotkut ystävyistyivätkin nopeasti ryhmätoiminnan aikana. Joskus taas se tapahtui hitaasti: *”Nyt sit pikkuhiljaa ku alkaa vuoden*

olla tuntenu niitä, ni sit kertoo jo muitaki asioita ja alkaa ystävyysty” (H₄). Ryhmäläiset saattoivat alkaa harrastamaan jotain lajia yhdessä, mikä madalsi kynnystä fyysiseen aktiivisuuteen. Samassa tilanteessa oleminen ja samanlasten asioiden kanssa kamppaileminen loi yhteenkuuluvuutta ryhmäläisten kesken. Huomattiin, että asian kanssa ei oltu yksin ja että esimerkiksi muillekin sattuu repsahduksia. Yksi haastateltavista ilmaisi, miten heitä yhdistivät samat asiat: *”Näki sen, et et joku muuki ajattelee hommist ja tekemisist samal tappaa” (H₁).* He tunsivat olevansa tasa-arvoisia ja samalla viivalla muiden kanssa. Lisäksi kun toinen ryhmäläinen ymmärsi omia tuntemuksia, niin se tuntui hyvältä: *”Oli aika kiva, et joku niiko uskos minua, huomaa mun kans sen mun ongelman” (H₆).* Tällainen yhteenkuuluvuus ja hyvä ilmapiiri ryhmässä auttoi aktivoitumaan ja avautumaan omista asioista, mikä oli omiaan selättämään osallistujien kohtaamia painonhallinnan vaikeuksia.

Ryhmäpainettakin esiintyi, mutta se koettiin kuvausten perusteella positiivisena. Paineen tunne lisäsi omaa painonhallintaan ja elintapamuutokseen liittyvää ajattelua, toimintaa, kilpailuhenkeä ja näyttämisen halua. Yksi haastateltavista pohti: *”Piti hiukan miettii mites täsä nyt touhuttaa, ettei syksyl olis sit tuplasuin, ku kaikki muut oli sit”. Et sä voi olla se, joka ei tee mittää ja kaikki muut tekkee” (H₁).* Monet kokivat jollain tapaa vastaavansa ryhmälle, mikä vaati lojaaliutta muita ryhmäläisiä sekä toimintaa kohtaan. Ryhmää ei voinut kuvitella pettävänsä. Rehellisyyttä korostettiin muutenkin, ettei ryhmäläisille voi valehdella eikä jäädä jonkin tekosyyntä kuten flunssan takia tulematta tapaamiseen. Eräs avasi tuntemuksiaan liittyen ryhmässä läpikäytyihin painonhallintasuunnitelmiin: *”Pakko keksii joku semmonen juttu, et minkä takia mä nyt jatkan yrittämistä, koska on kumminki tavallaan tilivelvollinen jollekki” (H₆).* Ryhmätoimintaa ei myöskään voinut kuvitella jättävänsä kesken, sillä silloin olisi vienyt jonkun toisen halukkaan osallistujan paikan. Niinpä ryhmäpaineella oli selkeä omaa toimintaa aktivoiva rooli, minkä voi kuvitella näkyvän myös painonhallintatuloksissa.

6.2.2 Ryhmäohjauksessa voimaantumalla paremmat edellytykset muutokseen

Yksilön voimaantumisella ryhmäohjauksen avulla oli oleellinen merkitys painonhallinnassa onnistumisessa ja esteiden voittamisessa. Voimaantumiseen liittyviä tekijöitä olivat ”kognitiivinen kehitys” ja ”parantuneet voimavarat”, jotka ovat nähtävissä seuraavalla sivulla (kuva 7)



KUVA 7. Voimaantuminen painonhallintaryhmätoiminnassa

Haastateltavien kuvauksista erottui **kognitiivisen kehityksen** merkitys ryhmätoiminnan tuloksena, mikä voimaannutti ja vaikutti näin ollen positiivisesti painonhallintaan. Erona ryhmän tukeen ja asioiden jakamiseen tässä painottuivat enemmän ajatteluun ja tiedonkäsittelyyn liittyvät tekijät ja niiden kehitys. Etenkin asioiden oppimista, sisäistämistä, ajattelua ja muistia kuvattiin monipuolisesti. Ryhmätoiminta lisäsi omia tietoja ja taitoja sekä muutti suhtautumista parantaen omatoimisen painonhallinnan edellytyksiä. Se oli ohjeineen ja tehtävineen monelle opettavaista. Haastatteluista ilmeni myös, että vaikka tietoa terveysasioista olikin tarjolla ennen painonhallintaryhmätoimintaa, niin jostain syystä niitä ei aikaisemmin tullut ajatelleeksi syvällisemmin. Eräs kuvasikin painonhallintaan liittyvän suhtautumisen muuttuneen ryhmätoimintaan osallistumisen myötä: *”Elämäntapamuutos kannattaa, mitä mä en oo ennen uskonu”* (H_4). Ryhmätoiminnassa ja -keskusteluissa käsitellyt ja pohditut uudet asiat aktivoivat ajattelua sekä pistivät miettimään. Muiden muassa neuvot omien itsesäätytaitojen kehittämiseen koettiin oleellisiksi: *Puhuttii, et mitkä on niit asioit, mil pystyy oikeesti niiko hallitsemaa itteään, se on se tärkein* (H_6). Asioiden sisäistäminen ja oivaltaminen ryhmässä oli yleistä. Muilla ryhmäläisillä oli selkeästi merkitystä asioiden selkiyttämisessä: *”Ku ittel oli joku ajatus vielä vähän niinku solmussa, sit toinen niinku sanoo sen sillai kirkkaasti ja selkeesti et näin*” (H_8). Asioita mietittiin yhdessä monista näkökulmista: *Pohdittii ja mietittii, ni tuli tämmönen ahaa-elämys mulleikki, et mähän voin tehdä sen niin*” (H_7). Käytäntöön soveltamiskyvyn miellettiin parantuneen. Yleensä löytyi aina tapa soveltaa esille tulleet keinot ja vinkit omaan arkeen, kuten eräs haastateltavista ilmaisi: *”Meit oli monennäkösii tyyypei siinä ja niin erilaisis elämäntilanteis, et jokainen voi tämän asian ujuttaa sinne arkeensa, et olit sä sit tos elämäntilanteessa tai ton ikänen tai ton painonen*” (H_8). Ohjauksen edetessä oli alettu sisäistää maltillisten, realististen ja tavoitteellisten muutosten sekä toisaalta armollisuuden merkitys, mikä auttoi suhtautumaan järkevämmin painonhallintaan. Aiemmin oppimansa

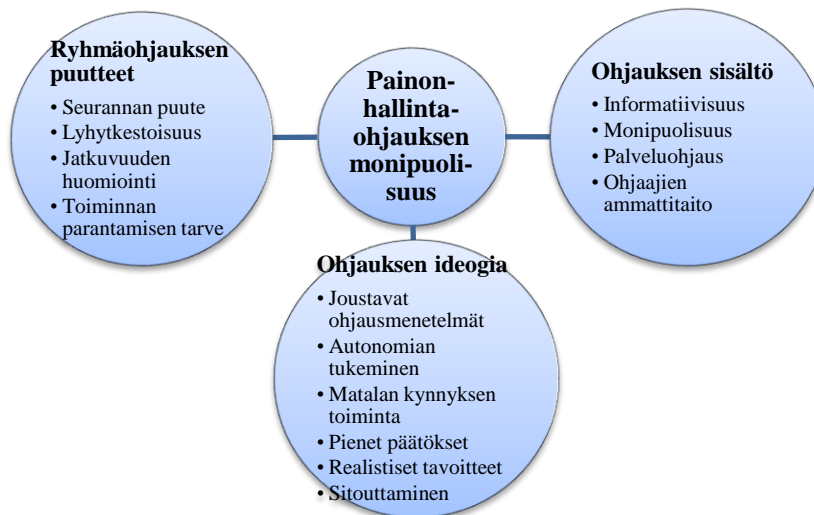
muistelemisen ja kertauksen koettiin virkistävän muistia, mitä tehtiin joko pelkästään palauttamalla mieleen asioita aivojumpan keinoin tai hakemalla vanhoja papereita.

Ryhmätoiminnan myötä myös **parantuneet voimavarat** tulivat esille monessa haastattelussa. Ryhmään osallistuminen vahvisti etenkin minäpystyvyyttä eli kykyjä, luottamusta ja uskoa omaan toimintaan. Sieltä löysi itselleen työkaluja omatoimiseen painonhallintaan, mikä ilmaisuuden perusteella myös lisääntyi, kun toimia jatkettiin itsenäisesti omalla ajalla ryhmätapaamisjakson jälkeen. Eräs haastateltavista yllättyi omaehtoisuudestaan ennen ryhmän kontrollitapaamista: *”Olin niin onnellinen, ku mä huomasin, et hei emmä ookaan pitäny niinku sitä siellä mielessä, et sitä (ryhmää) varten minä tiputan painoo, vaan mä oonkin vaa täs eläny ja unohtanu sen”* (H₈). Esimerkiksi lautasmallia oli ruvettu hyödyntämään omassa arjessa luontevasti. Lisäksi ryhmätoiminnan myötä oli alettu löytää omaan arkeen liikunnan iloa. Ryhmän suuri merkitys uusien elintapojen muuttamisessa ja juurruttamisessa tunnustettiin: *”On tää liikunnan tarve, jonka mä nyt tunnen itessäni. Et mä en enää oo niin paikallaan pysyvä kuin ennen... Elintapojen muutoksen pysymisessä sillä ryhmällä on vaikutusta”* (H₅). Kuvauksista ilmeni selkeästi, että ryhmätoiminta yleisesti ottaen kasvatti osallistujien muutosaktiivisuutta ja -motivaatiota. Moni mainitsi ryhmään osallistumisen olleen eräänlainen edellytys, joka vaadittiin muutosprosessin käynnistymiseen ja elämän kääntämiseen uuteen suuntaan. Yksi haastateltavista totesi: *”Tästä ryhmästä oli hyvä alottaa koko prosessi”* (H₆). Toinen ei olisi uskonut elintapamuutoksen muuten onnistuvan: *”Jollen mä ois sinne menny, niin tuskinpa olis tullu näit muutoksii”* (H₁). Omien saavutusten jakaminen sekä tyytyväisyyden näyttäminen ja avoin iloitseminen niitä kohtaan koettiin tärkeiksi seikoiksi kyvykkyyden vahvistumisessa. Onnistumisten ja epäonnistumisten vertailu tapaamisissa lisäsi omaa pystyvyyden tunnetta ja innostusta. Yksi kuvaili suhtautumistaan näin: *”Kun joku muu nuorempi ihminen siellä oli onnistunut ja laihtunut, niin siit lähti itellesä lisää, et minäkin”* (H₂). Toisaalta hän ei ottanut mallia epäonnistumisista: *”Jos joku sanoo, et ei oo mitään tehty eikä asian eteen, ni sit tuli vähän semmonen, et en mä ainakaan haluu olla tommonen”* (H₂). Ryhmä pisti osallistujat omistautumaan enemmän omaan painonhallintaan sekä kasvatti halua siihen. Ryhmäläiset eivät halunneet jättää ryhmätoimintaa kesken, vaan olivat tehneet päätöksen sitoutua siihen loppuun saakka. Eräs haastateltava kuvasi omistautumistaan: *”Päätin sillon jo, et mä menen sinne lopputapaamiseen joka tapauksessa, olin sit laihtunu yhtään tai en”* (H₇).

Kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat henkilökohtaisten voimavarojen vahvistuneen ja ajattelunsa kehittyneen ryhmätoiminnan myötä niin, että painonhallinnan vaikeuksia oli helpompi kohdata ja että painonhallinnan onnistumiseen oli paremmat mahdollisuudet.

6.2.3 Monipuolisuuden, joustavuuden ja jatkuvuuden merkitys ohjauksessa

”Ohjauksen sisällön”, ”ohjausideologian” ja ”ryhmäohjauksen puutteiden” nähtiin vaikuttavan ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen monipuolisuuteen (kuva 8). Oleellisena luonnollisesti pidettiin sitä, että ohjaukseen oltaisiin tyytyväisiä ja että se auttaisi voittamaan mahdolliset painonhallinnan haasteet ja esteet.



KUVA 8. Painonhallintaohjauksen monipuolisuuteen vaikuttavat tekijät

Ohjauksen sisällöllä oli luonnollisesti oma merkityksensä painonhallinnan ja ryhmätoiminnan onnistumisen kokemisessa. Kuvauksista ilmeni, että sisältöä pidettiin monipuolisena. Ryhmätoiminnan informatiivisuus tuli eri tavoin esille lähes jokaisessa haastattelussa. Ryhmään osallistuminen lisäsi osallistujien painonhallintaan, liikuntaan tai ravitsemukseen liittyvää tietoa. Joskus tieto oli jo ennestään tuttua, mutta välillä uusi informaatio saattoi yllättää: *”Olin vaa niiku kuvitellu, et kyl mä niit hedelmiä voin syödä, ku ne on kuitenkin tervellisii. Mut sit myö yhtäkkiä et voi kauheet, et kui paljo mul tulee siihe hedelmäsokerii siin”* (H₆). Ohjauksessa näkyi panostus käytännön tietojen ja taitojen lisäämiseen. Ryhmissä jaettiin painonhallintaan ja palveluihin liittyvää tukimateriaalia, kuten infolehtisiä ja ohjeita sekä tietoa hyödyllisistä nettisivuista. Myös kaupungin liikunta- ja ravitsemuspalvelutarjonnasta kerrottiin sekä ohjattiin niihin. Joistakin palveluista sai ryhmätoiminnan kautta myös alennusta ja työt-

tömille oli joitakin etuuksia, joista oltiin kiitollisia. Tutustumiskäynnit kauppaan, kuntosalille ja uimahalliin keräsivät kiitosta. Esimerkiksi elintarvikkeiden valinnan koettiin helpottuvan: *”Käytiin kaupassa ja opeteltiin siellä valitsemaan semmosia joko sydänystävällisiä tai muulla tavoin terveellisiä elintarvikkeita”* (H₅). Ohjaajien ammattitaito puhutti: *”Meidän vetäjät osas niinku suhtautuu eri ihmisiin eri tavalla, et rautanen ammattitaito heilä tähän oli”* (H₈). Joku kehui lisäksi heidän positiivista ja kannustavaa otetta ryhmäläisiä kohtaan, kun taas toinen ylisti heidän tietämystään.

Turun painonhallintaryhmät noudattivat pitkälti PPP -mallia ja se näkyi haastateltavien kuvauksissa, sillä **ohjauksen ideologia** tuli usein puheeksi. Etenkin joustavuuden, autonomian ja pienten päätösten merkitystä korostettiin painonhallintaa edistävinä tekijöinä. Yleisesti miellettiin, että toiminta ei ollut liian tiukkaa, vaan pikemminkin joustavaa ja sopivan rentoa, mitä ryhmäläiset näyttivät arvostavan. Ryhmään koettiin olevan matala kynnyksellä osallistua, sillä se oli maksutonta eikä siihen tarvinnut kuin omaa aikaa. Myös sen ettei heti tarvinnut tehdä suuria muutoksia, nähtiin helpottavan osallistumista ja muutosta kohti terveellisempiä elintapoja. Yksi haastateltavista kuvasi tyytyväisyyttään pieniin päätöksiin ja maltillisiin askeliin: *”Se nimenomaan tekee siitä ryhmästä semmosen helpon, et ei se vaadi niinku et sun pitää kääntää kaikki heti ylös alas”* (H₆). Osallistujille myös opetettiin armollista, sallivaa ja rentoa suhtautumista itseensä ja painonhallintaan, mikä kieli psykologisen joustavuuden kasvusta. Autonomian tukeminen taas ilmeni vapaaehtoisuuden ja yksilöllisyyden huomioon ottamisena. Eräs haastateltava ilmaisi kiitollisuuttaan tekemisten ja toimintatapojen valinnanvapaudesta: *”Ei meil annettu mitään semmosia kamalia kiveä hakattuja sääntöjä, mitä täytyis syödä tai miten täytyy liikkua”* (H₁). Lisäksi pidettiin tärkeänä, että annettiin aikaa muutoksen prosessointiin ja uusiin päätöksiin sopeutumiseen. Toisaalta joustavien ohjausmenetelmien ja autonomian ohella ryhmänohjaajien nähtiin myös korostavan suunnitelman tavoitteellisuutta ja realistisuutta, mikä nähtiin omaan painonhallintaan sitouttamisena. Yksi haastateltavista kuvasi elintapamuutoksen suunnitteluvaihettaan: *”Annettiin ohjeita, että pitäis valita joitain muutamia pieniä päätöksiä. Valitsee päätökset, josta vois pitää kiinni”* (H₅). Nämä asiat miellettiin tärkeiksi jatkuvuuden kannalta, mitä painotettiin monissa haastatteluissa.

Ryhmätoiminnassa koettiin olevan myös **puutteita**. Yleisimpänä epäkohtana pidettiin ryhmätoiminnan lyhyttä kestoja, minkä ei koettu palvelevan pitkän tähtäimen painonhallintaa. Usein tuli ilmi, että *”Siin ei pääse alkuun pidemmälle, et on niinku tarkoitus tehdä loppuiksi se muutos. Ni sillo se kymmenen viikkoo on kauheen lyhyt aika”* (H₇). Seuranta ja jatkotapaami-

sia kaivattiin, jotta ryhmätoiminnalle ja omalle painonhallinnalle saisi lisää tukea ja jatkuvuutta. Muuten koki jäävänsä asian kanssa yksin. Eräs haastateltavista kuvasi jatkovertaistuen tarvetta: ”*Ois semmonen henkilö taikka ryhmä, minkä kans vois niiku keskustella asioista*” (H_1). Mainittiin, että jatkoryhmätoiminnan ei tarvitsisi pysyä täysin samanlaisena ja tapaamisia voisi olla harvemmin, vaikka vain kerran puolessa vuodessa. Lisäksi ehdotettiin, että ryhmä voitaisiin ohjata edelleen eteenpäin. Toiminnassa nähtiin muutenkin olevan hieman parantamisen varaa. Ryhmätoiminnan toivottiin laajentuvan sekä sen markkinointia kehitettävän, jotta sinne osaisi hakeutua paremmin. Joku kaipasi myös käytännön ruoanlaitto-ohjeita tapaamisten sisältöön.

Yleisesti ottaen ryhmätoimintaan ja ohjaukseen tunnuttiin olevan kuitenkin tyytyväisiä ja sitä pidettiin erittäin tärkeänä oman painonhallinnan edistymisen suhteen. Ryhmässä opetetut sisällölliset asiat sekä kasvatus uudenlaisen asenteen omaksumiseen yhdessä joustavan ohjauksen kanssa otettiin hyvin vastaan. Tämä näkyi taas oman suhtautumisen muutoksena, kehittyneenä ajatteluna ja parantuneina voimavaroina, minkä avulla pystyi mahdollisesti paremmin selviytymään painonhallintaan ja elintapamuutokseen liittyvistä vaikeuksista.

7 POHDINTA

7.1 Yhteenveto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää painonhallintaryhmiin osallistuneiden työikäisten kokemuksia painonhallinnasta ja elintapamuutoksesta niihin liittyvien vaikeuksien ja niistä selviytymisen – ja etenkin ryhmän roolin – näkökulmasta. Tutkimustulosten perusteella painonhallinnan vaikeudet liittyivät voimavarojen riittämättömyyteen, heikkoon elämänhallintakykyyn sekä haastaviin ulkoisiin tekijöihin. Toisaalta voimavarojen ja elämänhallintakyvyn parantuessa sekä mahdollistavien ulkoisten tekijöiden avulla, vaikeuksista oli helpompi selvitä. Selviytymiskeinot olivat yleensä yhteydessä painonhallintaryhmätoiminnasta saatuihin hyötyihin. Ryhmään osallistuminen edisti painonhallinnan ja elintapamuutoksen onnistumista. Monipuolinen ja joustava ryhmäohjaus sekä vahva ryhmäkoheesio voimaannutti ja auttoi paremmin voittamaan vaikeuksia. Painonhallintaryhmän merkitykseen liittyvistä tuloksista ilmeni asioita, joita on tutkittu vain vähän, eikä niistä ei ole olemassa vielä kattavaa syvällisempää tietoa ja ymmärrystä.

Tämän tutkimuksen perusteella ryhmäläisillä esiintyi ajoittain stressiä, masentuneisuutta ja turhautumista. Lisäksi, he tunsivat kyvykkyytensä ja voimavaransa riittämättömiksi, mikä vaikeutti painonhallintaa. Lihavilla ihmisillä onkin havaittu herkemmin identiteettiongelmia, synkkyyteen vaipumista ja häpeää (Carr & Jaffe 2012) eikä negatiivinen suhtautuminen edistä muutosta (Chambers & Swanson 2012). Käyttäytymisessä, elämänhallinnassa, stressin kokemisessa ja persoonallisuudessa on eroja, jotka vaikuttavat painonhallintaan; esimerkiksi positiivisuus, tunnollisuus ja sitoutuneisuus auttavat siinä (Carver & Connor-Smith 2010). On oleellista selvittää, millaisella ryhmätoiminnalla ja ohjauksella voitaisiin saavuttaa muutoksia yksityiskohtaisella tasolla – persoonallisuus huomioiden. Hyötyihin keskittyminen voi lisätä positiivisuutta (Ohsiek & Williams 2010) Lisäksi vaiheittain etenevä, systemaattinen ja tavoitteellinen strategia sekä kurinalaisempi ja tunnollinen omaseuranta voivat auttaa olemaan järjestelmällisempi ja parantaa painonhallintaa (Chambers & Swanson 2012; Gerlach ym. 2015). Tarvitaan lisääntynyttä tietoisuutta sekä mekanismeja, joilla vaikuttaa tunteisiin, kognitioon ja käyttäytymiseen (Vähäsarja ym. 2015), mutta psykologisten tekijöiden tutkiminen on haasteellista (Ohsiek & Williams 2010).

Tutkimustulosten valossa ryhmäkoheesio oli merkittävä tekijä painonhallinnan vaikeuksien voittamisessa. Vahvan ryhmäkoheesio tiedetäänkin vaikuttavan positiivisesti ryhmäterapiassa ja painonhallinnassa (Burlingame ym. 2011; Dutton ym. 2014; Gullo ym. 2014). Tulosten perusteella ryhmäkoheesioon liittyivät läheisesti ryhmästä saatu vertaistuki sekä koettu ryhmähenki ja ryhmäpaine. Ryhmäilmapiiristä oli saatu avoin, positiivinen, vuorovaikutuksellinen ja ryhmäläisiä tukeva. Yhteenkuuluvuuden tunne, samojen asioiden kanssa kamppaileminen, ja ryhmässä viihtyminen edistivät elintapamuutoksessa onnistumista, mikä on tullut esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009; Hwang ym. 2010; Östberg ym. 2011; Gallagher ym. 2012; Penny ym. 2013; Russell ym. 2013). Tuloksissa korostuvat sekä läheisten ihmisten että ryhmän tuen merkitys elintapamuutoksessa onnistumisessa. Muiden ihmisten seura ja yhteinen tekeminen aktivoivat ryhmäläisiä. Lisäksi kannustava ja tasa-arvoinen ilmapiiri, missä voi jakaa avoimesti kokemuksiaan ja ajatuksiaan sekä ystäväystyä, näyttää olevan avainasemassa painonhallinnan haasteiden vähentämisessä ja selittää ryhmän positiivista vaikutusta elintapamuutoksessa. Tulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten kanssa, joissa sosiaalisen tuen on niin ikään todettu olevan oleellisessa asemassa painonhallinnassa (Salmela ym. 2010; Russel ym. 2013; Wing ym. 2014). Jos on yksinäinen tai tukea ei ole saatavilla omilta läheisiltä tai lähipiiristä, niin ryhmän ja muun vertaistuen merkitys kasvaa (Hwang ym. 2010; Kiernan ym. 2012).

Mielenkiintoista on, että tutkimuksessa selvisi ryhmän olevan vertaistuen tarjoamisen ja ymmärtämisen ohella myös sosiaalista painetta luova tekijä, mikä näytti lisäävän kilpailuasetelmaa ja -viettiä sekä loi tilivelvollisuuden tunnetta ja näyttämisen halua ryhmää kohtaan. Tämä kaikki koettiin kuitenkin positiivisena. Tästä on tehty vähemmän aikaisempaa tutkimusta. Tiedossa kuitenkin on, että ryhmämuotoinen painonhallinta luo kilpailuasetelmaa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009) ja tilivelvollisuuden tunne, kaverillinen kilpailu sekä painostus kasvattavat itsekontrollia, mikä voi näkyä painonhallintatuloksissa (Hwang ym. 2010; Russell ym. 2013). Östberg ja muut (2011) ovat lisäksi saaneet selville, etteivät ryhmäläiset halua jäädä muita huonommaksi tai joutua häpeämään heikkojen tulosten vuoksi. Samanlaisia tuloksia saatiin myös tässä tutkimuksessa. Niinpä leikkimielisen kilpailutoiminnan ja erilaisten tehtävien sisällyttäminen ohjaukseen voi auttaa aktivoimaan ryhmäläisiä painonhallintaan. Ryhmähengen ja -identiteetin on hyvä kuitenkin olla jo rakentunut painonhallintaa edistäväksi ohjaajan avulla, jottei kilpailua koeta epämieluisaksi. Hyvässä ryhmässä osallistujilla ei luultavasti synny häiritseviä ajatuksia itsestä ja tilanteestaan. Ei ole nimittäin toivottavaa, että ryhmäläiset arkailevat kilpailutilanteita johtaen kokemukselliseen välttelyyn, mikä on painon-

hallinnan ja elämänlaadun kannalta ongelmallista (Lillis ym. 2011). Pahimmassa tapauksessa se saattaa saada jättäytymään pois ryhmästä.

Tuloksissa tuli esille myös lojaaliuden merkitys toisia ryhmäläisiä kohtaan. Ryhmälle vastaimista ja toimintaan sitoutumista ei siis koettu tärkeäksi pelkästään omien parempien tulosten takia. Tämä viittaa keskinäiseen kunnioitukseen, mikä Franzin (2012, 186) mukaan on yksi koheesiota parantavista tekijöistä. Ryhmäprosessien ja -dynamiikan merkitys on olennainen yhteenkuuluvuuden tunnetta ja positiivista ilmapiirin luotaessa sekä ylläpidettäessä, mutta vielä ei tarkalleen ole saatu selville miten ryhmä kannattaa järjestää tai mitä ryhmädynamiikassa pitää ottaa huomioon, jotta painonhallinta onnistuisi paremmin (Burlingame ym. 2011; Wing ym. 2014). Turun painonhallintaryhmissä oli noin kymmenen henkilöä, jotka olivat persoonaltaan ja taustoiltaan hyvin erilaisia. Pienen ryhmäkoon onkin todettu tuovan parempia painonhallintatuloksia (Dutton ym. 2014). On lisäksi mahdollista, että ryhmäläisten erilaisuus voikin toimia rikkautena, tuoden esille erilaisia näkökulmia, vaikka yleisesti osallistujien samankaltaisuus parantaa ryhmätoimintaa (Franz 2012, 180 - 185). Tuloksissa ilmennyt ryhmän kannustus, avoin ja positiivinen ilmapiiri sekä ohjaajan tuki saattoivat auttaa ryhmäläisiä avautumaan tapaamisissa niin, että keskinäinen luottamus kasvoi ja vuorovaikutus oli luontevaa. Aikaisemmin onkin saatu selville, että ryhmäläisiä kannattaa kehottaa keskinäiseen kanssakäymiseen (Burlingame ym. 2011) sekä pyrkiä tunnistamaan ryhmäläisten eri rooleja, jolloin niitä voisi valjastaa ryhmän käyttöön painonhallinnan edistämisen toivossa (Russell ym. 2013). Lisäksi olisi järkevää hyödyntää muitakin ihmissuhteita ryhmätoiminnassa (Wing ym. 2014).

Näiden tutkimustulosten perusteella painonhallintaryhmään osallistuminen voimaannutti ryhmäläisiä merkittävästi muutenkin kuin sosiaalisen tuen ja ryhmäkoheesion vuoksi. Ryhmäohjaus lisäsi selkeästi sisäistä motivaatiota ja autonomiaa, vahvisti minäpystyvyyttä sekä paransi itsesäätelykeinoja ja muita taitoja, mikä näkyi voimavarojen vahvistumisena, kognitiivisena kehityksenä ja parantuneena elämänhallintakykynä. Kun usko omaan kykyihin kasvoi ja asioita sisäistettiin, ajattelu ja suhtautuminen muuttuivat positiivisemmiksi, itsekuri ja itsensä hallinta kehittyivät, tietoisuus lisääntyi sekä sitoutuminen elintapamuutokseen vahvistui, vähentäen painonhallinnan vaikeuksia. Näin ollen aktiivisuus ja omatoimisuus kasvoivat, jolloin pystyttiin jatkamaan painonhallintaa itsenäisesti juurruttaen opittuja toimintatapoja, mihin aikaisemmin ei välttämättä kyetty. Nämä tulokset ovat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten kanssa. Minäpystyvyyden, parempien taitojen, uskomuksien ja käsityksien itsestä

(Barte ym. 2010; Russell ym. 2013; Teixeira ym. 2015) sekä sisäisen motivaation ja siihen liittyvän autonomian (Ryan & Deci 2000; Baumeister & Vohs 2007; Anglé 2010; Teixeira ym. 2012) on katsottu johtavan parantuneeseen itsesääteelyyn ja edelleen painonhallintaan. Tutkimustulosten mukaan parantuneista itsesääteelytaidoista sekä elintapojen tarkkailusta ja säännöstelystä huolimatta joskus nautinnoille antauduttiin, vaikka toiminta tiedettiin ja koettiin vääräksi. Ärsykeille periksi antamisen on kuitenkin todettu olevan ihmiselle ominaista synnynnäisen vietin vuoksi (Forman & Butryn 2015). Tässä tutkimuksessa ilmeni lisäksi, että ajoittaiset repsahdukset hyväksyttiin, eikä niistä haluttu jäädä soimaaman itseään tai potea kauan huonoa omaatuntoa vaan oppia. Alahuhta (2010) onkin painottanut, että repsahduksiin tulisi suhtautua oppimiskokemuksena eikä epäonnistumisena.

Näiden tulosten valossa painonhallintaryhmien ohjauksessa oli onnistuttu. Painonhallintaan ja elintapamuutokseen liittyviä, tärkeitä asioita oli käsitelty informatiivisesti. Ryhmissä oli toimiva ideologia, jossa korostettiin joustavuutta, tavoitteellisia ja realistisia pieniä päätöksiä, toiminnan ja valintojen monipuolisuutta, yksilön autonomiaa, rentoa otetta sekä hyväksyntää. Ohjaus oli useimmille mielekästä edistäen painonhallintaa varsinkin oman asennemuutoksen kautta. Näin ollen tuloksissa painottui psykologisen joustavuuden merkitys. On hyvin mielenkiintoista, että rennomman ja armollisemman asenteen koettiin auttavan elintapamuutoksessa, kun taas tyypillisesti suunnitelmallisuuden, tavoitteellisuuden, omaseurannan ja rajoitusten merkitystä korostetaan (Alahuhta 2010; Ohsiek & Williams 2010; Hankonen 2011; Korkiakangas 2010; Butryn ym. 2011; Grave 2013; Jensen 2013; Lihavuus 2013). Toisaalta ne eivät sulje pois painonhallinnan joustavuutta ja mielekkyyttä, jossa vältetään jäykkiä sääntöjä ja liiallista ankaruutta itseään kohtaan. Hiljattain onkin saatu selville, että käyttäytymisen ehdoton rajoittaminen ei olekaan tuloksekasta pitkäjänteisen painonhallinnan kannalta, vaan joustavien rajoitteiden soveltaminen auttaa paremmin pudottamaan painoa (Teixeira ym. 2015). Joustavan asenteen syömistä kohtaan on todettu auttavan painonhallinnassa aiemminkin (Barte ym. 2010; Russell ym. 2013).

Tutkimuksen perusteella haastateltavat olivat selkeästi ohjaajien kehotuksesta miettineet asioita, tutkineet omia ajatuksiaan, tunteitaan ja tuntemuksiaan sekä tehneet niiden pohjalta realistisia ja tavoitteellisia päätöksiä, mihin aidosti kokivat kykenevänsä. PPP-mallin mukainen ohjaus pienine päätöksineen onkin osittain lähellä ACT-tyyppistä ajattelua, missä molemmissa korostuvat mm. asiakaslähtöisyys, joustavuus, omistautuminen ja hyväksyminen (Lillis ym. 2014; Forman & Butryn 2015). Ohjauksen kehittämisen näkökulmasta sitouttaminen voi-

si onnistua vielä paremmin, jos tietoisuutta, läsnäoloa ja omia arvoja painotettaisiin nykyistä enemmän esimerkiksi sisällyttämällä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ohjaukseen. Tämä auttaisi hyväksymään paremmin itsensä sellaisena kuin on, mikä kohentaa omaa oloa, kasvattaa voimavaroja sekä voisi luultavasti näkyä lisääntyneenä osallistumishalukkuutena erilaisia aktiviteetteja ja kokeiluja kohtaan. Näin ollen lihava ihminen ei esimerkiksi jäisi kotisohvalle, söisi suruunsa tai valittaisi tekemisen puutteesta.

Jatkuvuuden puute oli tutkimustulosten valossa suurin ryhmätoimintaan liittyvä epäkohta. Osallistujat kokivat jäävänsä tyhjän päälle, joten seurantaa – etenkin jonkinlaista sosiaalista tukea – kaivattiin, minkä merkitys on todettu myös aikaisemmassa tutkimuksessa (Hardcastle & Hagger 2011). Erityisen hyvin jatkuvuuden merkitys tuli esille erään haastateltavan kertossa ryhmäläisten tapaavan omatoimisesti kuntosalilla liikunnan merkeissä vielä tapaamisjakson jälkeen. Jatkotapaamisten positiivinen vaikutus painonhallintatuloksiin on tullut muutenkin esiin moneen kertaan (Fjeldsoe ym. 2011; Greaves ym. 2011; Middleton ym. 2012; Wadden ym. 2012; Dombrovski ym. 2014), mutta painonhallintavaiheen optimaalisesta kestosta ja intensiivisyydestä ei olla vielä varmoja (Grave ym. 2013). Vaihtoehtoja jatkotuen järjestämiseen on monia. Tulosten mukaan tapaamisissa ei välttämättä tarvita edes ohjaajaa – ainakaan joka kerralla. Vertaistuen saamisen ja painonhallinnan seurannan mahdollistaminen jokseenkin valvotuissa oloissa oli oleellisinta. Näin ollen ryhmäläisille voisi varata esimerkiksi tilan kaupungin tiloissa, jossa voisi tavata vaikkapa pari kertaa kuukaudessa. Myös teknologian hyödyntämistä voisi harkita uudenaisten palvelujen järjestämiseksi. Palveluohjaus muihin painonhallintaa tukeviin toimintoihin voisi myös auttaa, mutta siihen tulisi panostaa enemmän kuin vain tarjota infolehtisiä ja nettisivujen osoitteita.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Luotettavuus. Omaan tutkimukseeni liittyy paljon luotettavuuteen vaikuttavia seikkoja. Laadullinen tutkimus on tärkeää, sillä se syventää ymmärrystä. On oleellista saada tutkittavien oma ääni esiin, jotta ohjauspalveluita saadaan kehitettyä. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään subjektiivisuus, eli kokemukset ja tulkinnat voivat vaihdella esimerkiksi kontekstista ja tutkijasta riippuen. Ei ole olemassa yhtä ainoaa kriteeristöä, jota luotettavuuden arvioinnissa voisi hyödyntää, mutta luotettavuutta kuvaavia käsitteitä on kuitenkin koottu yhteen. Näitä ovat uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus,

riippuvuus, vakiintuneisuus, vahvistettavuus ja vahvistuvuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138 – 139).

On tärkeää, että tutkimus on uskottavaa. Siihen liittyy muiden muassa tutkittavien kokemusten, niiden tulkinnan ja käsitteellistämisen totuudenmukaisuus. On oleellista, että tutkijan rekonstruktiot todellisuudesta vastaisivat tutkittavien alkuperäisiä konstruktioita. Pyrin jokaisessa tutkimusvaiheessa löytämään ja säilyttämään haastateltavien kokemukset mahdollisimman alkuperäisinä ja totuudenmukaisina. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuteen luonnollisesti vaikuttaa esiymmärrys. Se tarkoittaa tutkijan aikaisempaa ymmärrystä ja tulkintaa asioista ja teorioista, mitkä edelleen vaikuttavat tulkintaan ja esimerkiksi haastattelutilanteeseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 35; 76). Pyrin tiedostamaan esiymmärrykseni mahdollisimman hyvin, olemaan kriittinen sekä kohtaamaan ihmiset omanlaisina persooninaan ja olemaan avoin kaikissa kohtaamistilanteissa, jotta saisin mahdollisimman hyvin selville heidän kokemuksensa. Se oli tietysti vaikeaa, kun on opiskeluvuosien ajan oppinut uusia teorioita, malleja ja tilastoja terveyden edistämisestä. Niinpä aikaisempi ymmärrys vähintään suuntasi tulkintaa. Haastattelutilanteessa onnistuin kuitenkin suhtautumaan jokaiseen tilanteeseen hyvin avoimesti ja ilman vahvoja ennakko-oletuksia. Samoin aineistoa analysoidessani sain mielestäni aikaan monipuolisia tulkintoja niin, ettei alkuperäisten kokemusten merkitys muuttunut. Toisaalta tuloksia kirjoittaessa taas tuntui, että kirjallisuuskatsauksen aihepiirit ainakin hieman ohjasivat analyysiä ja päinvastoin. Siinä pohdiskelin pitkään sitä, onko tutkielmani enemmän aineistolähtöinen vai teoriaohjaava.

Tutkimusprosessi eteni myös tarkoituksenmukaisesti: aiheenvalinnasta, kirjallisuuteen perehtymisen kautta tutkimusongelman määrittelyyn, jota seurasi metodien valinta, aineistonkeruu ja analyysi sekä raportin kirjoittaminen. Kirjallisuuskatsaus on kattava ja tutkimuksessa käytin tarkoituksenmukaisia tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Avoimet ja puolistrukturoidut yksilöhaastattelut olivat hyvä keino päästä käsiksi osallistujien kokemuksiin. Sain tuotoksiin ja etenemiseen liittyen ulkopuolista tarkastusta ja arviointia graduseminaareissa vertaisarvioinnissa sekä yksilötapaamisissa professorin kanssa.

Tutkimuksen raportointi on kattavaa. Pyrin kirjoittamaan haastattelut auki huolellisesti ja tarkasti. Mittaamiseen liittyviä virheitä saattoi tapahtua nauhoja kuunnellessa, sillä välillä puhe oli niin huonolaatuista, ettei siitä saanut selvää. Mutta kyseisiä kohtia oli onneksi vain muutama. Hyvin tehty suunnitelma ja aiheessa pysyminen lisää myös luotettavuutta. Jouduin vain

hieman muotoilemaan uudelleen tutkimuskysymyksiä, mutta alkuperäinen tarkoitus ja tavoitteet säilyivät ennallaan. Läpinäkyvyyskin lisää luotettavuutta. Haastattelurunko ja esimerkki aineiston luokittelusta ovat liitteinä (liitteet 3 ja 6). Lisäksi tutkimuksen tuloksissa on aina kaavio luokkien muodostamisesta sekä esimerkkejä autenttista lainauksista, mikä tuo painoarvoa analyysille ja johtopäätöksille. Näin ollen ulkopuolisen on helppo seurata tutkimusta ja sen raportointia, mikä lisää tutkimuksen vahvistettavuutta. Lisäksi tulokset ovat suurimmilta osin yhteneväisiä muiden tutkimusten, löydösten ja suositusten kanssa.

Luotettavuutta lisää myös se, että litteroiden aineiston lisäksi pidin haastattelupäiväkirjaa, mikä lisäsi ymmärrystä, auttoi palaamaan haastattelutilanteeseen ja jäsensi tulkintaa. Tämä ei ole puhtaasti triangulaatiota, mutta joka tapauksessa haastattelutilanteessa käytetyt menetit lisääntyivät sekä näin ollen tulkinta monipuolistui lisäten luotettavuutta. Lisäksi teoreettisessa viitekehityksessä on huomioitu useita eri teorioita, mikä on tuonut apua käsitteellistämiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143 – 149).

Eniten epävarmuustekijöitä liittyy itse tutkimustilanteen arviointiin ja tutkimuksen varmuuteen. Luotettavuuteen voi vaikuttaa negatiivisesti muiden muassa aika, unohtaminen, itseilmaisun puutteet, kokemusten vaikeus sekä luottamussuhde tutkijan kanssa. Mielestäni ajoitin haastattelut hyvään hetkeen. Kontrollitapaamisesta oli kulunut puoli vuotta, joten haastateltavat olivat oletettavasti saaneet jo kattavan kuvan ryhmätoiminnasta ja sen tuloksista sekä toiminta oli vielä suhteellisen tuoreena mielessä. Yleistä kuitenkin on, että haastateltavat eivät ihan suoraan sano, mitä ajattelevat tai miten ovat käyttäytyneet. On mahdollista, että saatoin myös ymmärtää tai tulkita jonkin asian väärin. Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa lisäksi pieni otoskoko, vaikkei se sinänsä ole laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteeri, mutta useampi haastateltava olisi tuonut esiin monipuolisempia näkökulmia. En myöskään itse rekrytoinut haastateltavia, joten en voi tietää tarkemmin, olivatko he juuri aktiivisimmasta päästä tai suhtautuivatko he positiivisimmin painonhallintaan ja ryhmätoimintaan. Toisenlaisia tuloksia olisi voinut saada ihmisiltä, jotka eivät pitäneet ryhmätoiminnasta tai osallistuneet siihen aktiivisesti. Niinpä siinä mielessä aineisto olisi voinut olla vielä rikkaampi ja monipuolisempi. Jälkeenpäin huomasi, että aihetta olisi ollut järkevä rajata enemmän yhtenäisemmän ja tiiviimmän kokonaisuuden aikaansaamiseksi. Ajoittain tutkimuskysymyksien perimmäinen tarkoitus oli vaikea pitää mielessä, sillä haastatteluissa oli paljon myös painonhallintaa ja sen edistämistä yleisellä tasolla käsitteleviä aiheita. Olisi ollut hyvä esimerkiksi keskittyä vielä syvemmin painonhallinnan psykologiseen puoleen.

Lisäksi tulosten tulkinnassa ilmeni haasteita. Välillä oli vaikea sijoittaa tuloksissa ilmenneitä asioita sekä niistä johdettuja käsitteitä oikean kokonaisuuden alle, sillä samantyyppiset tekijät vaikuttivat sekä yksilöllisen painonhallinnan että painonhallintaryhmätoiminnan taustalla. Esimerkiksi minäpystyvyys oli asia, joka saattoi joko vaikeuttaa tai vahvistaa yksilön voimavaroja riippuen siitä miten se koettiin. Ryhmätoiminnan näkökulmasta taas ryhmä auttoi vahvistamaan minäpystyvyyttä, sillä toiminta nähtiin ylipäätään ryhmäläistä voimaannuttavana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138 – 143).

Eettiset kysymykset. Tutkimukseni on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa, sillä se tehtiin hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Sain tutkimusluvan kyseessä olevalta organisaatiolta, Turun kaupungin hyvinvointiyksiköltä. Luvan saamista helpotti, että minun ei tarvinnut päästä käsiksi asiakastietoihin eikä näin ollen ollut tarvetta eettiselle lausunnolle. Jokaiselta haastateltavalta kerättiin lisäksi allekirjoitettu suostumuslomake sekä kerrottiin, mitä tutkimus pitää sisällään ja miksi se toteutetaan. Haastateltavaa informoitiin hänen oikeuksistaan sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta selkeästi heille annetussa tiedotteessa.

Haastatteluissa edettiin haastateltavan ehdoilla ja tilanne oli kunnioittava molemminpuolisesti. Tutkimusaineiston nauhat ja henkilötiedot olivat vain graduntekijän käsissä. Kirjallinen haastatteluaineisto oli lisäksi graduohjaajan tiedossa. Muissa kuin henkilötietoja koskevissa dokumenteissa ei haastateltavia pysty tunnistamaan, sillä niissä käytetään muunnettuja etunimiä. Tiedot olivat salasanalla salatussa kansiossa tietokoneella ja muistitikulla. Nauhoitukset ja tutkimukseen osallistuneiden henkilötiedot hävitettiin gradun julkaisemisen jälkeen.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen aiheita

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset koskien painonhallinnan vaikeuksia ja niistä selviytymistä varsinkin ryhmämuotoisen painonhallinnan avulla.

- Painonhallintaryhmiin osallistuneilla ilmenee vaikeuksia painonhallinnassa liittyen henkilökohtaisesti koettuihin voimavaroihin, elämänhallintakykyyn ja ulkoisiin tekijöihin. Vaikeuksista voi kuitenkin mahdollisesti selvitä voimavaroja kasvattamalla, elämänhallinnallisia kykyjä kehittämällä sekä sosiaalisen tuen ja mahdollistavien ul-

koisten tekijöiden avulla. Ryhmätoiminnalla on painonhallinnan onnistumisen suhteen merkittävä ja voimaannuttava rooli.

- Sosiaalisen tuen merkitys painonhallintavaikeuksista selviämässä on suuri. Ryhmän tuen rooli kasvaa, jos läheisten ihmisten tukea ei ole tarpeeksi tarjolla. Asioiden ja kokemusten jakaminen ja vertailu sekä ymmärryksen ja kannustuksen saanti vertaistuen muodossa auttavat painonhallinnassa.
- Ryhmäkoheesiota tulee vahvistaa kiinnittämällä huomiota ryhmän järjestämiseen sekä ryhmäläisten keskinäisiin suhteisiin ja eri persooniin. Ryhmähenkeä voi kasvattaa luomalla positiivinen, avoin ja luotettava ilmapiiri, jossa on keskinäistä kunnioitusta ja toimiva vuorovaikutuskulttuuri. Lisäksi sosiaalista painetta ja kilpailuasetelmaa on hyvä hyödyntää.
- Painonhallintaohjaus PPP-mallia hyödyntäen voi auttaa selviytymään elintapamuutoksen haasteista. Psykologinen joustavuus on tärkeä tekijä painonhallinnan mielekkääksi kokemisessa. Painonhallinnan rentous, armollisuus itseään kohtaan, sallivuus, joustavat rajoitukset sekä hyväksyminen ovat tekijöitä, jota ohjauksessa tulisi huomioida. Ohjausta voisi kehittää ACT:n suuntaan korostamalla arvojen määrittelyä, lisääntynyttä tietoisuutta itsestä, asioiden ja tilanteiden hyväksymistä sekä omistautumista tehtyihin päätöksiin painonhallinnan suunnitelmallisuudesta ja tavoitteellisuudesta tinkimättä.
- Ryhmätoiminnan jälkeen osallistuja jää usein ilman tukea, johon ratkaisuna voisi olla pidennetty seurantajakso, jossa on harvennettuja tapaamisia, ilman ohjaajaa järjestetyt tapaamiset yhteisessä tilassa tai teknologian hyödyntäminen laatimalla esimerkiksi verkkopohjaisen tapaamisalustan ryhmäläisille.

Uutta tutkimusta tarvitaan edelleen, sillä tutkimustulokset eivät ole yhtenäisiä, tutkimukset ovat lyhytkestoisia sekä tutkimusten ja erilaisten tekniikoiden raportointi ja laatu on monesti heikkoa. On tärkeää saada tietoa sekä painonhallintaryhmien tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta liittyen erilaisten teorioiden ja tekniikoiden soveltamiseen että painonhallintaryh-

miin osallistuneiden kokemuksista, jotta ohjausta voitaisiin edelleen kehittää tarpeiden mukaisesti.

Jatkotutkimuksen aiheena ja kiinnostuksen kohteena voidaan nähdä erityisesti:

- Ryhmädynamiikan, -prosessien ja -koheesion sekä positiivisen ryhmäpaineen tutkimisen, koska ryhmällä on selkeästi tukea antava ja voimaannuttava rooli. Olisi tärkeää saada selville, miten ryhmistä saataisiin mahdollisimman toimivia ja miten ohjaaja voi tähän vaikuttaa.
- Elämänhallinnan ja itsesäätelytaitojen tutkimisen persoonallisuuden piirteiden ja muiden taustalla vaikuttavien psyykkisten tekijöiden näkökulmasta, jotta ohjauksessa voisi huomioida erilaiset persoonat.
- Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa sekä psykologista joustavuutta korostavan ryhmäohjauksen tarkemman selvittämisen painonhallinnan tuloksellisuuden ja repahdusten kannalta.
- Sosiaalisen tuen eri muotojen vertailun painonhallinnassa onnistumisen näkökulmasta, sillä läheisten ja ryhmän tuen tarkempi merkitys on oleellista selvittää. On myös hyvä ottaa selville erilaisia mahdollisuuksia integroida sosiaalista tukea ryhmätoimintaan.
- Painonhallintaohjauksen, tapaamisten jatkuvuuden ja seurannan huomioimisen ryhmien järjestämisessä.

Uutta tutkimusta olisi käytännön kannalta suositeltavaa toteuttaa etenkin arkisissa olosuhteissa, jotta mahdollisimman monet painonhallintaryhmiä suunnittelevat ja toteuttavat eri tahot pystyisivät hyödyntämään tutkimustietoja. Esimerkiksi sairaaloihin, kuntien terveys- ja liikuntatoimeen sekä kolmannelle sektorille tarvitaan kipeästi toimivia ratkaisuja ja palveluja ajan, rahan ja muiden resurssien puutteen vuoksi.

8 LÄHTEET

- Abraham, C. & Mitchie, S. 2008. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychol* 27(3), 379–387. doi: 10.1037/0278-6133.27.3.379.
- Absetz, P. Ryhmäohjaus. Teoksessa Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. (toim.) *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystieteiden ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita, 2011: 87 – 108.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 127, 2265–72.
- Absetz, P., Oldenburg, B., Hankonen, N., Valve, R., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Talja, M. & Uutela, A. 2009. Type 2 diabetes prevention in the real world. Three-year results of the GOAL lifestyle implementation trial. *Diabetes Care* 32, 1418-20.
- Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 148–158.
- Alahuhta M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto. *Acta Univ. Oul. D* 1081.
- Anderson, J. W., Reynolds, L.R., Bush, H. M., Rinsky, J. L. & Washnock, C. 2011. Effect of a behavioral/nutritional intervention program on weight loss in obese adults: a randomized controlled trial. *Postgrad Med* 123 (5), 205-13.
- Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. *Ratkaisukeskeinen painonhallinnan ja elämäntapojen ohjaus*. *Suomen lääkirilehti* 34 (65), 2691-96.
- Appel, L. J., Clark, J. M., Yeh, H. C., Wang, N. Y., Coughlin, J. W., Daumit, G., Miller, E. R. 3rd, Dalcin, A., Jerome, G. J., Geller, S., Noronha, G., Pozefsky, T., Charleston, J., Reynolds, J. B., Durkin, N., Rubin, R. R., Louis, T. A. & Brancati, F. L. 2011. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. *N Engl J Med* 365 (21), 1959-68.
- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. & Hemmelgarn, B. R. 2011. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of

- randomized controlled trials. *Obes Rev* 12 (9), 709-23.
- Arrebola, E., Gomez-Candela, C., Fernandez-Fernandez, C., Loria, V., Munoz-Perez, E. & Bermejo, L. M. 2011. Evaluation of a lifestyle modification program for treatment of overweight and nonmorbid obesity in primary healthcare and its influence on health-related quality of life. *Nutr Clin Pract* 26 (3), 316-21.
- Bandura, A. *Social Learning Theory*. 1977. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. 1991. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision process* 50, 248-387.
- Barte, JCM., ter Bogt, NCW., Bogers, RP., Teixeira, PJ., Blissmer, B., Mori, TA. & Bernelmans, WJE. 2010. Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obes rev* 11, 899–906. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00740.x.
- Baumeister, RF. & Vohs, KD. 2007. Self-regulation, ego depletion and motivation. *Social and personality compass*.1 (1), 115-128.
- Booth, HP., Prevost, TA., Wright, AJ. & Gulliford, MC. 2014. Effectiveness of behavioural weight loss interventions delivered in a primary care setting: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract* 31 (6), 643–653. doi:10.1093/fampra/cmu064.
- Brown, J. & Wimpenny, P. 2011. Developing a holistic approach to obesity management. *International Journal of Nursing Practice* 17, 9–18. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01899.x.
- Brown, T., Avenell, A., Edmunds, L. D., Moore, H., Whittaker, V., Avery, L. & Summerbell, C. 2009. Systematic review of long-term lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults. *Obes Rev* 10 (6), 627-38.
- Burke L, Warziski Turk M, Derro N, Ewing L. 2009. Experiences of self-monitoring: Successes and struggles during treatment for weight loss. *Qual Health Res* 19(6):815-828.
- Burlingame, GM., McClendon, DT. & Alonso, J. 2011. Cohesion in group therapy. *Psychoter* 48 (1), 34–42.
- Butryn, ML., Webb, V. & Wadden, TA. 2011. Behavioral treatment of obesity. *Psychiatr Clin North Am.* 34 (4), 841–859. doi:10.1016/j.psc.2011.08.006.
- Carr, D. & Jaffe K. 2012. The psychological consequences of weight change trajectories: Evidence from quantitative and qualitative data. *Econ Hum Biol.* 10(4), 419–430. doi:10.1016/j.ehb.2012.04.007.

- Carver, CS. & Connor-Smith, J. 2010. Personality and coping. *Annu. Rev. Psychol.* 61, 679–704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Chambers J. & Swanson V. 2012. Stories of weight management: Factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance. *Brit J Health Psych* 17:223–243.
- Chau, JY., Grunseit, AC., Chey, T., Stamatakis, E., Brown, WJ., Matthews, CE., Bauman, AE. & van der Ploeg, HP. Daily sitting time and all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE* 8(11), e80000. doi:10.1371/journal.pone.0080000.
- Colley, R. C., Hills, A. P., King, N. A. & Byrne, N. M. 2010. Exercise-induced energy expenditure: implications for exercise prescription and obesity. *Patient Educ Couns* 79 (3), 327-32.
- Critchley, CR., Hardie, EA. & Moore, SM. 2012 Examining the psychological pathways to behavior change in a group-based lifestyle program to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care* 35:699–705. doi: 10.2337/dc11-1183.
- Deci, EL. & Ryan, RM. 2012 Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9, 24.
- DeJean, D., Giacomini, M, Vanstone, M. & Brundisini, F. 2013. Patient Experiences of Depression and Anxiety with Chronic Disease: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 13(16), 1–33.
- Dombrowski, SU., Knittle, K., Avenell, A., Araújo-Soares, V. & Sniehotta, FF. 2014. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ* 348:g2646 doi: 10.1136/bmj.g2646
- Dutton, GR., Nackers, LM., Dubyak, PJ., Rushing, NC., Huynh, T-VT., Tan, F., Anton, SD. & Perri, MG. 2014. A randomized trial comparing weight loss treatment delivered in large versus small groups. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 11, 123.
- Ekelund, U., Ward, H.A., Norat, T., Luan, J., May, A.M., Weiderpass, E., Sharp, S.S., Overvad, K., Nautrup Østergaard, J., Tjønneland, A., Føns Johnsen, N., Mesrine, S., es Fournier, A., Fagherazzi, G., Trichopoulou, A., Lagiou, P., Trichopoulos, D., Li, K., Kaaks, R., Ferrari, P., Licaj, I., Jenab, M., Bergmann, M., Boeing, H., Palli, D., Sieri, S., Panico, S., Tumino, R., Vineis, P., Peeters, P.H., Monnikhof, E., Bueno-de-Mesquita, H.B., Quiros, J.R., Agudo, A., Sanchez, M-J., Huerta, J.M.,

- Ardanaz, E., Arriola, L., Hedblad, Bo., Wirfält, E., Sund, M., Johansson, M., Key, T.J., Travis, R.C., Khaw, K-T., Brage, S., Wareham, N.J. & Riboli E. 2015. Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *Am J Clin Nutr.* doi: 10.3945//ajcn.114.100065
- Fjeldsoe, B., Neuhaus, M., Winkler, E. & Eakin, E. 2011. Systematic review of maintenance of behavior change following physical activity and dietary interventions. *Health Psychol* 30 (1), 99–109. doi: 10.1037/a0021974
- Forman, EM. & Butryn, ML. 2015. A new look at the science of weight control: How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite* 84, 171–180.
- Forster, M., Veerman, J. L., Barendregt, J. J. & Vos, T. 2011. Cost-effectiveness of diet and exercise interventions to reduce overweight and obesity. *Int J Obesity* 35 (8), 1071-78.
- Franz, TM. Group dynamics and team interventions. Understanding and improving team performance. Chichester: John Wiley & Sons, 2012.
- Fukuoka, Y., Kamitani, E., Bonnet, K. & Lindgren, T. 2011. Real-time social support through a mobile virtual community to improve healthy behavior in overweight and sedentary adults: a focus group analysis. *J Med Internet Res.* 13 (3), e49. doi: 10.2196/jmir.1770.
- Galani, C., Schneider, H. & Rutten, F. F. H. 2007. Modelling the lifetime costs and health effects of lifestyle intervention in the prevention and treatment of obesity in Switzerland. *Int J Public Health* 52 (6), 372-82.
- Gallagher, D., Heymsfield, S. B., Heo, M., Jebb, S. A., Murgatroyd, P. R. & Sakamoto, Y. 2000. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index 1–3. *Am J Clin Nut* 72, 694-701.
- Gallagher, R., Kirkness, A., Armari, E. & Davidson, PM. 2012. Participants' perspectives of a multi-component, group-based weight loss programme supplement for cardiac rehabilitation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice* 18, 28–35.
- Gerlach, G., Herpertz, S. & Loeber, S. 2015. Personality traits and obesity: a systematic review. *Obes rev* 16, 32–63. doi: 10.1111/obr.12235.

- Gilles, CL., Lambert, PC., Abrams, KR., Sutton, AJ., Cooper, NJ., Hsu, RT., Davies, MJ. & Khunti, K. Different strategies for screening and prevention of type 2 diabetes in adults: cost effectiveness analysis. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.39545.585289.25.
- Grave, RD., Centis, E., Marzocchi, R., El Ghoch, M. & Marchesini, G. 2013. Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Psychology Research and Behavior Management* 6, 101–110.
- Greaves, CJ., Sheppard, KE., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, PH. & Schwarz, P. 2011. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health* 11:119
- Greenwood, DA., Kramer, MK., Hankins, AI., Parise, CA., Fox, A. & Buss, KA. 2014. Adapting the Group Lifestyle Balance™ Program for weight management within a large health care system diabetes education program. *Diabetes Educator* 40 (3), 299-307.
- Gullo, S., Lo Coco, G., Pazzagli, C., Piana, N., De Feo, P., Mazzeschi, C. & Kivlighan, Jr. DM. 2014. A time-lagged, actor–partner interdependence analysis of alliance to the group as a whole and group member outcome in overweight and obesity treatment groups. *J Couns Psychol* 61 (2), 306–313. 2014, Vol. 61, No. 2, 306–313.
- Hankonen N. 2011. Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention: Influences of gender, socioeconomic status and personality. *Tutkimus* 51/2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).
- Hardcastle, S. & Hagger, M. S. 2011. “You can’t do it on your own”: Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior. *Psychol Sport Exerc* 12 (3), 314-23.
- Hartmann-Boyce, J., Johns, DJ., Jebb, SA., Summerbell, C. & Aveyard, P. 2014. Behavioural weight management programmes for adults assessed by trials conducted in everyday contexts: systematic review and meta-analysis. *Obes rev* 15, 920–932. doi: 10.1111/obr.12220.
- Hartmann-Boyce, J., Johns, DJ., Jebb, SA. & Aveyard, P. 2014. Effect of behavioural techniques and delivery mode on effectiveness of weight management: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Obes rev* 15, 598–609. doi: 10.1111/obr.12165.

- Heintze, C., Metz, U., Hahn, D., Niewohner, J., Schwantes, U., Wiesner, J. & Braun, V. 2010. Counseling overweight in primary care: an analysis of patient-physician encounters. *Patient Educa Couns* 80 (1), 71-75.
- Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystäyttyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hivert, M-F., Warner, AS., Shrader, P, Grant, RW. & Meigs, JB. 2009. Diabetes risk perception and intention to adopt healthy lifestyles among primary care patients. *Diabetes Care* 32, 1820–1822.
- Hoddinott, P., Allan, K., Avenell, A. & Britten, J. 2010. Group interventions to improve health outcomes: a framework for their design and delivery. *BMC Public Health* 10:800
- Hu, T., Mills, KT., Yao, L., Demanelis, K., Eloustaz, M., Yancy, WS., Kelly, TN., He., J. & Bazzano, LA. 2012. Effects of low-carbohydrate diets versus low-fat diets on metabolic risk factors: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Am J Epidemiol.* 176, S44–S54. doi: 10.1093/aje/kws264.
- Husu P, Paronen O, Suni J, Vasankari T. 2011. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Huttunen, J. 2012. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.12.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934&p_haku=liikunta
- Hwang, KO., Ottenbacher, AJ., Green, AP., Cannon-Diehl, MR., Richardson, O., Bernstam, EV. & Thomas, EJ. 2010. Social support in an Internet weight loss community. *Int J Med inform* 79, 5–13.
- Janiszewski, P. M. & Ross, R. 2010. Effects of weight loss among metabolically healthy obese men and women. *Diabetes Care* 33 (9), 1957-59.
- Jensen, MD., Ryan, DH., Apovian, CM., Ard, JD., Comuzzie, AG., Donato, KA., Hu, FB., Hubbard, VS., Jakicic, JM., Kushner, RF., Loria, CM., Millen, BE., Nonas, CA., Pi-Sunyer, FX., Stevens, J., Stevens, VJ., Wadden, TA., Wolfe, BM. & Yanovski, SZ. 2013. AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/ American Heart

- Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol* 63, 2985–3023.
- Johns, DJ., Hartmann-Boyce, J., Jebb, SA. & Aveyard, P. 2014. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet.* 114, 1557-1568.
- Jokela, M., Hintsanen, M., Hakulinen, C., Batty, GD., Nabi, H., Singh-Manoux, A. & Kivimäki, M. 2013. Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data. *Obes rev* 14, 315–323.
- Kansanterveyslaki 1972. 1222/30.12.2013..
- Kaukua J. 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. *Duodecim* 122, 1215-24.
- Kiernan, M, Moore, SD., Schoffman, DE., Lee, L., King, AC., Taylor, CB., Kiernan, NE. & Perri, MG. 2012. Social support for healthy behaviors: Scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. *Obesity* 20, 756–764. doi:10.1038/oby.2011.293.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A. & Nathan D. M. 2002. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 346, 393-403.
- Kokkinen-Jussila, M., Julkunen, J. & Lipsanen, J. 2011. Weight control and vital exhaustion in women. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48, 204–217.
- Kolehmainen, M., Ulven, S.M., Paananen, J., de Mello, V., Schwab, U., Carlberg, C., Myhrstad, M., Pihlajamäki, J., Dungner, E., Sjölin, E., Gunnarsdottir, I., Cloetens, L., Landin-Olsson M., Akesson, B., Rosqvist, E., Hukkanen, J., Herzig, K-H., Dragsted, L.O., Savolainen, M.J., Brader, L., Hermansen, K., Risérus, U., Thorsdottir, I., Poutanen, K.S., Uusitupa, M., Arner, P. & Dahlman, I. 2015. Healthy Nordic diet down-regulates the expression of genes involved in inflammation in subcutaneous adipose tissue in individuals with features of the metabolic syndrome. *Am J Clin Nutr* 101, 228–39.
- Korkiakangas E. 2010. Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät. Oulun yliopisto. *Acta Univ. Oul. D* 1084.
- Kreider, R. B., Serra, M., Beavers, K. M., Moreillon, J., Kresta, J. Y., Byrd, M., Oliver, J. M., Gutierrez, J., Hudson, G., Deike, E., Shelmadine, B., Leeke, P., Rasmussen, C., Greenwood, M., Cooke, M. B., Kerksick, C., Campbell, J. K., Beiseigel, J. &

- Jonnalagadda, S. S. 2011. A structured diet and exercise program promotes favorable changes in weightloss, body composition, and weight maintenance. *J Am Diet Assoc* 111 (6), 828-43.
- Kurki M, Hemiö K, Lindström J, Jaakkola L. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. Miina Sillanpään säätiön julkaisu A: 7. Helsinki, 2008.
- Kuschner, R. F. & Choi, S. W. 2010. Prevalence of unhealthy lifestyle patterns among overweight and obese adults. *Obesity* 18, 1160-67.
- Lahti-Koski, M. 2009. Terveellinen ravinto. Viitattu 17.1.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00150&p_haku=ruokavalio
- Lee, I-M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N. & Katzmarzyk, P.T. 2012. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380, 219–29.
- Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S. & König, H.H. 2012. *Obes rev* 13, 537–553. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00980.x.
- Lihavuus (aikuiset). 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 5.12.2014. www.kaypahoito.fi
- Liikunta. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 5.12.2014. www.kaypahoito.fi
- Liikuntalaki 1998. 936/13.12.2013 www.finlex.fi
- Lillis, J. & Kendra, K.E. 2014. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *J Contextual Behav Sci.* 3(1), 1–7.
 doi:10.1016/j.jcbs.2013.11.005.
- Lillis, J., Levin, M.E. & Hayes, S.C. 2011. Exploring the relationship between body mass index and health-related quality of life: A pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology* 16(5), 722–727.
- Lin, J.S., O'Connor, E., Whitlock, E.P. & Bell, T.L. 2010. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 153, 736-750.
- Loveman, E., Frampton, G.K., Shepherd, J., Picot, J., Cooper, K., Bryant, J., Welch, K. & Clegg, A. 2011. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight

- management schemes for adults: a systematic review. *Health Technol Assess* 15 (2). doi: 10.3310/hta15020.
- Lundqvist, A., Lahti-Koski M., Rissanen, A. Stenholm, S., Borodulin, K. & Männistö, S. 2012. Biologiset vaaratekijät. Lihavuus. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 62-65.
- Mastellos, N., Gunn, LH., Felix, LM., Car, J. & Majeed, A. 2014. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2. doi: 10.1002/14651858.CD008066.pub3.
- Meltzer, AL., McNulty, JK. & Karney BR. 2012. Social support and weight maintenance in marriage: The interactive effects of support seeking, support provision, and gender. *J Fam Psychol* 26 (5), 678–687.
- Middleton, KMR., Patidar, SM. & Perri, MG. 2012. The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes rev* 13, 509–517. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00972.x.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. 1991. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Moore, CJ. & Cunningham, SA. 2012. Social position, psychological stress, and obesity: A systematic review. *Journal of the academy of nutrition and dietetics* 112(4), 518-526. doi: 10.1016/j.jand.2011.12.001.
- Mustajoki, P. 2013. Lihavuus. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 5.12.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042
- Mustajoki, P. 2012. Painonhallinta ja ruoka. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 5.12.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864
- Mustajoki, P. 2014. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Viitattu 5.12.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890
- Mustajoki, P., Koivukangas, V., Gylling, H., Malmivaara, A., Ikonen, T. S. & Victorzon, M. 2009. Lihavuuden asema terveydenhuollossa – kaikki vaihtoehdot käyttöön. *Duodecim* 125, 2249-55.
- Mäkinen, T., Valkeinen, H., Borodulin, K. & Vasankari, T. 2012. Elintavat. *Fyysinen aktiivisuus*. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 55-58.

- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Männistö, S., Lundqvist, A., Prättälä, R., Jääskeläinen, T., Roos, E., Similä, M. & Knekt, P. 2012. Elintavat. Ruokatottumukset. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Risti-luoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 51-54.
- Nackers, LM., Dubyak, PJ., Dutton, GR., Lu, X., Anton, SD. & Perri, MG. 2014. Group dynamics impact weight loss outcomes in lifestyle intervention for obesity. Academic article. *Ann Behav Med* 47(1), 94
- Noordmann, J., van der Weijden, T. & van Dulmen, S. 2012. Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* 89, 227–244.
- Nordmann, AJ., Suter-Zimmermann, K., Bucher, HC., Shai, I., Tuttle, KR., Estruch, R., Briel, M. 2011. Meta-analysis comparing mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors. *Am J Med* 124, 841-851.
- Ohsiek, S. & Williams, M. 2011. Psychological factors influencing weight loss maintenance: An integrative literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 23, 592–601. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00647.x.
- Pan, H., Cole, B. M. & Geliebter, A. 2011. The benefits of body weight loss on health-related quality of life. *Journal of the Chinese Medical Association* 74 (4), 169-75.
- 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.
- Pekurinen, M. 2006. Mitä lihavuus maksaa? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 122 (10), 1213-14.
- Penn, L., Dombrowski, SU., Sniehotta, FF. & White, M. 2013. Participants' perspectives on making and maintaining behavioural changes in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention: a qualitative study using the theory domain framework. *BMJ Open* 3, e002949. doi:10.1136/bmjopen-2013-002949.
- Pickett-Blakely, O., Bleich, S. N. & Cooper, L. A. 2011. Patient-physician gender concordance and weight-related counseling of obese patients. *Am J Prev Med* 40 (6), 616-19.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psych* 51 (3), 390-95.

- Prospective Studies Collaboration. 2009. Bodymass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analysis of 57 prospective studies. *Lancet* 373, 1083-96.
- Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., van Teijlingen, E. Boyers, D., Stewart, F., Boachie, C., Fioratou, E., Wilkins, D., Street, T., Carroll, P. & Fowler, C. 2014. Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess* 18 (35). doi: 10.3310/hta18350
- Russell, HA., Rufus, F., Fogarty, CT., Fiscella, K. & Carroll, J. 2013. ‘You need a support. When you don’t have that... chocolate looks real good’. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healthy Living Program. *Fam Pract* 30, 452–458.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 55, 68-78.
- Salmela, S., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47, 208–218.
- Salmela S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. *Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health* 185.
- Schwarzer, R. 2001. Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Curr dir psychol sci* 10 (2), 47-51.
- Schwingshackl, L., Dias, S. & Hoffmann, G. 2014. Impact of long-term lifestyle programmes on weight loss and cardiovascular risk factors in overweight/obese participants: a systematic review and network meta-analysis. *Systematic Reviews* 3(130). doi:10.1186/2046-4053-3-130.
- Shaw KA, Gennat HC, O’Rourke P, DelMar C. 2006. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. doi:10.1002/14651858.CD003817.pub3.
- STM. 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön esitteitä 10/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystieteiden 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja

- terveysministeriö.
- STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM. 2013. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sutin, AR., Ferrucci, L., Zonderman, AB. & Terracciano, A. 2011. Personality and obesity across the adult lifespan. *J Pers Soc Psychol.* 101 (3), 579–592. doi:10.1037/a0024286.
- Sydänliitto. 2015. Pieni Päätös Päivässä. Viitattu 23.4.2015. <http://www.sydanliitto.fi>
- Teixeira, PJ., Carraca, EV., Marques, MM., Rutter, H., Oppert, J-M., De Bourdeaudhuij, I., Lakerveld, J. & Brug J. 2015. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine* 13, 84. doi: 10.1186/s12916-015-0323-6
- Teixeira, PJ., Silva, MN., Mata, J., Palmeira, AL. & Markland D. 2012. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 9 (22). doi:10.1186/1479-5868-9-22.
- Terveydenhuoltolaki 2010 1293/30.12.2013. www.finlex.fi
- ter Bogt, N. C., Milder, I. E., Bemelmans, W. J., Beltman, F. W., Broer, J., Smit, A. J. & van der Meer, K. Preventing weight gain. 2009. One-year results of a randomized lifestyle intervention study. *Am J Prev Med* 37 (4), 270-77.
- THL. 2013. Lihavuus laskuun. Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015. Ohjaus 13/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Thomas, D., Vydelingum, V. & Lawrence, J. 2011. E-mail contact as an effective strategy in the maintenance of weight loss in adults. *J Hum Nutr Diet* 24 (1), 32-38.
- Thorp, AA., Owen, N., Neuhaus, M. & Dunstan, DW. 2011. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults. A systematic review of longitudinal studies, 1996–2011. *Am J Prev Med* 41(2), 207–215. doi: 10.1016/j.amepre.2011.05.004.
- Tuah, N. A., Amiel, C., Qureshi, S., Car, J., Kaur, B. & Majeed, A. 2011. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10. doi: 10.1002/14651858.CD008066.pub2.

- Tuomarla, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Conversations about diet and eating behaviour during weight loss management in group sessions. *Sosiaalilääketieteellinen* 46, 23–36.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi, 2009.
- Turku, R. & Heinonen, L. 2005. Pieni Päätös Päivässä - projektin seurantatutkimus. Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset. DEHKO - raportti. 2005:7. Tampere: Suomen Diabetesliitto.)
- Turun kaupunki. 2015. Painonhallintaryhmät terveysasemilla. Viitattu 25.6.2015.
<http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=371742&nodeid=4467>
- UKK-Instituutti. 2013. Liikuntapiirakka. Viitattu 5.12.2014.
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>
- Uusitupa, M. 2009. Lihavuus. Sairauksien ehkäisy. Viitattu 5.12.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00044&p_haku=lihavuus%20ik%E4
- Uusitupa, M., Tuomilehto, J. & Puska, P. 2011. Are we really active in the prevention of obesity and type 2 diabetes at the community level? *Nutr Metab Cardiovas* 21, 380e389. doi:10.1016/j.numecd.2010.12.007.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset. Helsinki: VRN.
- Vanstone, M., Giacomini, M., Smith, A., Brundisini, F., DeJean, D. & Winsor, S. 2013. How diet modification challenges are magnified in vulnerable or marginalized people with diabetes and heart disease: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 13(14), 1–40.
- VanWormer, J. J., Martinez, A. M., Cosentino, D. & Pronk, N. P. 2010. Satisfaction with a weight loss program: What matters? *Am J Health Promot* 24 (4), 238.
- Vasankari, T. 2014. Runsas istuminen lisää kuolemanriskiä. *Suomen Lääkärilehti* 25-32 (69), 1867-1870.
- Vetter, M. L., Wadden, T. A., Lavenberg, J., Moore, R. H., Volger, S., Perez, J. L., Sarwer, D. B. & Tsai, A. G. 2011. Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illnesses. *Int J Obesity* 35 (8), 1087-94.
- Virtanen, S. 2013. Yhteenveto. Teoksessa Helldán, A., Raulio, S., Kosola, M., Tapanainen, H., Ovaskainen, M-L. & Virtanen, S. (toim.) *Finravinto 2012 -tutkimus – The Na-*

- tional FINDIET 2012 Survey. Raportti 16/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 125-126.
- Vissers, D., Hens, W., Taeymans, J., Baeyens, J-P., Poortmans, J. & Van Gaal, L. 2013. The effect of exercise on visceral adipose tissue in overweight adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 8(2), e56415.
doi:10.1371/journal.pone.0056415.
- Vuori, I. 2009. Liikunnan lisääminen. Viitattu 5.12.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00149&p_haku=liikuntaneuvonta
- Vähäsarja, K., Kasila, K., Kettunen, T., Rintala, P., Salmela, S. & Poskiparta, M. 2015. 'I saw what the future direction would be...': Experiences of diabetes risk and physical activity after diabetes screening. *Brit J Health Psych* 20, 172–193.
doi:10.1111/bjhp.12088
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. *Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen*. Helsinki: Edita, 2011.
- Wadden, TA., Webb, VL., Moran CH. & Bailer, BA. 2012. Lifestyle modification for obesity. New developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation*. 125, 1157-1170. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039453
- Wadden, T., Butryn, ML., Hong, PS. & Tsai, AG. 2014. Behavioral treatment of obesity in patients encountered in primary care settings. A systematic review. *JAMA* 312 (17), 1779-1791. doi:10.1001/jama.2014.14173
- Washburn, RA., Szabo, AN., Lambourne, K., Willis, EA., Ptomey, LT., Honas, JJ., Herrmann, SD. & Donnelly, JE. 2014. Does the method of weight loss effect long-term changes in weight, body composition or chronic disease risk factors in overweight or obese adults? A systematic review. *PLoS ONE* 9 (10), e109849.
doi:10.1371/journal.pone.0109849.
- Wieland, LS., Falzon, L., Sciamanna, CN., Trudeau, KJ., Brodney, S., Schwartz, JE., Davidson, KW. 2012. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. doi: 10.1002/14651858.CD007675.pub2.
- Wilson, D. B., Johnson, R. E., Jones, R. M., Krist, A. H., Woolf, S. H. & Flores, S. K. 2010. Patient weight counseling choices and outcomes following a primary care and community collaborative intervention. *Patient Educ Couns* 7 (3), 338-43.

- Wing, RR., Leahey, T., Jeffery, R., Johnson, KC., Hill, JO., Coday, M. & Espeland, MA. 2014. Do weight loss and adherence cluster within behavioral treatment groups? *Obesity* 22, 638–644. doi:10.1002/oby.20526
- Wollner, S., Blackburn, D., Spellman, K., Khaodhiar, L. & Blackburn, G. L. 2010. Weight-loss programs in convenient care clinics: a prospective cohort study. *Am J Health Promot* 25 (1), 26-29.
- World Health Organization. 2003. Obesity and overweight. Viitattu 15.6.2014 http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfs_obesity.pdf
- World Health Organization. 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. WHO global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. Geneva: WHO.
- Yackobovitch-Gavan, M., Steinberg, DM., Endevelt, R. & Benyamini, Y. 2015. Factors associated with dropout in a group weight-loss programme: a longitudinal investigation. *J Hum Nutr Diet.* 28 (Suppl. 2), 33–40. doi:10.1111/jhn.12220
- Östberg, A. L., Wikstrand, I., Bengtsson Boström, K. 2011. Group treatment of obesity in primary care practice: A qualitative study of patients' perspectives. *Scand J Public Health* 39, 98-105.

LIITTEET

SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSHAKU

LIITE 1

Ryhmämuotoiseen painonhallintaan liittyen suoritettiin systemaattinen haku seuraavista tietokannoista: Pubmed, MEDLINE, Web of Science, EBM Reviews: Cochrane, CINAHL ja PsycINFO sekä kotimaisista tietokannoista Medic ja ARTO, käyttäen hakusanoja *obes*/overweight**, *weight*, *weight loss/management/maintenance/control/reduc**, *life style/behavio*/habit/counsel*/treat*/advis*/therap*/manag*/care/intervent*/program*/chang**, *group**, *social support*. Hakusanoja käytettiin vaihdellen sekä asiasana- että otsikkohaussa. Haku rajattiin koskemaan englannin- tai suomenkielisiä tutkimuksia, jotka ovat ilmestyneet vuosina 2010 – 2015. Tutkimusten tuli koskea länsimaisten aikuisten ryhmämuotoista painonhallintaa tai käyttäytymisterapiaa. Ulos rajattiin raskaana olevat, etnisen taustan omaavat, vakavasti sairaat sekä lihavuusleikkauksia tai -lääkityksiä koskevat tutkimukset. Tutkimuksia valikoitui katsaukseen otsikoinnin perusteella 31 kappaletta, joista valittiin abstraktien ja tutkimuksen nopean läpiluvun myötä lopulta 16 kappaletta. Muutamia täydentäviä lähteitä löytyi näiden tutkimusten lähdeluetteloista tai muista tieteellisistä lähteistä kuten Duodecimista ja Käypä Hoito -suosituksista sekä Suomen terveydenhuoltoa ja terveyttä johtavilta virallisilta tahoilta.

1. Käyttäytymisen ja terveyden väliseen yhteyteen liittyvän tiedon tarjoaminen
2. Seurauksiin liittyvän tiedon tarjoaminen
3. Toisten ihmisten hyväksyntään liittyvän tiedon tarjoaminen
4. Aikomuksen muodostaminen
5. Esteiden tunnistaminen
6. Yleisen kannustuksen tarjoaminen
7. Asteittaisesta etenemisestä sopiminen
8. Ohjeiden tarjoaminen
9. Käyttäytymisen demonstrointi
10. Täsmällisen tavoitteen asettaminen
11. Tavoitteiden arviointi
12. Käyttäytymisen omaseuranta
13. Suorituspalautteen tarjoaminen
14. Kohdekäyttäytymisestä riippuvaisen kannustuksen tarjoaminen
15. Vihjeiden ja yllykkeiden hyödyntäminen
16. Käyttäytymissopimuksen tekeminen
17. Toimintaan kehottaminen
18. Jatko seuranta yllykkeiden käyttäminen
19. Sosiaalisen vertailun mahdollistaminen
20. Sosiaalisen tuen tai sosiaalisen muutoksen suunnittelu (sosiaalisen tuen teorit)
21. Kehottaminen roolimallina toimimiseen
22. Itsepuheluun kehottaminen
23. Repsahdusten ehkäiseminen (repsahduksen ehkäisyterapia)
24. Stressin hallinta (stressiteorit)
25. Motivoiva haastattelu (MI)
26. Ajankäytön hallinta

Tekniikat ovat vapaasti suomennettu lähdettä Abraham & Michie (2008) ja Salmela ym (2010) olemassa olevia suomennoksia apuna käyttäen.

Ennen äänitystä esittäydytään sekä kerrataan lyhyesti tutkimus ja aihe. Käydään läpi muodollisuudet (tiedote ja suostumuslomakkeen läpikäynti) ja haastattelussa eteneminen.

Haastatteluteemat

1. Johdattelu aiheeseen ja tilanne elintapaohjauksen alussa
 - Osallistuminen ja ohjaus painonhallintaryhmään
 - Oma elämäntilanne ja elintavat
 - Valmius, voimavarat ja usko elintapamuutokseen
 - Tavoitteet
2. Onnistumiset painonhallinnassa ja elintapamuutoksessa
 - Saavutukset
 - Apu ja tukevat tekijät
3. Vaikeudet ja selviytymiskeinot
 - Haasteelliset asiat
 - Selviytymiskeinot ja voimavarojen palauttaminen
 - Epäonnistumiset ja repsahdukset
4. Painonhallintaryhmä
 - Ryhmätoiminnan ja ryhmäläisten rooli ja vaikutus
 - Ryhmätoiminnan kokeminen
5. Painonhallintaryhmän vaikutukset
 - Oma tilanne tällä hetkellä
 - Muutos
 - Parannusehdotukset
6. Mahdollisia tarkennuksia ja kysymyksiä

Hyvä painonhallintaryhmään osallistuja,

Teen terveystieteiden Pro gradu -työtä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ylipainoisten (BMI \geq 30) työikäisten kokemuksia ryhmämuotoisesta elintapaohjauksesta sekä selvittää mikä merkitys painonhallintaryhmään osallistumisella on ollut elintapamuutoksen näkökulmasta. Gradun käsittelee Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ja Turun kaupungin liikuntapalvelukeskuksen yhteistä painonhallinnan hanketta ”Liikunnan Liikennevalot”, jossa ihmisiä ohjataan sopiviin liikunta- ja elintapaohjausryhmiin. Tutkimus on laadullinen ja gradun on määrä valmistua keväällä 2014.

Tarkoituksena on saada kokemukseräistä tietoa siitä, mikä kunnan toteuttamassa ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa tukee elintapamuutosta ja mitkä seikat saattavat olla onnistumisen tiellä. Millaisia esteitä ja repsahduksia kohdattiin? Millaiset tekijät mahdollisesti auttoivat haasteista selviämisessä ja tavoitteiden saavuttamisessa? Miten ryhmä vaikutti elintapaohjauksen onnistumiseen?

Gradun tutkimusaihe on tärkeä, sillä laihduttaminen ja onnistunut elintapamuutos lisäävät hyvinvointia. On oleellista selvittää, mitkä asiat ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa ovat toimivia ja mitä taas kannattaisi ottaa huomioon tai kehittää uusien elintapojen edistämiseksi. Tätä tietoa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää, kun halutaan luoda parempia painonhallintaryhmiä ja -toimintaa. Tuloksia voidaan myös käyttää hyväksi muiden kuntien ja tahojen toteuttamassa ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa sekä palvelujen suunnittelussa ja niihin ohjauksessa.

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen ja tulemaan haastatteluun loppusyksyllä 2013. Toivomme, että olisitte osallistunut kaikkiin ryhmätapaamisiin. Kenties Teillekin olisi hyötyä palauttaa mieleen henkilökohtaiset tavoitteenne ja elintapaohjauksen sisältö, jotta voisitte peilata lähtötilannetta nykytilanteeseen. Haastatteluihin valitaan sekä miehiä että naisia mahdollisimman tasapuolisesti 8 – 10 henkilöä. Tarkempi ajankohta ja paikka Turun kaupungin tiloissa ilmoitetaan Teille myöhemmin puhelimitse. Haastattelut nauhoitetaan ja keskustelu on luottamuksellista.

Tutkimus tehdään hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen ja siihen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimusaineiston turvallisesta säilyttämisestä vastataan siten, etteivät nauhat, henkilötiedot tai auki kirjoitetut tekstit joudu ulkopuolisten käsiin. Haastateltavien taustatiedot ovat vain tutkimuksen tekijän ja -ohjaajan tiedossa. Ne säilytetään salasanalla salatussa kansiossa tietokoneella ja muistitikulla. Muissa dokumenteissa ja itse gradutyössä haastateltavia ei pysty tunnistamaan, sillä niissä käytetään muunnettuja etunimiä. Nauhat ja tutkimukseen osallistuneiden henkilötiedot hävitetään heti gradun julkaisemisen jälkeen.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa graduntekijä (hanna.p.minkkinen@jyu.fi) tai Turun kaupungin terveyden edistämisen yksikön liikuntaneuvoja, Mikaela Vuoristo (mikaela.vuoristo@turku.fi).

Gradun tekijän yhteystiedot:

Hanna Minkkinen, TtK

Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos Terveystieteiden edistäminen

hanna.p.minkkinen@jyu.fi

Graduohjaaja:

Professori Tarja Kettunen

Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Ryhmämuotoiseen painonhallintaan osallistuneiden työkäisten kokemuksia elintapamuutoksesta

Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos

Hyvä painonhallintaryhmään osallistuja,

Kiitos siitä, että voitte osallistua tutkimukseeni.

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön. Allekirjoittamalla suostumuksen annan vapaaehtoisesti luvan haastattelun nauhoittamiseen sekä tietojeni käyttämiseen Hanna Minkkisen Pro gradu -työssä. Tutkimustuloksia saa käyttää tieteelliseen raportointiin sellaisessa muodossa, että tutkittavaa ei voi tunnistaa.

Nimi _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Turussa _____ / _____ 2013

Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Tutkijan allekirjoitus ja nimenselvennys

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
ajatusten vaihtaminen	ajatusten jakaminen	ryhmän tuki	ryhmäkoheesio
ryhmäläisten henkilökohtaisten mielipiteiden ja ajatusten kuuleminen			
avoin ongelmista ja tärkeistä asioista puhuminen			
kompastuskivien ja muiden asioiden jakaminen	kokemusten jakaminen		
kiinnostus muiden kokemuksista			
kiinnostus muiden kuulumisista			
ryhmäläisten elämäntarinat ja kokemukset			
kokemusten vertailu			
ennen-jälkeen painomittausten jakaminen kuntosalilla kokoontuneiden kesken			
itselleen sopivien vaihtoehtojen valitseminen tarjonnasta	toimintatapojen vertailu		
ryhmän jäsenten vaihtoehtoiset painonhallintatavat			
hyvien vinkkien saanti			
nälkäisenä kauppaan menon välttäminen			
toimintatavoista kertominen			
syömiselle korvaava asia itsensä palkitsemiseksi			
ryhmäläisten omakohtaiset painonhallintavinkit			
painonhallintaideoita ryhmätoiminnasta			
muiden keksimät käytännön painonhallintavinkit			
neuvojen soveltaminen mahdollista erilaisten ryhmäläisten eri elämäntilanteissa			
ryhmäläisiltä kuullut tarinat aikaisemmista epäonnistuneista laihdutustavoista			
hyvät ryhmäkeskustelut	vuorovaikutus		
vastavuoroisuus			
tukitoimenpiteet ryhmäläisiltä	vertaistuki		
hyvät ja tukea antavat vetäjät			
ryhmän tuki omalle päätökselle			
ryhmäläisiltä saatu lannistumisen ehkäisy			
toisten tukeminen			
tuen saanti ryhmästä			
painonhallintaryhmän tuki			
ryhmäläisten toistensa tukeminen			
ryhmäläisen tsemppaaminen vastoinkäymisten sattuessa			
ryhmäläisten henkinen tuki			

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
vertaistuki ryhmästä kannustavat ohjaajat ryhmän kannustus kannustus	kannustus		
ryhmän kannustus elintapamuutokseen ryhmäläisten kannustus vapaa-ajallakin positiivisempi suhtautuminen painonhallintaan ryhmäläisten tapaamisten ansioista positiivisen asenteen saanti ryhmätapaamisten positiivinen vaikutus henkiseen hyvinvointiin soimaamattomuus repsahduksesta	positiivinen ryhmähenki	ryhmäilmapiiri	
ryhmän jäsenten samalla tavalla ajattelevinen ryhmäläisten samassa tilanteessa oleminen repsahdusten sattuminen muillekin ryhmäläisille samassa tilanteessa oleminen ryhmäläisten kanssa yhteisestä ongelmasta puhuminen samanlaisessa tilanteessa oleminen ryhmäläisten kanssa lihavuusongelman ymmärtäminen ryhmäläisten kesken	yhteenkuuluvuus		
ystävystyminen ryhmäläisen kanssa uusien ystävien löytäminen ryhmäläisten kanssa ystäväystyminen yhdistävän tilanteen myötä vanha luokkakaveri ryhmässä uuden ystävän saaminen ryhmästä jonkin lajin harrastaminen ryhmäläisen kanssa	ystävystyminen		
tiivis ryhmä ryhmäläisten korkea tapaamishalu ryhmätoimintaan koukkuun jääminen hyvä ryhmä muiden ryhmäläisten tapaamisesta nauttiminen	ryhmässä viihtyminen		
kilpailuvietin positiivinen vaikutus tekemiseen näyttämisen halu ryhmäläisille ryhmän synnyttämä alitajuinen pakko toimia ryhmäpaineen kokeminen ei negatiivista	kilpailuhenki paineen tunne	ryhmäpaine	

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
painonhallintatoimien miettiminen epäonnistumisen ehkäisemiseksi ennen yhteistä seurantatapaamista			
tekemättä jättäminen ryhmässä mahdotonta	ryhmälle vastaaminen		
tilivelvollisuuden kokeminen ryhmää kohtaan painonhallintasuunnitelman jatkamisessa			
ryhmän pettäminen ei mahdollista	ryhmäuskollisuus		
pysyminen ryhmätoiminnassa osallistumispäätöksen mukaisesti ulosjääneitä ajatellen			
tekosyiden keksiminen ryhmätapaamisista poisjäämiseksi ei ominaista	rehellisyys		
rehellisyys ryhmäläisiä kohtaan			