

Marja-Leena Kauronen

Ohjaajien toiminta
elintapamuutosten tukemisessa
tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn
ryhmäohjauksessa



Marja-Leena Kauronen

Ohjaajien toiminta
elintapamuutosten tukemisessa
tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn
ryhmäohjauksessa

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Ylistönrinteellä salissa KEM4
huhtikuun 13. päivänä 2016 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Sport and Health Sciences of the University of Jyväskylä,
in Ylistönrinne, auditorium KEM4 on April 13, 2016 at 12 o'clock noon.



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2016

Ohjaajien toiminta
elintapamuutosten tukemisessa
tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn
ryhmäohjauksessa

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 236

Marja-Leena Kauronen

Ohjaajien toiminta
elintapamuutosten tukemisessa
tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn
ryhmäohjauksessa



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2016

Editors

Ina Tarkka

Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo, Ville Korhakangas

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-6572-3

ISBN 978-951-39-6572-3 (PDF)

ISBN 978-951-39-6571-6 (nid.)

ISSN 0356-1070

Copyright © 2016, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2016

ABSTRACT

Kauronen, Marja-Leena

The group counselling in the support of the living habits in the type 2 diabetes prevention

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2016, 183 p.

(Studies in Sport, Physical Education, and Health

ISSN 0356-1070; 236)

ISBN 978-951-39-6571-6 (nid)

ISBN 978-951-39-6572-3 (PDF)

English summary.

Diss.

The purpose of the study was to describe the supervisors' action in the support of changing one's living habits in two weight management groups in the type 2 diabetes prevention program. The data consists of 17 video-recorded 90-minute "Small decision a day" weight management group counselling sessions of two groups with 10 and 20 participants in the years 2004-2005. The supervisors' talk was analyzed with the deductive analysis from five teaching perspectives including their beliefs, intentions and actions. The transtheoretical change model and the participants' talk were analyzed with the inductive analysis. Quantitative methods were used to give more information about the counselling sessions. The results show that the transmission perspective was the most dominating followed by the apprenticeship perspective. The developmental perspective consisted of self-assessment and was nearly as dominating as the apprenticeship perspective. The supervisors changed the emphasis from the lesson-focused type to the participant-centered counselling. The need for the change and the objectives were continually connected to new information. The apprenticeship perspective consisted of physical exercise where the participants were also given individual advice. The self-assessment was supported with focused questions, comments, advice, positive feedback, encouragement, comfort and other linguistic methods by the supervisors. The supervisors adapted to the challenge of the change according to the participants' resources. Mostly, the supervisors supported the awareness of participants and their self-assessment, the re-assessment of the environment and follow-up. The time used in the sessions and participation in the groups were quantified. Further research could concentrate on participants' experiences in group counseling, the outcome expectations, the objectives and the role of peers, and also the factors of physical and psychosocial environment in the change, physical exercise intervention and web counseling.

Keywords: group counselling, teaching perspectives, weight management, transtheoretical change model, type 2 diabetes

Author's address Marja-Leena Kauronen, RN, PHN, MNSc
Social and Health Care Education
Kymenlaakso University of Applied Sciences
Peraatikenttä 7
45100 Kouvola, Finland
marja-leena.kauronen@kyamk.fi

Supervisor Professor Marita Poskiparta, PhD
Department of Health Sciences
Faculty of Sport and Health Sciences
University of Jyväskylä,
Jyväskylä, Finland

Reviewers Docent Satu Elo, PhD
Institute of Health Sciences
Faculty of Medicine,
University of Oulu
Oulu, Finland

Docent Päivi Kankkunen, PhD
Department of Nursing Science
Faculty of Health Sciences
University of Eastern Finland
Kuopio, Finland

Opponent Docent Sanna Salanterä, PhD
Department of Nursing Science
Faculty of Medicine
University of Turku
Turku, Finland

ESIPUHE

Pohjois-Karjala-projektista on kerrottu, että sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi maatalousnaiset kokoontuivat kylissä yhteen etsimään etenkin ruokavaliioon ja ruuan valmistamisen liittyviä keinoja riskitekijöiden vähentämiseksi. Tuolloin tiedon antamisessa käytettiin paljon havainnollistamista ja ruuanvalmistustaitoja opeteltiin konkreettisesti, mikä antoi hyvän pohjan kysymyksille, kommenteille ja keskusteluille. Epäilevät saivat vastauksia kysymyksiinsä ja saivat kuulla käytännön kokemuksia uusista elintavoista. Elintapoja muutettiin yhteisön innostamana ja tukemana. Tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen väestössä on antanut meille nyt suuren haasteen. Yhteiskunta on kuitenkin muuttunut noista ajoista; yhteisöllisyyttä on vaikeampi löytää samanlaisena ilmiönä ja sen tilalle tarjotaankin uudenlaisia ryhmiä ammattilaisten ohjaamina.

Diabeteksen ehkäisyn D2D-projektissa ryhmäohjausta kokeiltiin useassa eri maakunnassa, mistä tämä tutkimus on saanut innoituksensa. Tavoitteena on ollut saada tietoa ohjaajien ja ryhmään osallistuvien toiminnasta, miten vertaisten antama malli ja ohjaajan tuki auttavat elintapojen muutoksessa. Lausun suuret kiitokset niille yhteisöille, joissa sain koota aineiston sekä ryhmien ohjaajille ja osallistujille, jotka mahdollistivat aineiston keruun tutkimukseeni. Kiitän ohjaajaani, professori Marita Poskipartaa joustavasta ohjauksesta, tutkimuksen rakenteen löytämisestä ja innostavista keskusteluista. Samoin kiitän dosentti Kaija Matinheikki-Kokkoa, joka myös viitoitti tutkimuksen suuntaa oleellisesti. Heidän avustuksella sain aineistosta esiin sen, mikä minua kiinnosti ryhmäohjauksen tutkimisessa. Kiitän esitarkastajiani Satu Eloa ja Päivi Kankkusta työtä eteenpäin vieneistä kommenteista. Kiitän työnantajaani tutkimusvapaasta ja työyhteisöäni saamastani tuesta. Kiitokset lausun myös perheelleni kannustuksesta ja kärsivällisyydestä ja ystävilleni kuuntelusta, kannanotoista ja tuesta tutkimuksen eri vaiheissa.

Helmikuu 2016

Jyväskylässä

Marja-Leena Kauronen

KUVIOT

KUVIO 1	Tutkimusasetelma. Osallistujien elintapamuutoksien tukeminen painonhallinnan ryhmäohjauksessa.....	45
KUVIO 2	Ryhmän 1 ohjaajien ja osallistujien puheenvuorot kokoontumiskerroittain.....	69
KUVIO 3	Ryhmän 2 ohjaajan ja osallistujien puheenvuorot kokoontumiskerroittain.....	70
KUVIO 4	Ohjaajien tiedonsiirtoon liittyvät menetelmät ja keinot osallistujan muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.....	79
KUVIO 5	Ohjaajien toiminnalliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.....	88
KUVIO 6	Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.....	99
KUVIO 7	Ohjaajien huolenpidon näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.....	108

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Painonhallintaryhmä 1 ja 2 (n, ka, %).	48
TAULUKKO 2	Osallistujia koskevat tiedot ryhmissä 1 ja 2.	51
TAULUKKO 3	Aineiston analyysin kohteet, menetelmät ja teoreettinen viitekehys tutkimuskysymyksittäin.	53
TAULUKKO 4	Ryhmän 1 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta elintapamuutosten tukemisessa tiedonsiirto - näkökulman mukaan.	60
TAULUKKO 5	Ryhmän 2 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta elintapamuutosten tukemisessa tiedonsiirto - näkökulman mukaan.	63
TAULUKKO 6	Ohjaajien ajankäyttö kokoontumiskerroittain ryhmissä 1 ja 2.	68
TAULUKKO 7	Ryhmän 1 osallistujien puheenvuorojen sisällöt ja lukumäärät 3:nnessä ja 8. kokoontumisessa ja ryhmän 2 osallistujien puheenvuorojen sisällöt ja lukumäärät 4:nnessä ja 8. kokoontumisessa.	72
TAULUKKO 8	Tavoitteiden laadintaa koskevat ohjauspuheenvuorojen luokat ryhmissä 1 ja 2.	77
TAULUKKO 9	Ryhmän 1 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa toiminnallisen näkökulman mukaan.	83
TAULUKKO 10	Ryhmän 2 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa toiminnallisen näkökulman mukaan.	85
TAULUKKO 11	Ryhmän 1 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa kehityksellisen näkökulman mukaan.	91
TAULUKKO 12	Ryhmän 2 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa kehityksellisen näkökulman mukaan.	93
TAULUKKO 13	Ryhmän 1 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa huolenpidollisen näkökulman mukaan.	103
TAULUKKO 14	Ryhmän 2 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa huolenpidollisen näkökulman mukaan.	104

LYHENTEET

BMI	Body Mass Index (kehon painoindeksi)
DEHKO	Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma
D2D (FIN-D2D)	Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohanke/ Dehko 2D-hanke (Finnish National Diabetes Prevention Project)
DPS	Diabetes Prevention Study (Diabeteksen ehkäisyohjelma)
FINDRISK	Finnish Diabetes Risk Score (Diabeteksen riskipistelomake)
HDL	High-density lipoprotein cholesterol (HDL-kolesteroli)
IFG	Impaired fasting glucose (heikentynyt paastoverensokeri)
IGT	Impaired glucose tolerance (heikentynyt sokerinsieto)
LDL	Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-kolesteroli)
MBO	Metabolinen oireyhtymä
PPP	Pieni päätös päivässä - painonhallinnan ryhmänohjausmalli
R 1	Ryhmä 1
R 2	Ryhmä 2
TTM	Transtheoretical change model (transteoreettinen muutosvaihemalli)
VY	Vyötärönympäryys

SISÄLLYS

ABSTRACT

ESIPUHE

KUVIOT JA TAULUKOT

LYHENTEET

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	13
2	TYYPIN 2 DIABETES JA SEN EHKÄISY	16
	2.1 Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät ja niiden ehkäisy	16
	2.2 Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma D2D.....	18
3	ELINTAPAMUUTOKSEN TUKEMINEN RYHMÄOHJAUKSESSA	21
	3.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli.....	21
	3.1.1 Muutosvaiheet elintapamuutoksen ohjauksessa.....	21
	3.1.2 Muutosprosessit elintapamuutoksen tukemisessa	23
	3.1.2.1 Itsekontrolli elintapamuutoksen tukemisessa.....	24
	3.1.3 Transteoreettisen muutosvaihemallin arviointia	26
	3.2 Ryhmäohjaus painonhallinnan tukemisessa	27
	3.2.1 Ohjauksen osallistujakeskeisyys.....	27
	3.2.2 Painonhallinnan ryhmäohjaus	29
	3.2.2.1 Tavoitteiden laatiminen painonhallinnan ryhmäohjauksessa	31
	3.2.2.2 Ohjauksen vaikuttavuus.....	32
	3.2.3 Pieni päätös päivässä -painonhallinnan (PPP) ryhmäohjaus.....	34
	3.3 Ohjausnäkökulmat ryhmäohjauksessa.....	35
	3.3.1 Tiedonsiirto-näkökulma.....	35
	3.3.2 Toiminnallinen näkökulma	37
	3.3.3 Kehityksellinen näkökulma.....	38
	3.3.4 Huolenpidollinen näkökulma	39
	3.3.5 Sosiaalinen uudistuminen	40
	3.3.6 Prattin ohjausnäkökulmien käyttö ohjauksessa	40
	3.4 Ohjausnäkökulmien yhteydet muutosvaihemalliin.....	41
	3.5 Yhteenvedo ohjausnäkökulmista ja elintapamuutoksesta	43
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET	46
5	TUTKIMUSMENETELMÄT JA ANALYYSI.....	47
	5.1 Aineiston keruu ja aineisto.....	47
	5.1.1 Videoaineiston keruu	47
	5.1.2 Aineiston kuvaus	49
	5.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analysointi.....	51

5.2.1	Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö.....	52
5.2.2	Määrällinen tutkimusmenetelmä.....	55
6	TUTKIMUSTULOKSET	57
6.1	Tiedonsiirtonäkökulma ryhmissä 1 ja 2	57
6.1.1	Ohjaajien uskomukset ja tarkoitukset	57
6.1.2	Ohjaajien toiminta tiedonsiirrossa.....	62
6.1.3	Ohjaajien ajankäyttö ryhmäohjauksessa tiedonsiirtoon.....	67
6.1.4	Ohjaustyylin muutos tiedonsiirrossa	69
6.1.5	Tavoitteiden laadinnan ohjaus.....	72
6.1.6	Ohjaajien tiedonsiirtoon liittyvät menetelmät ja keinot osallistujan muutosprosessien tukemisessa	78
6.1.7	Tiedonsiirto-ohjausnäkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen.....	80
6.2	Toiminnallinen näkökulma ryhmissä 1 ja 2.....	82
6.2.1	Ohjaajien uskomukset ja tarkoitukset ryhmissä 1 ja 2.....	82
6.2.2	Ohjaajien toiminta ryhmissä 1 ja 2.....	84
6.2.3	Ohjaajien toiminnalliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa	86
6.2.4	Toiminnallisen näkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen.....	89
6.3	Kehityksellinen näkökulma ryhmissä 1 ja 2	90
6.3.1	Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan liittyvät uskomukset ja tarkoitukset	90
6.3.2	Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan sisältyvä toiminta	94
6.3.3	Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessä	98
6.3.4	Kehityksellisen näkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen.....	100
6.4	Huolenpidollinen -näkökulma ryhmissä 1 ja 2	101
6.4.1	Ohjaajien uskomukset ja tarkoitukset	101
6.4.2	Ohjaajien toiminta ryhmässä 1 ja 2.....	105
6.4.3	Ohjaajien huolenpidolliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessä	107
6.4.4	Huolenpidollisen näkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen.....	109
7	POHDINTA	111
7.1	Tutkimuksen eettisyys	111
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	112
7.2.1	Laadullisen tutkimuksen luotettavuus	112
7.2.2	Määrällisen menetelmän luotettavuus.....	118

7.3	Keskeiset tulokset, johtopäätökset ja vertailu aiempiin tutkimuksiin	118
7.3.1	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset.....	118
7.3.2	Vertailu aiempiin tutkimustuloksiin.....	122
7.4	Suosituksset.....	127
7.5	Jatkotutkimusaiheet.....	129
	ENGLISH SUMMARY.....	131
	LÄHTEET	134
	LIITTEET	

LIITTEET

LIITE 1 Painonhallinnan ryhmäohjauksia koskevia tutkimuksia.

LIITE 2 Tyypin 2 diabeteksen riskitesti.

LIITE 3 Muutosvalmiuden arviointi ja muutosaluelomake.

LIITE 4 Pieni päätös päivässä – painonhallinnan ryhmäohjauksen sisältö ryhmässä 1.

LIITE 5 Pieni päätös päivässä – painonhallinnan ryhmäohjauksen sisältö ryhmässä 2.

LIITE 6 Alkuperäisilmauksista johdetut ohjausnäkökulmia koskevat tulkintaesimerkit, ryhmä 1.

LIITE 7 Alkuperäisilmauksista johdetut ohjausnäkökulmia koskevat tulkintaesimerkit, ryhmä 2.

LIITE 8 Osallistujien puheenvuorojen sisältöjen alkuperäisilmauksista johdetut tulkintaesimerkit, ryhmä 1.

LIITE 9 Osallistujien puheenvuorojen sisältöjen alkuperäisilmauksista johdetut tulkintaesimerkit, ryhmä 2.

LIITE 10 Tavoitteiden laatimista koskevien ohjauspuheenvuorojen sisällönanalyysi, ryhmä 1.

LIITE 11 Tavoitteiden laatimista koskevien ohjauspuheenvuorojen sisällönanalyysi, ryhmä 2.

1 JOHDANTO

Tyyppi 2 diabeteksen esiintyvyys on lisääntynyt Suomessa viimeisten vuosikymmenten aikana samanaikaisesti kuin väestön ylipaino ja lihavuus (Männistö ym. 2012, Sung ym. 2012). Tautiin sairastuneita tunnistettiin vuonna 1998 yli 15 500 ja vuonna 2007 lähes 29 000 (Sund & Koski 2009). Tyyppin 2 diabeteksella on vakavia komplikaatioita (Kervinen ym. 2012), minkä vuoksi sen ehkäisy tai siirtäminen painonhallinnan avulla on tärkeää. Jo 5 %:n painon laskulla ja etenkin sen ylläpitämisellä on ehkäisevä vaikutus (Penn ym. 2013). Ruokavalio- ja liikuntatottumusten muutoksilla voidaan alentaa taudin esiintyvyyttä noin 60% (Vermunt ym. 2011). Erittäin tärkeää taudin ehkäisy on suuririskisten (Lindström & Tuomilehto 2003) henkilöiden keskuudessa, minkä vuoksi on kehitetty eri väestöihin ja kulttuureihin sopivia ehkäisyohjelmia (liite 1, Corpeleijn ym. 2007, Absetz ym. 2009, Vermunt ym. 2011, Admiraal ym. 2013).

Ehkäisyohjelmien kehittämisen tarve on noussut tutkimuksissa esiin (Liite 1, Admiraal ym. 2013, Vermunt ym. 2013, Aguiar ym. 2014) ja elintapaohjauksen uudistamisessa on suositeltu muun muassa ryhmäohjaukseen tulevien henkilöiden tarkempaa seulontaa (Toth-Capelli ym. 2013), tavoitteiden asettamisen parempaa ohjaamista (Moore ym. 2013), ympäristö- ja psykososiaalisten tekijöiden huomiointia (Vermunt ym. 2013, Littlecott ym. 2014), keinojen kehittämistä liikunnan lisäämiseksi (Moore ym. 2013, Sathish ym. 2013, Procter ym. 2014), tehokkaampaa omaseurantaa (Alahuhta ym. 2010, Moore ym. 2013, Webb ym. 2014) sekä osallistujakeskeisyyden (Vermunt ym. 2013, Webb ym. 2014) ja vertaistuen lisäämistä (Sathish ym. 2013). Korkeasta motivaatiosta huolimatta muutoksen hidaskäynnin eteneminen (liite 1, Alahuhta 2010, Littlecott ym. 2013), toteutuksessa ilmenneet esteet (Korkiakangas ym. 2011) ja vähäinen painon aleneminen (Saaristo ym. 2010) asettavat ohjauksen kehittämislle haasteita. Parannusehdotukset koskevat useita ohjauksen osa-alueita, mikä edellyttäisi lähestymistavan, painopisteen ja ohjauskäytäntöjen tarkastelua.

Painonhallinnan ryhmäohjauksissa on käytetty sosiokognitiivisiin teorioihin (Bandura 2001) pohjautuvia strategioita, joissa motivaation herättäminen, tavoitteiden asettaminen, suunnitelman laatiminen ja toteuttaminen, seuranta, arviointi ja tavoitteiden tarkistaminen ovat keskeisiä (liite 1, Jallinoja ym. 2008,

Absetz ym. 2009, Alahuhta ym. 2010, Admiraal ym. 2013, Belanger-Gravel ym. 2013, Toth-Capelli ym. 2013, Vermut ym. 2013). Lyhytkestoisenkin tiedon jakamisen on todettu nostavan ryhmään osallistuvien tiedontasoa ja motivaatiota elintapojen muutokseen (Okazaki & Sakane 2007). Laajoja väestöryhmiä koskevissa interventioissa mediaviestintä on nähty yhteisö- ja yksilötason viestinnän tukena (Saaristo ym. 2010, Daivadanam ym. 2013) ja tiedon jakaminen on kulttuuristen normien vuoksi ulottunut myös ryhmiin osallistuvien perheisiin (Admiraal ym. 2013, Daivadanam ym. 2013). Osallistujien aktiivista roolia tiedon käsittelyssä ja päätöksenteossa on tuotu esiin (Okazaki & Sakane 2007, Greer & Hill 2011, Vermunt ym. 2013), mutta ohjaajan tiedon antamistapoja ja osallistujien aktiivisuutta ryhmäohjauksessa on tutkittu vähän (liite 1). Sen laadullisesta kuvaamisesta olisi hyötyä ohjauksen kehittämisessä, koska tiedon avulla voidaan lisätä osallistujan eri muutosprosessien käyttöä, kuten tietoisuuden lisääntymistä, fyysisen ja psykososiaalisen ympäristön sekä itsensä uudelleen arviointia, vaihtoehtoista käyttäytymistä tai ärsykekontrollia (Okazaki & Sakane 2007, Littlecott ym. 2014). Pelkkä uuden tiedon antaminen asiakkaalle ei ohjauksessa kuitenkaan riitä yksilön muutoksen tukemiseksi. Tämän vuoksi tarvitaan laadullista tutkimusta ohjaajan toiminnasta ryhmäohjauksessa.

Elintapamuutoksessa mitattavia, lyhyelle aikavälille asetettuja tavoitteita on pidetty omaseurannan kannalta välttämättöminä (Laatikainen ym. 2007, Shay ym. 2009, Alahuhta ym. 2010, Saaristo ym. 2010, Admiraal ym. 2013, Sathish ym. 2013, Vermunt ym. 2013), koska abstraktit, pitkälle aikajaksolle asetetut tavoitteet eivät ohjaa yksilön toimintaa riittävästi (van Genugten ym. 2012). Muutostarpeen havaitsemiseksi voidaan käyttää työkirjoja ja tavoitteiden laa-
timisessa pienryhmiä (Okazaki & Sakane 2007, Schusdziarra ym. 2011, Sathish ym. 2013) tai internet -avusteisia ohjelmia (Ramadas ym. 2011, McTigue ym. 2013). Tavoitteita on tarkistettava, kun halutut muutokset on saavutettu (Keränen ym. 2009, Radcliff ym. 2012). Viimeaikaisissa ohjelmissa tavoitteen asettelu on ulotettu myös perheyhteisöön (Daivadanam ym. 2013). Tavoitteiden laadinta-, seuranta- ja arviointiprosessit on kuitenkin todettu heikosti toteutetuiksi (Moore ym. 2013) ja osallistujien rooli näissä prosesseissa on ollut vähäinen (Moore ym. 2013, Vermunt ym. 2013).

Ryhmäohjaajan käsityksillä ja roolilla on ollut yhteys osallistujan onnistumiseen muutoksessa (Absetz ym. 2008). Ohjaajan roolia ryhmässä on kuvattu motivoijana, kumppanina muutoksen eteenpäin viemisessä ja eteen nousseiden haasteiden käsittelijänä (Gudzune ym. 2012). Kuitenkin ohjauksen haasteet osallistujan vastuuttamisessa ja omaseurannan tukemisessa on tuotu esiin useissa tutkimuksissa (Carels ym. 2005, Shay ym. 2009, Alahuhta 2010, Hindle & Carpenter 2011, Schusdziarra ym. 2011, Moore ym. 2013, Sathish ym. 2013, Vermunt ym. 2013, Webb ym. 2014) samoin kuin haasteet muutosta koskevan palautetiedon käsittelyssä (Ramadas ym. 2011, Yates ym. 2012, McTigue ym. 2013).

Elintapamuutoksien ryhmäohjauksessa on tunnistettu useita tuloksellisia ohjaustekniikoita (Procter ym. 2014), mutta niiden käyttöä yksilön muutoksen tukemisessa ei ole tarkemmin kuvattu. Viimeaikaisissa tutkimuksissa ohjauksen

kehittämisessä on korostettu ympäristön sosiaalisia sekä perheeseen ja kulttuuriin liittyviä tekijöitä (Admiraal ym. 2013, Vermunt ym. 2013, Littlecott ym. 2014) ja muutoksen seurantaan liittyvää tukea (Webb ym. 2014). Elintapamuutosta koskevien tutkimusten tuloksissa on kuvattu pääasiassa kohderyhmässä saavutettuja muutoksia, kuten painon tai verenpaineen alenemista ja muutoksia veren rasva-arvoissa. Ohjaajan toimintaa, sen kehittämistä tai ehkäisyohjelmien toteuttamiseen valmentamista on tutkittu vähän. Toteutetuissa ehkäisyohjelmissä ohjaajien koulutus vaihtelee eikä sitä ole kaikissa tutkimuksissa tuotu esiin (Liite 1, Barte ym. 2014). Tärkeää olisi saada laadullista tietoa ohjaustekniikoista, jotka lisäävät osallistujan muutosprosessien käyttöä. Liikuntamuutoksissa useiden muutosprosessien käyttö on todettu hyödylliseksi (Romain ym. 2014, Webb ym. 2014).

Tässä tutkimuksessa on tarkoitus yhdistää ohjauksen eri näkökulmat (Pratt 2002) ja osallistujan eteneminen muutosprosesseissa (Prochaska & Norcross 2007). Ohjauksen eri näkökulmien (Pratt 2002) avulla kuvataan laadullisesti ohjaajan uskomuksia, tarkoituksia ja toimintaa ryhmäohjauksessa. Ohjaajan toimintaa tavoitteiden laatimisessa, seurannassa ja arvioinnissa sekä muutoksen itsearviointiin ohjaamisessa kuvataan myös laadullisesti. Ryhmäohjauksen ajallista jakautumista kuvataan määrällisesti ja osallistujien osallistumista ohjaukseen määrällisesti sekä laadullisesti. Ohjaajien käyttämiä menetelmiä ja keinoja osallistujan muutosprosessien (Prochaska & Norcross 2007) tukemisessa kuvataan laadullisesti. Tutkimuksen aineiston muodostavat videoidut ryhmäohjaustilanteet, joita analysoidaan laadullisesti ja määrällisesti.

2 TYYPIN 2 DIABETES JA SEN EHKÄISY

2.1 Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät ja niiden ehkäisy

Tyyppi 2 diabetes on pitkäaikaissairaus, jolle on tunnusomaista insuliiniresistenssi ja eriasteinen insuliinin erityksen häiriö. Insuliiniresistenssillä tarkoitetaan tilaa, jossa insuliinin puutteesta johtuva glukoosin otto ja käyttö kudoksissa häiriintyvät ja maksa kiihdyttää glukoosin tuotantoaan (Alberti & Zimmet 1998). Lähes kaikki tyypin 2 diabeetikot ovat ylipainoisia tai lihavia, valtaosalla on metabolinen oireyhtymä (MBO) ja yli puolella kohonnut verenpaine. Ennen sairauden diagnosointia henkilöllä on usein heikentynyt glukoosisieto (IGT), lievästi suurentunut paastoglukoositaso (IFG) sekä rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, kuten kohonnut seerumin triglyseridipitoisuudet ja matala HDL-kolesterolipitoisuus (Cameron ym. 2009, Männistö ym. 2012, Sung ym. 2012). Vaikka tauti on perinnöllinen, ulkoiset tekijät vaikuttavat sen puhkeamiseen (Cederberg ym. 2014). Siihen sairastutaan tavallisesti aikuisiällä, mutta sitä on alkanut esiintyä jo nuorilla (Cameron ym. 2009). Sairauteen liittyy vakavia liitännäissairauksia, kuten sepelvaltimotauti, aivohalvaus, perifeerinen valtimotauti, munuaistauti, hermovauriot ja silmämuutokset (Sund & Koski 2009, Keränen ym. 2012, Schram ym. 2014, Candrilli ym. 2015) ja sen aiheuttama ennenaikainen kuolleisuus on noin nelinkertainen (Forssas ym. 2010). Liitännäissairauksista johtuen sairastuneet käyttävät muuta väestöä enemmän terveyspalveluja (Riippa ym. 2014, Candrilli ym. 2015), minkä vuoksi taudin ehkäisy on myös terveystaloudellisesti tärkeää.

Yli puolella Suomen väestöstä on huomattavia tyyppi 2 diabeteksen riskitekijöitä. Taudin suurin yksittäinen riskitekijä on lihavuus, erityisesti keskivartalolihavuus, joka lisää insuliiniresistenssiä (Schram ym. 2014). Lihavien osuus 25–64-vuotiaasta väestöstä on kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana. 2010-luvun alussa osuus oli yli kaksinkertainen verrattuna 1980-luvun alkuun. Sukupuolierot lihavuudessa ovat vuodesta 2004 alkaen olleet vähäisiä. Vuonna 2014 painoindeksi oli 30 kg/m² tai sen yli 25–64-vuotiaista miehistä 19 prosentilla ja naisista 17 prosentilla (Männistö ym. 2012, Tilastokeskus 2015). Suomes-

sa miehistä 66 % ja naisista 46 % on ylipainoisia, joten merkittävän osan väestöstä tulisi alentaa painoaan ja muuttaa ruokavaliotottumuksiaan diabeteksen ehkäisemiseksi (Männistö ym. 2012). Toinen keskeinen riskitekijä taudin syntyyn on liikunnan vähäisyys, joka myös lisää insuliiniresistenssiä (Ross & Després 2009, van Dijk ym. 2012, Fung ym. 2015).

Tyypin 2 diabeteksen synty voidaan ehkäistä tai sen puhkeamista voidaan siirtää elintapojen muutoksien avulla. Tärkeimpien riskitekijöiden korjaaminen pysyvien elintapamuutosten avulla vähentää taudin kehittymisen alle puoleen perintötekijöistä riippumatta (Knowler ym. 2002, Lindström ym. 2006, Lindström ym. 2010). Korkean riskin omaavat, joilla on tyypin 2 diabeteksen sukurasitus, erityisesti keskivartalolihavuutta tai metabolinen oireyhtymä, voidaan tunnistaa luotettavan seulontatestin avulla (Lindström & Tuomilehto 2003). Tunnistamisen jälkeen heidän riskitasonsa mitataan ja riskiä alennetaan elintapaohjauksella (Alberti ym. 2007, Saaristo ym. 2009, Lindström ym. 2010), joka voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa (Saaristo ym. 2010).

Korkean riskin tunnistamista on suositeltu sisällytettävän hoitajien ja lääkäreiden työtehtäviin perusterveydenhuollossa (Suomen Diabetesliitto 2003a, Alberti ym. 2007, Saaristo ym. 2009). Riskin tunnistamiseksi on kehitetty tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake (liite 2), joka ilman kliinisiä mittauksia ennustaa taudin kehittymisen seuraavan kymmenen vuoden aikana (Lindström & Tuomilehto 2003). Riskipistelomakkeessa huomioidaan taudin syntyyn vaikuttavat tekijät, jotka perustuvat suomalaisessa väestössä suoritettuun testaamiseen: ikä, Body Mass Index (BMI), vyötärön ympäryys (VY), verenpaine, koholla ollut verensokeri, sukurasitus, päivittäinen liikunta-aktiivisuus ja hedelmien ja vihannesten käyttö (Lindström & Tuomilehto 2003). Riskitestin pistemäärä ilmoittaa riskin suuruuden, mikä välillä 0–7 on pieni ja 7–12 kohonnut, ja yli 12 pistettä saanut kuuluu korkean riskin ryhmään (Lindström & Tuomilehto 2003). Yli 12 pistettä ylittäneen riskitason arvioimiseksi mitataan verensokeri ja sen koholla ollessa suoritetaan oraallinen sokerirasitus-testi. Myös muut riskitekijät, kuten vyötärön ympäryys, verenpaine, sukurasitus, veren triglyseridit, LDL- ja HDL-kolesteroli, tupakointi ja mahdolliset esivaiheissa olevat verisuonisairaudet arvioidaan ja tutkittava ohjataan hoitoon (Suomen Diabetesliitto 2003a, Alberti ym. 2007, Saaristo ym. 2009). Elintapaohjauksen tavoitteena on painon pudottaminen ja saavutetun painon ylläpitäminen ruokavaliomuutoksilla ja liikuntaa lisäämällä (Lindström ym. 2006, Saaristo ym. 2009). Painon pudotus parantaa insuliinin hyväksikäyttöä, alentaa verensokeria, veren rasva-arvoja ja verenpainetta. Jo 5–10 %:n painonpudotuksesta on hyötyä (Lindström ym. 2010). Suositeltava pudotus on 0,5–1 kg/viikko alentamalla ruokavalion energiamäärää sukupuolesta ja iästä riippuen 500–1000 kaloria päivässä ja lisäämällä liikuntaa. Painon määrittämiseen käytetään BMI-lukua, joka tarkoittaa kehon painoa kilogrammoina jaettuna kehon pinta-alalla. Tämän mukaan ylipaino on määritelty välille BMI 25–29,9. Lihavan BMI on yli 30 ja sairaalloisen lihavan BMI on 40 tai suurempi. Painonpudotuksessa suositellaan päivittäistä tai viikoittaista painon ja vyötärön ympäryksen omaseuran-

taa. Ohjattavia kannustetaan pudotetun painon ylläpitämiseen (Suomen Diabetesliitto 2003a, Alberti ym. 2007).

Keskeistä ruokavalion muuttamisessa ovat tyydyttyneen rasvan vähentäminen, vihannesten, kasvien ja kuidun lisääminen sekä sellaisten tuotteiden vähentäminen, joilla on korkea glykeeminen indeksi (Männistö ym. 2012). Liikunta lisää aineenvaihduntaa, parantaa insuliinin hyväksikäyttöä, alentaa plasman insuliinitasoa, parantaa rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, alentaa verenpainetta ja pitää yllä pudotettua painoa. Rasittavaa liikuntaa, kuten reipasta kävelyä, uintia ja pyöräilyä suositellaan lähes jokaiselle viikonpäivälle vähintään 30 minuuttia. Puolen tunnin kävely joka päivä alentaa diabetesriskiä 35–40 % (Lindström ym. 2006, Alberti ym. 2007). Erityisen tärkeää liikunta on henkilöillä, joilla on korkea riski sairastua diabetekseen (Uusitupa ym. 2011), minkä vuoksi heidän näkemyksensä liikunnan tarpeesta tulisi ohjauksessa ottaa puheeksi (Vähäsarja ym. 2012).

Koko väestöön kohdistuvien ehkäisytoimenpiteiden tarkoitus on estää korkean riskin omaavien sairastumista tyyppin 2 diabetekseen ja matalan riskin väestön siirtymistä korkean riskin väestönsaan. Koko väestössä tavoitteena on lihavuuden ehkäisy ruokavalion energiapitoisuutta vähentämällä ja lisäämällä energian kulutusta päivittäisen liikunnan avulla. Menetelminä ovat tiedon jakaminen, yksilöohjaus sekä ympäristöön ja yhteisöihin vaikuttaminen. Toteuttajina terveydenhuollon lisäksi ovat myös muut yhteiskunnan toimijat, esimerkiksi vapaaehtoisjärjestöt (Suomen Diabetesliitto 2003b, Alberti ym. 2007, Caldwell ym. 2009, Saaristo ym. 2009). Valtakunnalliset liikuntasuositukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013) vahvistavat liikuntaneuvonnan asemaa elintapaohjauksessa ja sen sisällyttämistä sekä perusterveydenhuollon että kunnan liikuntatoimen ohjauspalveluihin. Elintapamuutokset suositellaan aloitettavaksi ruokavaliomuutoksista, joissa keskeistä on annoskoon pienentäminen sekä aterioitumisen muuttaminen kasviksia, kalaa ja pehmeitä rasvoja lisäämällä, tyydyttyneitä rasvoja vähentämällä ja kuidun määrää lisäämällä (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2014).

2.2 Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma D2D

Tämän väitöskirjan aineisto pohjautuu tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman D2D (Suomen Diabetesliitto 2004) toteutukseen, sen yhteydessä toteutettuun ryhmänohjaajakoulutukseen ja kahteen paikallisesti toteutettuun ryhmäohjaukseen. Suomessa toteutettiin vuosina 2003–2008 kansallinen Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010 (Suomen Diabetesliitto 2011), johon sisältyi tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpano-ohjelma D2D (Suomen Diabetesliitto 2004). Ohjelma perustui suomalaisesta DPS-tutkimuksesta (Tuomilehto ym. 2001) saatuun tietoon, jonka mukaan elintapoja muuttamalla voidaan alentaa riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Ohjelmassa kehitettiin Pirkanmaan, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueilla ehkäisevän terveydenhuollon toi-

mintamalleja ja -käytäntöjä sekä yhteistyötä alueen kaikkien toimijoiden kesken. Ohjelman väestöpohja oli noin 1,6 miljoonaa. Keskeistä toiminnassa oli tyyppin 2 diabeteksen järjestelmällinen seulonta ja tehostettu elintapaohjaus perusterveyden- ja työterveyshuollossa (Saaristo ym. 2009).

D2D-ohjelmassa käytettiin samanaikaisesti kolmea strategiaa: väestöstrategiaa, korkean riskin sekä varhaisen diagnoosin ja hoidon strategiaa (Suomen Diabetesliitto 2004, 2009). Väestöstrategiaa toteutettiin perusterveydenhuollossa ja sairaanhoitopiireissä ja sen tarkoitus oli riskitekijöiden ja metabolisen oireyhtymän vähentäminen väestössä. Väestön tiedon tasoa tyyppin 2 diabeteksestä, lihavuudesta sen riskitekijänä ja lihavuuden ehkäisystä lisättiin alueellisilla sekä paikallisilla tiedotustilaisuuksilla ja terveystilaisuuksilla. Mukana tiedottamisessa olivat myös alue- ja paikallislehdet. Tiedottamisen yhteydessä väestöä ohjattiin ruokavalio- ja liikuntamuutoksiin. Alueellisissa kampanjatilaisuuksissa väestöllä oli mahdollisuus tunnistaa diabetekseen sairastumisriskinsä riskitestin (Lindström & Tuomilehto 2003, liite 2) avulla ja hakeutua tulosten perusteella terveyskeskukseen riskitason arvioimiseksi (Suomen Diabetesliitto 2003b, Saaristo ym. 2009).

Korkean riskin strategian (Suomen Diabetesliitto 2003a) tavoitteena oli tunnistaa tyyppin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöt terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa diabeteksen riskitestin (Lindström & Tuomilehto 2003, liite 2) avulla. Riskitestilomaketta (liite 2) käytettiin työterveyshuollon, työttömien ja aikuisten ikäkausitarkastuksissa, naisten joukkotarkastuksissa ja vastaanottotilanteissa, minkä lisäksi lomakkeita oli yleisesti saatavilla terveyskeskusten odotustiloissa. Seulontatesti oli mahdollista tehdä myös internetissä. Alle 7 pistettä saaneet eivät tarvinneet erityisohjeita, 7–14 pistettä saaneiden diabetesriski oli kohonnut ja he saivat kirjalliset ohjeet elintapamuutosten tekemiseksi. Yli 15 pistettä saaneet, korkean riskin henkilöt ohjattiin sairaan-, terveyden-, tai työterveyshoitajalle, joka suoritti terveystarkastuksen ja ohjasi lääkärin vastaanotolle. Terveystarkastuksissa kartoitettiin haitalliset elintavat sekä sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskin vaaratekijät, mitattiin paino, pituus, vyötärönympäryys ja verenpaine sekä tutkittiin veren rasva-arvot. Korkean riskin henkilöille rakennettiin terveyskeskuksissa hoitopolku. Seulontapositiiviset henkilöt ohjattiin lääkärin vastaanotolle diagnoosin varmistamiseksi, lääkehoidon aloittamiseksi, liikkumisreseptin kirjoittamiseksi ja mahdollisten komplikaatioiden löytämiseksi. Lisäksi henkilöt, joilla oli ollut raskausdiabetes, ohjattiin glukoosirasituskokeeseen ja interventioon. Sydäninfarktiin tai muun valtimotaudin sairastaneet ohjattiin myös glukoosirasituskokeeseen ja interventioon. Kaikki tyyppin 2 diabeteksen esiasteita sairastavat ohjattiin interventioon (Suomen Diabetesliitto 2003a, Saaristo ym. 2009).

Korkean riskin henkilöihin kohdistuvan intervention tarkoitus oli elintapojen muuttaminen yksilö- tai ryhmäohjauksessa tai omatoimisesti. Ryhmäohjauksista pidettiin ensisijaisena interventiomuotona, mutta myös muita perusterveydenhuollon interventiomuotoja toteutettiin tai henkilöt ohjattiin ulkopuolisiin painonhallinta-, ruuanvalmistus- tai vertaistukiryhmiin. Kuitenkin maalikkovetoisia vertaistukiryhmiä käytettiin hankkeessa erittäin vähän, koska ris-

kihenkilöt eivät valinneet tätä ohjausmuotoa (Saaristo ym. 2009). Ennen elintapaohjausta hoitaja ja sairastumisriskissä oleva henkilö arvioivat yhdessä tämän valmiuden elintapamuutokseen muutosvalmiuslomaketta käyttäen (liite 3). Ryhmäohjausta varten hoitajia koulutettiin sairaanhoitopiireissä Sydän- ja Diabetesliiton aiemmin kehittämän ”Pieni päätös päivässä” -painonhallinnan ryhmäohjausmallin (PPP) (Turku & Heinonen 2005, Pieni päätös päivässä 2015) käyttöön. Ryhmäohjaus perustui transteoreettiseen muutosvaihemalliin (Prochaska & Norcross 2007). Tavoitteena oli, että suurin osa sairastumisvaarassa olevista saisi ryhmämuotoisen intervention, mutta ryhmien käyttö elintapaohjauksessa jäi odotettua vähäisemmäksi. Ryhmien vähäisen käytön syitä olivat työssäkäyvien tarve saada ohjausta ilta-aikaan ja toisaalta työntekijöiden päivätyöaika, tilojen turvajärjestelyt ja hoitajien ryhmäohjaustaitojen puute (Saaristo ym. 2009).

Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategian avulla pyrittiin saamaan kaikki seulonnessa löydettyt, diagnosioimattomat, tyypin 2 diabeetikot järjestelmällisen hoidon piiriin, jotta lisäsairauksia ei muodostuisi. Hoidossa sydän- ja verisuonitautien riskit kartoitettiin, sairastuneille laadittiin hoitosuunnitelma, aloitettiin lääkehoito ja tehostettu elintapaohjaus. Vuositarkastusten avulla riskitekijöiden tilannetta seurattiin ja hoitoa tehostettiin tarvittaessa (Saaristo ym. 2009).

Alueellisella tasolla hanke verkostoitui vapaaehtoisjärjestöjen, oppilaitosten, kansalaisopistojen, vapaa-aikatoimien, liikuntaorganisaatioiden, elintarviketeollisuuden, ravitsemuspalveluja tuottavien ja muiden yritysten kanssa. Hankkeessa järjestettiin koulutusta sairaanhoitopiireittäin tyypin 2 diabeteksesta, metabolisesta oireyhtymästä, diabeteksen tunnistamisesta sekä D2D:n toiminta- ja työohjeista ja koulutusta toteutettiin muun muassa seminaareina, työpajoina ja verkkokoulutuksena. Hanketyöntekijät välittivät asiantuntijatukea kunnissa (Saaristo ym. 2009, Suomen Diabetesliitto 2009).

Hanke osoitti tyypin 2 diabeteksen ja sen riskitekijöiden lisääntymisen väestössä ja loi järjestelmällisen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn terveydenhuollossa (Saaristo ym. 2010). Riskitestin avulla löydettiin suuri määrä glukosihäiriöisiä ja diabeteksen esiasteessa olevia henkilöitä. Raskausdiabeteksen merkitys tyypin 2 diabeteksen riskitekijänä vahvistui ja sen hoitoketjuja parannettiin perusterveydenhuollossa. Ryhmäohjauksen tarjoamisesta huolimatta valtaosa seulonnapositiivisista henkilöistä valitsi yksilöllisen elintapaohjauksen, miehet naisia useammin. Kymmenesosa miehistä ja hieman pienempi osa naisista kieltäytyi kokonaan ohjauksesta, vaikka diabetesriski oli todettu suureksi. Miesten osallistuminen hankkeeseen oli vähäistä heihin suunnatusta kampanjoinnista huolimatta. Miehiä ohjautui hankkeeseen enemmän työterveyshuollosta kuin terveyskeskuksesta (Saaristo ym. 2009, Saaristo ym. 2010, Suomen Diabetesliitto 2011).

3 ELINTAPAMUUTOKSEN TUKEMINEN RYHMÄ-OHJAUKSESSA

3.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli

D2D-ehkäisyohjelman ehkäisytoimenpiteiden yhtenä muotona oli ryhmäohjaus, jonka teoreettisena lähestymistapana käytettiin transteoreettista muutosvaihemallia (TTM) (Prochaska & Norcross 2007). Malli perustuu yksilön muutosvaiheisiin sekä muutosprosesseihin, joihin sisältyviä menetelmiä ja keinoja yksilö käyttää muutoksessaan. Jatkossa tässä työssä puhutaan vain muutosvaihemallista. Muutosvaihemallia (Prochaska & Norcross 2007) on sovellettu muun muassa ruokavalion (Prochaska ym. 2005, Wright ym. 2009, Drieling ym. 2011, Greene ym. 2013, Horwath ym. 2013) ja liikuntatottumusten muuttamisessa (Leonhardt ym. 2008, Opdenacker ym. 2009, Dishman ym. 2010, Plotnikoff ym. 2010, Drieling ym. 2011, Hirvonen ym. 2012, Bernard ym. 2014, Lindson-Hawley ym. 2015). Osassa painonhallintaan liittyvissä interventiotutkimuksissa malli on todettu soveltuvaksi (Stoltz ym. 2009, Wright ym. 2009, Jiang ym. 2012, Ohlendorf 2012, Greene ym. 2013, Lindson-Hawley ym. 2015), osassa taas puutteelliseksi (Opdenacker ym. 2009, Horwath ym. 2013, Macchi ym. 2013). Osa näistä tutkimuksista on ollut lyhyt- (McArthur & Pawlak 2011), osa pitkäaikaisia (Leonhardt ym. 2008, Dishman ym. 2010, Plotnikoff ym. 2010, Ohlendorf 2012, Greene ym. 2013, Horwath ym. 2013). Ryhmäohjauksessa TTM:a sovellettiin ruokavalio- ja liikuntamuutoksien ohjaamisessa. TTM sisältää esiharkinta-, harkinta-, valmius-, toiminta- ja ylläpitovaiheet (Prochaska & Norcross 2007).

3.1.1 Muutosvaiheet elintapamuutoksen ohjauksessa

Muutosvaihemallissa yksilön käyttäytymisen muutos tapahtuu siihen sisältyvien vaiheiden kautta prosessimaisesti. Jokainen vaihe kuvaa yksilön asenteita, aikomuksia ja käyttäytymistä riippuen hänen muutosvalmiudestaan (readiness to change). *Esiharkintavaiheessa* (precontemplation) yksilö ei tiedosta muutoksen tarpeellisuutta, eikä hänellä ole aikomusta muuttaa terveyskäyttäytymistään

lähitulevaisuudessa (= kuuden kuukauden aikana). Hänellä ei välttämättä ole tietoa käyttäytymiseensä liittyvistä riskitekijöistä, hän voi kieltää niiden olemassa olon, vähätellä niitä tai välttää niistä keskustelua. Häneltä puuttuu uskomisiin kykyihinsä toteuttaa muutos. Kuitenkin häneen voi samanaikaisesti kohdistua ympäristöstä muutospaineita. *Harkintavaiheessa* (contemplation) yksilö on tietoinen terveystyöskäyttyymiseensä sisältyvistä riskeistä ja ymmärtää muutoksen tarpeellisuuden. Hän punnitsee muutoksesta mahdollisesti tulevia hyötyjä ja sen toteuttamisesta aiheutuvia haittoja. Henkilö on halukas muutokseen lähitulevaisuudessa (= kuuden kuukauden kuluessa), mutta ei ole valmis vielä aloittamaan muutosta eikä sitoutumaan siihen. Tilanne on yksilölle ristiriitainen olemassa olevien ongelmien ja muutoksen aiheuttamien vaatimuksien takia, mutta myös sen mahdollisesti aikaansaamien etujen takia (Prochaska & Norcross 2003, 516 - 519).

Valmiusvaiheessa (preparation) yksilö näkee muutoksen tarpeelliseksi, muutoksen edut haittoja suuremmiksi ja on valmis toimimaan kuukauden sisällä. Hän tekee päätöksen kokeilla uusia toimintatapoja ja etsii apua ja tukea eri suunnista ja yhteisöistä. Tässä vaiheessa yksilöllä voi olla useita aikomuksia tai lyhytaikaisia muutoksen aloitusyrityksiä, joiden jälkeen hän on päätenyt aiempiin elintapoihinsa. Hän on valmis osallistumaan interventioon. *Toimintavaiheessa* (action) yksilö muuttaa aktiivisesti toimintatapojaan, hänellä on toimintasuunnitelma ja hän muuttaa myös lähiympäristöään. Hän etsii apua ammattilaisilta muutoksen toteuttamiseen ja on tehnyt puolen vuoden sisällä havaittavia muutoksia toimintatavoissaan. Tässä vaiheessa palaaminen entisiin toimintatapoihin ja aiemmalle tasolle prosessissa ovat mahdollisia, mutta se voi aiheuttaa itsesyytöksiä. Taantumien kautta yksilö kuitenkin saa tietoa omasta toiminnastaan ja muutoksen esteenä olevista asioista. Hän oppii tietämään tilanteet, jotka johtavat näihin taantumisiin ja oppii valmistautumaan niihin (Prochaska & Norcross 2003, 516-522).

Ylläpitovaiheessa (maintenance) muutos on pysyvä elintapa, jota yksilö on noudattanut vähintään puoli vuotta. Yksilön usko muutoksen pysyvyyteen on suurempi kuin edellisessä vaiheessa, hän osaa hallita houkutuksia sisältäviä tilanteita ja houkutukset alkavat vähentyä. Jos yksilö poikkeaa omaksutuista, uusista elintavoista, hän palaa takaisin uuteen elintapaansa, mikä ei ole niin työlästä kuin toimintavaiheessa. *Päätösvaiheessa* (termination) henkilö ei enää koe houkutusta palata aiempiin tottumuksiin eikä muutos enää vaadi häneltä ponnisteluja. Myöskään tilanteet, joissa voimavarat ovat tilapäisesti vähentyneet, kuten väsymys tai stressi, eivät johda aiempaan käyttäytymiseen (Prochaska & Norcross 2003, 519-523).

Siirtymistä vaiheesta toiseen, etenkin esiharkinta- ja harkintavaiheesta valmiusvaiheeseen on ylipainoisilla edistänyt motivoivan haastattelun käyttö (Armstrong ym. 2011). Esiharkinta-, harkinta- ja valmiusvaiheessa yksilön tiedonhakeminen on ollut passiivista muuttuen toimintavaiheessa aktiiviseksi ja ylläpitovaiheessa syvemmäksi tiedon tarkasteluksi ja käytöksi (Hirvonen ym. 2012). Tutkimuksissa on kuvattu yksilön siirtymistä vaiheesta toiseen, vaiheissa pysymistä tai vaiheissa takaisin siirtymistä (Johnson ym. 2008, Stolz ym. 2009,

Wright ym. 2009, Dishman ym. 2010, Plotnikoff ym. 2010, Jiang ym. 2012). Siirtymistä on edistänyt pystyvyys, muutoksen edut ja muutosprosessien käyttö (ks. luku 3.1.2) (Plotnikoff ym. 2010, Gray ym. 2013), läheisten tuki (Jiang ym. 2012, Gray ym. 2013), muutosvaiheiden mukaisesti muodostettu ryhmä ja yksilön valmiusvaihe muutosta aloitettaessa (Greene ym. 2013). Yksilön etenemiseen muutosvaiheissa on löydetty useanlaisia suosituksia. Osassa tutkimuksia interventioita suositellaan kohdistettavan samanaikaisesti useisiin elintapoihin (Lippke ym. 2012), mutta osassa taas yhteen elintapamuutokseen keskittyminen on nähty hyödyllisenä (Robertson ym. 2014).

3.1.2 Muutosprosessit elintapamuutoksen tukemisessa

Muutosprosesseilla tarkoitetaan ajatuksia, tunteita ja toimintaa koskevia prosesseja, joiden avulla yksilö säätelee toimintaansa muutoksen suuntaisesti. Kognitiivisia muutosprosesseja ovat tietoisuuden lisääntyminen (consciousness raising), itsensä uudelleen arviointi (self-evaluation), fyysisen ja psykososiaalisen ympäristön uudelleen arviointi (environmental re-evaluation), tunteiden esiin nouseminen (emotional arousal) ja sosiaalinen vapautuminen (self-liberation). Toiminnallisia prosesseja ovat sitoutuminen (commitment), vaihtoehtoinen käyttäytyminen (counterconditioning), ärsykekontrolli (environment control), itsensä palkitseminen (rewards) ja auttavat ihmissuhteet (helping relationships). Harkintavaiheessa yksilön tietoisuus lisääntyy ja hän arvioi uudelleen itseään, arvomaailmaansa ja ympäristöään, erityisesti siihen kuuluvia ihmisiä ja heidän käyttäytymistään. Läheisten ihmisten vakavat elämäntapahtumat voivat tunteiden kautta myös käynnistää muutosprosessin (Prochaska & Norcross 2003, 525–527).

Yksilön tietoisuutta muutosprosesseista voidaan lisätä motivoivan haastattelun avulla; yksilöä rohkaistaan kertomaan terveysongelmistaan ja tulevaisuuden näkymistään, jolloin ohjaaja voi luoda ristiriidan niiden ja terveyskäyttäytymisen välille (Miller & Rollnick 2004, Armstrong ym. 2011, Dray & Wade 2012, Macdonald ym. 2012, Lindson-Hawley ym. 2015). Siirtyminen harkintavaiheesta toimintavaiheeseen sisältää useita tiedollisia, tunteita ja arviointia sisältäviä prosesseja (Dishman ym. 2010, Hirvonen ym. 2012). Valmiusvaiheessa yksilö kuitenkin tuntee itsensä vapaaksi tekemään muutospäätöksen (Prochaska & Norcross 2003, 525–527).

Vähentääkseen haitallista käyttäytymistään yksilö opettelee toimintavaiheessa vaihtoehtoisia käyttäytymismalleja ja pyrkii hallitsemaan ympäristöstä tulevia ärsykeitä, jotka johtaisivat terveysriskejä sisältävään käyttäytymiseen (Lindson-Hawley ym. 2015). Toiminta- ja ylläpitovaiheissa yksilö seuraa tavoitteittensa pohjalta omaa toimintaansa (self-monitoring), arvioi sitä (self-evaluation), muuttaa käyttäytymistään (self-reaction) ja palkitsee itseään (rewards) onnistumisesta. Toiminnassa ja sen seuraamisessa auttavat päätavoitteen tueksi asetetut lyhyen tähtäimen tavoitteet, joita on helpompi saavuttaa ja arvioida kuin pitkän aikavälin tavoitteita. Muutosponnisteluissaan yksilö käyttää läheistensä tukea (helping relationships), jonka sosiaaliset vaikutukset vahvistavat uutta käyttäytymistä (Prochaska & Norcross 2003, 525–527, Bandura

2004, Wright ym. 2009, Jiang ym. 2012, Lindson-Hawley ym. 2015). Muutosprosessien käytön on todettu lisääntyvän esiharkintavaiheesta valmiusvaiheeseen ja edelleen toiminta- ja ylläpitovaiheeseen siirryttäessä (Kushida ym. 2012) ja käyttö on tukenut muutosvaiheissa eteenpäin siirtymistä (Plotnikoff ym. 2010, Romain ym. 2014). Yksilön itsensä vapauttamisprosessin (self-liberation) käyttö on edistänyt siirtymistä esiharkintavaiheesta harkintavaiheeseen (Horwath ym. 2013), mielialaa koskevien prosessien käyttö on tehostanut sekä ruokavalio- että liikuntamuutosten etenemistä (Johnson ym. 2008) ja motivaatioprosessien tukeminen on nähty tärkeänä vielä ylläpitovaiheessakin (Lin ym. 2010). Muutoksessa etenemistä ja sen ylläpitämistä ovat tukeneet ympäristöön liittyvät, fyysiset ja kulttuuriset prosessit (Booth & Booth 2011, Drieling ym. 2011), fyysisen ympäristön muutokseen tähtäävät prosessit (Teixeira ym. 2010), perheen terveelliset syömissmallit (Booth & Booth 2011), perheenjäsenten liikuntaaktiivisuus (Fitzsimons ym. 2008) ja tuki (Jiang ym. 2012), kun taas perheen vähäinen tuki on ollut yhteydessä vähäiseen sitoutumiseen muutoksessa (Aggarwal ym. 2010). Myös ammattilaisilta ja vertaisilta saatu tuki on edistänyt muutosta (Visram ym. 2009).

3.1.2.1 Itsekontrolli elintapamuutoksen tukemisessa

Transteoreettiseen muutosvaihemallin muutosprosesseihin sisältyvä itsekontrolli on todettu tärkeäksi keinoksi painonhallinnassa yksilön kontrolloidessa toimintaansa muutoksen suunnassa (Ovaskainen ym. 2015). Huolimatta korkeasta ruokavaliomuutoksiin liittyvästä motivaatiosta henkilöistä vain 57 % on onnistunut noudattamaan rasvoja koskevia suosituksia ja 31 % hedelmiä sekä kasviksia koskevia suosituksia (Naughton ym. 2015). Nälkä ja houkutus ovat olleet syynä epäterveellisten välipalojen nauttimiseen lähes puolella, neljänneksellä ikävystyminen tai stressi (Cleobury & Tapper 2014). Energiapitoisten välipalojen syönti voi liittyä myös tilanteisiin, joissa ei keskitytä syömiseen, kuten television katseluun (Bellisle 2014). Runsaasta energian saannista huolimatta välipaloilla on heikko kylläisyysvaikutus, ja energiansaantia harvoin kompensoidaan seuraavalla aterialla (Chapelot 2011). Syömisestä kontrollin, pystyvyyden ja käytettyjen muutosstrategioiden on havaittu liittyvän positiivisesti toisiinsa (Nothwehr 2008, Konttinen ym. 2009). Syömisestä itsekontrolli annoskokoa säätelemällä on pudottanut painoa merkitsevästi (Faucher & Mobley 2010) ja joustavan syömisestä hallinnan omaksuminen sekä etenkin vähäinen tunnesyöminen ovat edistäneet painon alenemista ja saavutetun painon ylläpitämistä (Teixeira ym. 2010). Itsekontrollia on voitu lisätä muun muassa painonhallintaryhmissä (Jane ym. 2015).

Itsekontrollilla ja vapaa-ajan liikuntatavoilla on havaittu olevan positiivinen yhteys, samoin kuin itsekontrollin ja aerobisen kunnan sekä itsekontrollin ja lihaskunnan välillä (Kinnunen ym. 2012). Fyysisen aktiivisuuden puute itsessään on joissakin tutkimuksissa koettu suurimmaksi liikuntaesteeksi (Gorzynski ym. 2010). Aktiivisen liikunnan on todettu edistävän pitkäaikaista painonhallintaa syömisestä kontrollin, etenkin emotionaalisen syömisestä vähenemisen kautta (Andrade ym. 2010). Joissakin tutkimuksissa painoahan pudottavilla

syömisen on kuitenkin todettu lisääntyvän liikuntaharjoitusten jälkeen verrattuna niihin, jotka eivät kontrolloi painoaan, mutta mieleisen liikuntaharjoituksen jälkeen syöminen ei ole lisääntynyt painoaan pudottavillakaan (Chang & Lin 2015).

Keskeistä ärsykkeiden hallinnassa on yksilön pystyvyyden tunne (self-efficacy), jolla tarkoitetaan yksilön luottamusta siihen, että hän pystyy toteuttamaan suunnittelemansa muutoksen ja säätelemään käyttäytymistään. Yksilön pystyvyysuskomukset nousevat pääasiassa neljästä informaatiolähteestä: 1. onnistumisen kokemuksista (enactive mastery experiences), 2. vertaiskokemuksista (vicarious experiences), jotka tarjoavat pystyvyysmalleja ja vertailumahdollisuuksia, 3. suostuttelusta (persuasion) sekä 4. fysiologisesta, voimakkaita tunteita sisältävästä olotilasta. Onnistumisen kokemukset tuottavat yksilölle voimakkaampia ja yleistettävämpiä uskomuksia omasta pystyvyydestä kuin vertaiskokemukset, koska haasteet ja mahdolliset epäonnistumiset tarjoavat tilaisuuksia oppia hallitsemaan erilaisia tilannetekijöitä (Prochaska & Norcross 2003, 525–527).

Painonhallintaan liittyvät onnistumisen tunteet ja tyytyväisyys ovat liittyneet ponnistelujen ja itsekontrollin määrään sekä saavutettuihin tuloksiin (Baldwin ym. 2009, Robertson ym. 2014). Onnistuminen ja tyytyväisyys ovat liittyneet liikunnan käyttöön painon ylläpitämisessä ja tuloksissa parempaan ulkonäköön (Ogden ym. 2012). Painonhallinnan alkuvaiheessa onnistumisesta johtuvat positiiviset tunteet ovat olleet yleisiä, mutta muutosesteiden ilmaantuttua ne ovat vähentyneet. Muutoksen etenemisen ja uusien tottumusten myötä positiiviset tunteet ovat taas palanneet. Osa painonhallinnassa onnistuneista on kuitenkin kokenut painon ylläpitämisen vaikeana (Ahlgren ym. 2015). Tämän vuoksi ponnisteluihin ja pitkäjänteiseen muutokseen kannustaminen ovat ohjauksessa tärkeitä.

Vertaiskokemukset edistävät pystyvyyden tunnetta saavutusten, esikuvien ja mallintamisen kautta (Robertson ym. 2014). Yksilö vertaa omaa suoritustaan muiden yrityksiin vastaavissa tilanteissa ja havaitessaan toisten onnistuvan hän uskoo pystyvänsä samaan ja nostaa tätä kautta suorituksensa tasoa (Lehto & Oinas-Kukkonen 2011). Suostuttelu vahvistaa yksilön uskomuksia voimavarojen riittävydestä, kannustaa muutokseen, aiheuttaa huolestuneisuutta nykytilanteesta johtuvista seurauksista, antaa vaihtoehtoja ja synnyttää vertailua (Lehto & Oinas-Kukkonen 2011, Gray ym. 2013, Robertson ym. 2014, Lafata ym. 2015).

Suostuttelussa voidaan käyttää erilaisia tekniikoita, kuten hyötyjen korostamista (Gallagher & Updegraff 2012), muutoksen perustelua, asteittaista etenemistä, yksilön kunnioittamista tai sairastumisen uhkan esiin tuomista (Lafata ym. 2015). Ohjaaja voi myös tehdä ehdotuksia suunnitelmaan, toimia suunnittelussa yksilön toiveiden mukaan, muistuttaa ja tuoda esiin saavutuksia (Lehto & Oinas-Kukkonen 2011). Ryhmän yhteistoiminta, sen muutosta puoltava vaikutus, ryhmässä tapahtuva vertailu ja kilpailu toimivat myös suostutteluna (Lehto & Oinas-Kukkonen 2011, Gray ym. 2013, Robertson ym. 2014). Suostuttelu vaikuttaa yksilöön voimakkaammin silloin, kun hänellä on kykyä ja motivaati-

tiota käsitellä tietoa ja kun käytetyt perustelut ovat vahvat. Kun perusteluun liittyvä tieto on yksilön mielestä epäuskottavaa, suostuttelu vaikuttaa heikosti (Kumkale ja Albarracin 2004).

3.1.3 Transteoreettisen muutosvaihemallin arviointia

Muutosvaihemallia on kritisoitu useissa tutkimuksissa ja sen käyttökelpoisuutta on ollut vaikea arvioida, koska interventioita on toteutettu vaihtelevilla tavoilla, mallia on käytetty tutkimuksissa vain osittain, tutkimusasetelmat, seuranta ja mittaustavat ovat vaihdelleet samoin kuin osallistujien määrä, ikä ja sukupuoli (McArthur & Pawlak 2011, Dray & Wade 2012, Macchi ym. 2013, Maruf ym. 2014). Meta-analyttisissä tutkimuksissa näyttö mallin soveltuvuudesta ruokavalio- ja liikuntatottumusten interventioihin on todettu vähäiseksi metodologisista puutteista johtuen (Salmela ym. 2009, Barte ym. 2010, Tuah ym. 2011, Dray & Wade 2012, Mastellos ym. 2014), mutta joissakin tutkimuksissa malli on todettu soveltuvaksi interventioihin (Di Noia ym. 2010). Tuloksiin on vaikuttanut, miten sitä on käytetty intervention viitekehystenä, yhdistetty muihin strategioihin ravitsemus- ja liikuntaneuvonnassa (Tuah ym. 2011) ja miten motivoivaa haastattelua on käytetty sen yhteydessä (Dray & Wade 2012). Mallin vaikuttavuutta on kuitenkin ollut vaikea arvioida, koska osallistujien ikä, otosten koko ja seurannan arviointimenetelmät ovat vaihdelleet (Dray & Wade 2012). Muutosvaiheiden käyttö liikunta- ja ruokavaliomuutoksien tukemisessa on saanut aikaan vain vähäistä painon alenemista eikä pysyvää painonpudotuksesta ole näyttöä. Interventioiden vaikutusta on ollut vaikea arvioida keston vaihdelta kuudesta kuukaudesta kahteen vuoteen (Tuah ym. 2011). Muutosvaihemallin käyttö painonhallinnassa on kuitenkin vaikuttanut motivaation paranemiseen ja muutosvaiheissa eteenpäin siirtymiseen (Dray & Wade 2012).

Muutosvaihemallin käyttö on edistänyt interventioiden toteuttamista, johon kuitenkin ovat vaikuttaneet ohjattavien motivaatio ja sitoutuminen muutokseen, muutoksen hyötyjen näkeminen, toteuttamiseen liittyvät haitat sekä ohjattavien optimistisuus tai pessimistisyys tulosodotusten suhteen (Johnson ym. 2008, Drieling ym. 2011). Malli on todettu soveltuvaksi yksilön valmiusvaiheen päätöksentekoprosessiin sekä ruokavalio- että liikuntamuutoksissa (Opdenacker ym. 2009, Di Noia ym. 2010, Gorczynski ym. 2010). Esiharkinta-, harkinta-, valmius-, toiminta- ja ylläpitovaiheet sekä vaiheissa eteneminen on todennettu useissa painonhallintaa ja ruokavaliomuutoksia (Stoltz ym. 2009, Gorczynski ym. 2010, Plotnikoff ym. 2010, Jiang ym. 2012, Nakade ym. 2012, Horwath ym. 2013, Menezes ym. 2014) sekä liikuntamuutoksia koskevissa tutkimuksissa (Dishman ym. 2010, Plotnikoff ym. 2010, Hirvonen ym. 2012, Lewis ym. 2013, Bassilios ym. 2015).

Yhteydet päätöksenteon, pystyvyyden ja liikunta-aktiivisuustason välillä mallin eri vaiheissa on todettu (Plotnikoff ym. 2010, Maruf ym. 2014). Mallin avulla on tunnistettu muutoksen esteitä ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksia ruokavaliotottumuksiin (McArthur & Pawlak 2011). Malli on soveltunut käytettäväksi eri kulttuureissa (Drieling ym. 2011, Bernard ym. 2014). Sitä on käytetty ryhmäohjauksessa ja positiivisten tulosten perusteella suositeltu perus-

terveydenhuoltoon ruokavalio-ohjaukseen (Menezes ym. 2014). Tutkimuksissa on kuitenkin tuotu esiin tarve kehittää perusterveydenhuollon organisaatiota siten, että potilaiden ohjaus mahdollistuisi hoitajien työssä (Leonhardt ym. 2008, Briscoe & Berry 2009).

Toisaalta, mallin hyödyllisyyttä elintapainterventioissa muihin strategiohin verrattuna ei ole todettu (Leonhardt ym. 2008, Farrell & Keeping-Burke 2014), mallia ei ole pidetty riittävänä muutoksen, siihen sisältyvien siirtymien ja niihin liittyvien taustatekijöiden kuvaamisessa (Armitage 2009, Macchi ym. 2013), malli ei ole tuonut esiin muutoksen ylläpitämiseen liittyviä tekijöitä (McArthur & Pawlak 2011, Horwath ym. 2013) eikä malli ei ole selittänyt toteutettujen interventioiden tuloksia (Leonhardt ym. 2008, Opendenacker ym. 2009). Mallin tilalle on esitetty perheeseen ja systeemitteoriaan liittyvää mallia, jossa siirtymien erot tulevat paremmin esiin (Macchi ym. 2013).

Tähän tutkimukseen transteoreettinen muutosvaihemalli on valittu, koska ryhmäohjauksessa on mahdollista tukea valmius- ja toimintavaiheessa olevia osallistujia etenemään muutoksessaan näiden muutosprosesseja tukemalla. Ryhmässä osallistujat voivat arvioida omia elintapojaan ja ympäristöä, jossa he toteuttavat muutostaan ja tuoda esiin muutoksessa käyttämiään keinoja, muutoksen esteitä tai sitä edistäviä tekijöitä.

3.2 Ryhmäohjaus painonhallinnan tukemisessa

3.2.1 Ohjauksen osallistujakeskeisyys

Painonhallinnalla tarkoitetaan kohtuullista painonpudotusta ja saavutetun painon ylläpitämistä liikunnan ja ruokavalion keinoin, jolloin energiensaannin alentamisen lisäksi ruokavaliomuutosten tulee olla myös laadullisia (Kramer 2015). Ruokavalio- ja liikuntamuutosten toteuttamista edistää ammattilaisen tai vertaisen antama yksilö- tai ryhmäohjaus (Alahuhta ym. 2010). Ohjauksella tarkoitetaan ohjaajan ja asiakkaan tavoitteellista yhteistoimintaa, jossa tuetaan ja edistetään asiakkaan kasvu- muutos- tai ongelmanratkaisuprosesseja sellaisilla työtavoilla, joissa asiakkaan toimijuus vahvistuu (Kääriäinen 2007, Hansen ym. 2014, Vehviläinen 2014). Yhteistoimintaan sisältyy vuorovaikutteinen ohjaussuhde, jonka sisältö määräytyy käsiteltävästä asiakkaan terveydentilasta, ongelmasta tai muutostarpeesta (Karhila ym. 2003, Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kääriäinen 2007, Kasila ym. 2009, Bylund ym. 2012, Noordman ym. 2013). Ohjaus voi sisältää erilaisia lähestymistapoja, menetelmiä ja tekniikoita, joita suositellaan käytettävän vaihtelevasti sen mukaan, miten asiakkaat prosessoivat asioita ja tilanteita (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Kääriäinen 2007, Gray ym. 2013, Hansen ym. 2014). Tutkimuksissa on korostettu asiakaskeskeisiä ja asiakkaan voimavaroja lisääviä lähestymistapoja (Karhila ym. 2003, Kiuru ym. 2004, Kääriäinen 2008, Kasila ym. 2009, Hansen ym. 2014, Van Dillen ym. 2014) sekä muutokseen liittyviä psykososiaalisia tekijöitä (Hunt ym. 2014, Walker ym. 2015).

Elintapaohjauksessa ohjaajan ja ohjattavan välille syntyy reflektiivinen vuorovaikutusprosessi, jonka aikana asiakasta voidaan aktivoida arvioimaan muutostarpeitaan, tiedon tasoaan ja jäsentämään muutostoimintaansa (Poskiparta 1997, Kettunen ym. 2004, Hansen ym. 2014, Vehviläinen 2014). Itsearviointin käynnistämiseksi ohjaaja voi käyttää reflektiivisiä kysymyksiä (Poskiparta 1997, Kettunen ym. 2004, Armstrong ym. 2011). Elintapaohjaus ei tutkimusten mukaan aina tapahdu kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa (Poskiparta ym. 1998, Kiuru ym. 2002, Kääriäinen 2007, Kasila ym. 2009, Briscoe & Berry 2009), jossa molemmat ovat aktiivisia ja rakentavat tavoitteellista ohjausprosessia (Kettunen ym. 2004, Poskiparta ym. 2006, Kääriäinen 2008, Hansen ym. 2014). Ohjaajakeskeisessä keskustelussa ohjaajan on todettu kartoittavan asiakkaan tilannetta lyhyillä tarkistusluonteisilla kysymyksillä sen sijaan, että keskustelu etenisi vaiheittain asiakkaan vaikuttaessa sen kulkuun ja sisältöön (Poskiparta ym. 2001, Kettunen ym. 2002, Poskiparta ym. 2006, Noordman ym. 2013, Van Dillen ym. 2014) tai että ohjaaja rohkaisisi asiakasta jatkamaan tämän esille ottamia, elintapamuutoksiin liittyviä kysymyksiä (Kiuru ym. 2004, Poskiparta ym. 2006, Noordman ym. 2013, Van Dillen ym. 2014).

Muutospuheen tuottaminen ohjauksessa onkin todettu olevan haastavaa (Kettunen ym. 2006). Voimavaraistavassa neuvonnassa ohjaaja käyttää asiakkaan näkemystä tämän terveystilanteesta, tukee tämän kykyä reflektoida omaa terveyskäyttäytymistään ja auttaa tätä tulemaan tietoiseksi siitä (Kyngäs ym. 2004, Poskiparta ym. 2006, Kääriäinen 2007, Bylund ym. 2012, Hansen ym. 2014, Hunt ym. 2014). Tällöin ohjaaja antaa tilaa asiakkaan kysymyksille, vie keskustelua eteenpäin asiakkaan laajentamassa suunnassa (Kettunen ym. 2002, Kyngäs ym. 2004, Kääriäinen 2008, Noordman ym. 2013) ja rohkaisee tätä vastuullisuuteen (Kääriäinen 2007, Hansen ym. 2014). Vuorovaikutuksessa ohjaaja voi käyttää keskustelun kielellisiä keinoja, joita ovat kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö (Kääriäinen 2007, Lafata ym. 2015). Kohtelu ilmenee avoimuutena, inhimillisyytenä ja hyväksyntänä. Ohjaaja voi osoittaa ymmärtämistä kuuntelulla, empatialla ja kysymyksillä. Asiakasta tuetaan rohkaisemalla tätä muutokseen ja hänen muutospäätöksiään vahvistetaan (Kääriäinen 2008).

Ohjaustilanteiden vähäinen asiakaskeskeisyys on tullut esiin myös ohjaustyylejä koskevassa tutkimuksessa (Kiuru ym. 2004, Noordman ym. 2013, Van Dillen ym. 2014). Vallitsevin ohjaustyyli on ollut suosittelu, jossa asiakkaan osallistuminen on vähäistä ja jossa tiedon hyödyntäminen jätetään asiakkaan harkintaan (Kiuru ym. 2004). Perusterveydenhuollossa painonhallinnan ohjauksessa hoitajien on todettu käyttävän sekä motivoivaa että ohjeistavaa ohjaustyyliä; he arvioivat asiakkaan riskejä ja nykyistä käyttäytymistä, antavat elintapaohjeita, mutta huomioivat vain vähän asiakkaan yksilöllisyyttä, arvioivat harvoin muutoksen esteitä tai keskustelevat muutoksessa tarvittavasta tuesta (Van Dillen ym. 2014). Motivoivan haastattelutekniikan käyttö koulutuksesta huolimatta samoin kuin ohjeiden soveltaminen asiakkaan tilanteeseen on ollut vähäistä (Noordman ym. 2013).

Tutkimuksissa onkin tullut esiin puute menetelmistä, jotka helpottaisivat terveyskäyttäytymisen muutoksista keskustelua (Poskiparta ym. 2006, Noord-

man ym. 2013) ja terveydenhuoltohenkilöstön ehkäisevään työhön liittyvien vuorovaikutustaitojen kehittämistarpeesta (Poskiparta ym. 2006, Kääriäinen 2007, Peterson 2007, Lipponen ym. 2008, Briscoe & Berry 2009, Kasila ym. 2009, Noordman ym. 2013, Van Dillen ym. 2014). Ohjaajien olisi hyödyllistä tulla tietoisemmaksi ohjauk Käytäntöistään, ohjaustyyleistään ja ohjauksen vuorovaikutusprosessista (Karhila ym. 2003, Kiuru ym. 2004, Kettunen ym. 2006, Kääriäinen 2007, Briscoe & Berry 2009, Van Dillen ym. 2014, Noordman ym. 2013).

Painonhallinnan ohjauksessa on tunnustettu myös ohjausajan, ohjaustilojen yksityisyyden ja ohjeistuksen puute. Asiakkaila ei ole ohjaukseen kohdistuvia odotuksia eivätkä hoitajat luota asiakkaiden kykyyn toteuttaa muutosta (Briscoe & Berry 2009). Ohjauksen haasteellisuutta lisää myös lyhytkestoisen ohjauksen suosittaminen perusterveydenhuoltoon, esimerkiksi liikuntatottumusten muuttamiseksi (Peterson 2007). Yleisin painonhallinnan ohjausmenetelmä on ollut ylipainosta keskustelu ja seuraavaksi yleisimpinä ravitsemus- ja liikuntaohjaus. Ravitsemusohjauksessa on käytetty useampia ohjausstrategioita kuin liikunnan ohjauksessa (Van Dillen ym. 2013). Liikuntaohjauksessa ohjausmenetelminä ovat olleet kehottaminen liikunta-aktiivisuuden lisäämiseen, säännöllisen liikunnan aikatauluttaminen ja eri liikuntamuotojen suosittelu (Van Dillen ym. 2014).

3.2.2 Painonhallinnan ryhmäohjaus

Tässä tutkimuksessa ryhmäohjauksella tarkoitetaan painonhallintaan liittyvien ongelmien perusteella muodostettua, ohjaajan johdolla säännöllisesti kokoontuvaa osallistujajoukkoa, jonka tavoitteena on auttaa sen jäseniä elintapoihin liittyvissä muutosprosesseissa (Absetz ym. 2007, Laatikainen ym. 2007, Saaristo ym. 2009, Bylund ym. 2012). Ryhmäohjaus sisältää ohjaajien ja osallistujien välisiä vuorovaikutusprosesseja, jotka edistävät muutosta (Absetz ym. 2008). Ryhmäohjauksen taustalla on sosiokognitiivinen näkemys aktiivisesta, muutokseen vastuuta ottavasta ja tavoitteelliseen toimintaan pystyvistä ihmisistä (Davis-Lameloise ym. 2013, Gray ym. 2013, Hansen ym. 2014, Robertson ym. 2014). Ohjauksessa elintapojen muutos etenee riskitekijöiden ja muutostarpeiden havaitsemisen, aikomusten ja motivoitumisen kautta tavoitteiden asettamiseen, suunnitelman laatimiseen, sen toteuttamiseen ja seurantaan sekä saavutetun muutoksen ylläpitämiseen, johon on sovellettu useita, toisiaan lähellä olevia motivaatio- ja muutosteorioita (Bandura 2004, Miller & Rollnick 2004 ja 2009, Uutela ym. 2004, McQuigg ym. 2005).

Ryhmäohjauksessa intensiiviset ja pitkäkestoiset ohjaukset (liite 1) ovat yleistyneet, mutta tuloksissa pitkä- ja lyhytkestoisten ohjausten välillä ei ole havaittu eroja (Keränen ym. 2009) ja myös lyhytkestoista interventioista on saatu hyviä tuloksia (Pells ym. 2012). Tiheät kokoontumiskerrat sen sijaan ovat edistäneet ryhmän vuorovaikutusta (Ostbye ym. 2008, Keränen ym. 2009, Wadden ym. 2011). Muiden osallistujien antama psykososiaalinen tuki ja tiedon käsittely ryhmässä ovat edistäneet painonhallintaa (van Dam ym. 2005). Painonhallintaryhmien kokoontumistiheys ja -kesto ovat vaihdelleet; yleisin tapa on

ollut kahden viikon välein tapahtuva ohjaus ensimmäisten kahden kuukauden aikana, minkä jälkeen tapaamiset ovat harvenneet (liite 1).

Ryhmäohjauksen tehostamiseksi siihen on yhdistetty yksilöohjausta (McQuigg ym. 2005, Keränen ym. 2009, Drieling ym. 2011, Wadden ym. 2011, Toth-Capelli ym. 2013), vertaisohjausta (Daivandanam ym. 2013), materiaaalitukea (Saaristo ym. 2009), puhelinohjausta (Anderson ym. 2011, Morey ym. 2012, Yates ym. 2012) tai yhteisöohjausta ja kotikäyntejä (Janetski & Lisowski 2007, Drieling ym. 2011). Myös internetohjausta voidaan käyttää ryhmäohjauksen tukena (McTigue ym. 2013, Hou ym. 2014, Jane ym. 2015). Ruokavalio- ja liikuntaohjausta on yhdistetty samalle ohjaukskerralle (McQuigg ym. 2005, Saaristo ym. 2009, Lippke ym. 2012, Gray ym. 2013) tai toteutettu erillisinä ohjaukskertoina (Janetski & Lisowski 2007, Ostbye ym. 2008, Sathish ym. 2013). Yksilö- ja ryhmäohjauksen tehokkuutta on verrattu pre-diabetesta sairastavien keskuudessa eikä siinä ole havaittu eroja (Endevelt ym. 2015). Lihaville suunnatussa elintapaohjauksessa sen sijaan on saatu parempia tuloksia silloin, kun yksilöohjaukseen on yhdistetty kuukausittaiset ryhmäkokoontumiset ja käyttäytymisen muutostekniikoita (Wadden ym. 2011).

Ryhmäohjauksen yhden kokoontumiskerran kesto on vaihdellut 90–120 minuutin välillä, ja samaan kokoontumiseen on sisältynyt sekä tiedon käsittelyettä liikuntaosiot (liite 1). Sisältöjen käsittely on osittain edennyt nopeasti, esimerkiksi ruokapäiväkirjojen käsittelyyn on ohjeissa varattu vain viisi, ruokavalio-ohjaukseen 25 ja tavoitteiden laatimiseen 10 minuuttia. Toisaalta, askelmittarin käyttöön ja siinä tavoitteen asetteluun on varattu 20 minuuttia ja aktiiviseen liikuntaan kokoontumisesta 28 minuuttia. Luokkamuotoisessa osiossa ohjausaika on usein ylittynyt (Gray ym. 2013). Joissakin ohjelmissa toteutusta on aloitusvaiheessa muutettu kulttuuristen tekijöiden vuoksi ja ohjausaikaa jaettu uudelleen esimerkiksi fysioterapeutin ja ravitsemusohjaajan välillä (Davis-Lamelouse ym. 2013). Osallistujat ovat korostaneet hyvää yhteishenkeä (Gray ym. 2013), jonka luominen on vaikuttanut kokoontumisen sisältöön ja toimintaan (Hunt ym. 2014).

Ryhmäohjaukseen osallistuvien muutosvaiheen tunnistamista pidetään tärkeänä sekä ryhmän muodostamisen että yksilön muutoksessa etenemisen kannalta (Johnson ym. 2008, Lewis ym. 2013, Toth-Capelli ym. 2013). Etenkin ohjauksen alussa osallistujan motivaation tukeminen on tärkeää (Pinto ym. 2008, Lin & Lin 2010, Gudzone ym. 2012), mutta myös sen ylläpitäminen, koska ohjauksesta pois jääminen on ollut yleistä (Saaristo ym. 2009, Admiraal ym. 2013, Moore ym. 2013, Toth-Capelli ym. 2013). Motivaation vahvistaminen ryhmän aloitusvaiheessa voidaan liittää osallistujan positiivisiin tulosodotuksiin, esimerkiksi parempaan hoitotasapainoon (Visram ym. 2009, Hindle & Carpenter 2011), tai päinvastoin motivaatioon on vaikuttanut myös sairauden pahenemisesta aiheutuva pelko (Spörndly-Nees ym. 2014). Muutokseen sitoutumiseen (Alahuhta 2010, Hindle & Carpenter 2011), tavoitteiden asettamiseen ja suunnitelman laatimiseen ohjaaminen ovat tärkeitä vaiheita (Laatikainen ym. 2007, Absetz ym. 2009, Saaristo ym. 2009, Hindle & Carpenter 2011, Admiraal ym.

2013, Daivadanam ym. 2013), koska painonpudotus nähdään laajasti elämän eri alueille ja elämänlaatuun ulottuvina odotuksina (Spörndly-Nees ym. 2014).

3.2.2.1 Tavoitteiden laatiminen painonhallinnan ryhmäohjauksessa

Lähes kaikkiin viimeaikaisiin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmiin, FIN-D2D (Finnish National Diabetes Prevention Project) (Saaristo ym. 2009), GOALS (Good Ageing in Lahti Region) (Lindström ym. 2010), Camelon-model (Gray ym. 2009), Kerala Diabetes Prevention Program (Sathish 2013), Life! Taking Action on Diabetes (Dunbar ym. 2012, Janus ym. 2012), FFIT (Football Fans in Training) (Gray ym. 2013) ja MDPS (Melbourne Diabetes Prevention Study) (Dunbar ym. 2015) on sisällynyt tavoitteiden laatiminen ja niiden itsearviointi. Tavoitteiden laatiminen on yksi yleisimmin käytetyistä tekniikoista käyttäytymisen muutoksissa (Gray ym. 2013, Lyons ym. 2014). Osallistujia voidaan ohjata tunnistamaan omaa käyttäytymistään eri tilanteissa kotitehtävien avulla (Keränen ym. 2009, Saaristo ym. 2009, Alahuhta ym. 2010) ennen tavoitteiden asettamista. Alkuvaiheessa lähitavoitteiden asettamiseen ohjaus on todettu tehokkaaksi (Bélanger-Gravel ym. 2013), mutta ylläpitovaiheen saavuttaneilla voidaan käyttää myös pitkälle ajanjaksolle laadittuja tavoitteita (Hindle & Carpenter 2011). Tavoitteiden laatiminen kehittää yksilön itsekontrollia (Anderson ym. 2011, Bélanger-Gravel ym. 2013, Mulder ym. 2014) ja niihin sitoutumisella on todettu yhteys toimintavaiheen aktiivisuuteen (Huisman ym. 2010).

Osassa elintapainterventioita on osallistujille annettu valmiit tavoitteet (Janetski & Lisowsky 2007), osassa taas suositeltavat elintapojen muutosalueet, joille tavoitteet voidaan laatia (Saaristo ym. 2009, Gray ym. 2013, Admiraal ym. 2013). Osatavoitteiden avulla on pyritty asteittain muuttamaan osallistujien ruokavalio- että liikuntatottumuksia (Hansen ym. 2014, Mastellos ym. 2014). Lisäksi on asetettu käyttäytymisen muutosstrategioihin, elämänlaatuun ja stressin vähentämiseen liittyviä tavoitteita (Loveman ym. 2011, Mastellos ym. 2014). Päivittäisillä tavoitteilla on saatu viikoittaisia parempia tuloksia painonpudotuksessa (Loveman ym. 2011). Saavutetun painon ylläpitämistä on pidetty keskeisenä tavoitteena (Loveman ym. 2011, Mastellos ym. 2014).

Tavoitteiden yksilöllisyyttä ja joustavuutta on pidetty tärkeänä (Gray ym. 2009, Robertson ym. 2014). Suuntauksena tavoitteissa on ollut tiukasta ruokavaliosta ja tarkasta energiamäärän laskemisesta pois pyrkiminen sekä ehdottomuuksien välttäminen, joiden sijaan tavoitteissa on korostettu henkilökohtaista kontrollia. Tavoitteiden yhdistäminen sosiaaliseen kontekstiin on nähty hyödyllisenä. Ryhmäohjauksessa osallistujien samanlaiset terveysongelmat voidaan huomioida tavoitteiden laatimisessa. Yksinkertaiset ja realistiset tavoitteet ovat vaikuttaneet elintapamuutokseen sitoutumiseen. Interventioihin osallistuvilla on kuitenkin ollut erilaisia käsityksiä elintapamuutoksen päämäärästä, tavoitteista ja tulosodotuksista. Osa osallistujista on halunnut asettaa korkeita tavoitteita, joita ei kuitenkaan ole saavutettu, kun taas osallistujan tulosodotuksia matalammat tavoitteet on saavutettu. Välitavoitteiden asettaminen, esillä pitäminen, mittaaminen ja pudotettavan painon tai kehon muutoksen konkretisointi eri keinoin on nähty hyödyllisenä (Gray ym. 2013, Robertson ym. 2014).

Tavoitteiden asettamisen perustaksi ryhmäohjauksiin on sisällytynyt laajat ruokavaliota ja liikunnan lisäämistä koskevat tietosisällöt (Laatikainen ym. 2007, Absetz ym. 2009, Saaristo ym. 2009, Vermunt ym. 2013), jotka ovat painottuneet esimerkiksi ruuan energiatihyteen (Shay ym. 2009, Schusdziarra ym. 2011) tai liikuntaan (Yates ym. 2012, Moore ym. 2013). Tiedon jakaminen eri toteutusmalleista ja keinoista on nähty myös tärkeänä muutoksen tehokkuuden kannalta (Pinto ym. 2008, Saaristo ym. 2009, Yates ym. 2012, Bélanger-Gravel ym. 2013, Vermunt ym. 2013, Spörndly-Nees ym. 2014). Ryhmäohjaukseen osallistuvien tiedontasoa on mitattu jokaisen kokoontumisen ja koko ohjausprosessin jälkeen (Greer & Hill 2011). Tiedontason nostaminen on todettu tärkeäksi kaikissa väestöryhmissä, koska sosioekonomisella asemalla ei ole todettu olevan vaikutusta muutosten toteuttamiseen (Klohe-Lehman ym. 2006). Toisaalta, terveyden edistämisen ohjaajien koulutuksen on katsottu painottuvan liikaa lääketieteelliseen tietoon käyttäytymistä koskevan tiedon jäädessä sen varjoon (Dahl ym. 2014).

Osallistujia ohjataan havainnoimaan ympäristöstään heidän muutosprosesseja lisääviä tekijöitä, kuten liikuntaan (Pinto ym. 2008, Huisman ym. 2009) ja läheisten tukeen (Huisman ym. 2009, Visram ym. 2009, Korkiakangas ym. 2011, Admiraal ym. 2013, Aschbrenner ym. 2013) liittyviä mahdollisuuksia. Useisiin viimeaikaisiin tyyppiin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmiin on sisällytynyt erillinen liikuntaohjaus (liite 1). Ryhmäohjauksessa pyritään lisäämään myös osallistujien keskinäistä tukea, koska se edistää muutosta (Pullen ym. 2008, Visram ym. 2009, Aschbrenner ym. 2013, Gray ym. 2013) ja pitää yllä ryhmään osallistumisen aktiivisuutta (Toth-Capelli ym. 2013). Ohjauksessa on tärkeää käsitellä myös toteuttamisessa ilmenneitä esteitä (Korkiakangas ym. 2011, Gudzone ym. 2012, Jarvis 2012, Aschbrenner ym. 2013, Spörndly-Nees ym. 2014). Toteuttamisvaiheessa osallistujien omaseurantaan ohjaaminen lisää muutosmotivaatiota, kontrollia, arviointia, korjaustoimenpiteitä (Alahuhta ym. 2010, Anderson ym. 2011, Hindle & Carpenter 2011, Janus ym. 2012, Bélanger-Gravel ym. 2013, Spörndly-Nees ym. 2013) ja itseluottamuksen vahvistumista (Webb ym. 2014). Päivittäinen tai viikoittainen painon, liikunnan ja ruokavalion omaseuranta päivä- tai työkirjan avulla on todettu tehokkaaksi sekä painon pudottamisessa että saavutetun painon ylläpitämisessä (liite 1, Hindle & Carpenter 2011, Schusdziarra ym. 2011, Akers ym. 2012). Vaikka onnistuneet muutokset jo itsessään edistävät muutosta (Jarvis 2012, Spörndly-Nees ym. 2014), osallistujia ohjataan palkitsemaan itseään onnistumisissa (Alahuhta ym. 2010, van Dillen 2015).

3.2.2.2 Ohjauksen vaikuttavuus

Ohjaajan vuorovaikutuksellinen rooli ryhmäohjauksessa on keskeinen. Motiivoinnin ja haasteiden käsittelyssä tärkeää on osallistujalähtöisyys, kumppanuus (Gudzone ym. 2012, Daivadanam ym. 2013), ohjaajan innostuneisuus (Absetz ym. 2008) sekä tuki ja palaute eri muodoissaan (Visram ym. 2009, Hindle & Carpenter 2011). Ohjaaja voi käyttää kielellisiä keinoja, kuten kysymyksiä, tarkennuksia sekä myötäelää ja jakaa huolia muutoksen eri vaiheissa (Webb ym. 2014). Kielellisiä keinoja (Danby ym. 2009, Clark 2010, McEvoy & Plant 2014,

Eisenberg ym. 2015) voidaan käyttää myös muutosprosessissa ilmenevien ongelmien tunnistamiseen ja ratkaisujen löytämiseen. Ohjaaja voi tukea osallistujien osallistumista ryhmäkeskusteluun keskinäisen tuen muodostumiseksi (Webb ym. 2014). Itsearviointitilanteissa ohjaaja voi tarkentaa arviointia, antaa positiivista palautetta, rohkaista, kannustaa ja lievittää pettymyksen tunteita (Poskiparta ym. 2006, Alahuhta 2010, Clark 2010, Tanay ym. 2014, Tremayne 2014, Jeoung ym. 2014, Eisenberg ym. 2015). Elintapaohjaukseen voi sisältyä myös opettamista ja opastamista esimerkiksi liikuntaharjoituksissa, jolloin ohjaaja antaa tietoa, perustelee, näyttää oikean suoritustavan, seuraa, tarkistaa ja korjaa yksilön suoritusta (McDonough ym. 2010). Opastamista voi sisältyä ruokavalioneuvontaan, jossa myös kulttuuriset ja olosuhteisiin liittyvät tekijät voidaan huomioida, esimerkiksi ruokaostoksissa ja ruuanvalmistuksessa (Admiraal ym. 2013, Hjarnoe & Leppin 2013).

Ryhmäohjausta on toteutettu tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmissa Suomessa ja muualla maailmassa (liite 1, Admiraal ym. 2013, Daivadanam ym. 2013, Vermunt ym. 2013, Absetz ym. 2014) ja ryhmäohjausta sisältävien interventioiden vaikuttavuus on todettu useissa tutkimuksissa (liite 1, Penn ym. 2013). Tilastollisesti merkittäviä muutoksia on saavutettu painossa, vyötärön ympäryksessä, veren sokeri- ja rasva-arvoissa sekä verenpaineessa. Osassa tutkimuksia saavutettu paino on pysynyt 36 kuukautta aloittamisesta. Ryhmäohjaukseen osallistuneiden tyydyttyneen rasvan käyttö on vähentynyt ja kuidun määrä ruokavaliossa lisääntynyt. Ohjauksen vaikutusta muutosprosessiin on kuitenkin ollut vaikea verrata, koska ohjauksiin on sisältynyt erilaisia tekniikoita ja niiden tiheys sekä kesto ovat vaihdelleet. Ohjaus ei aina merkittävästi ole muuttanut osallistujien motivaatiota tai sitoutumista muutokseen. Pitkäaikaisen ruokavaliomuutosten ylläpitäminen on todettu vaikeaksi ja aiempiin tottumuksiin palaaminen ongelmaksi (Liite 1).

Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmien tuottama painon aleneminen on kuitenkin ollut vähäistä (Saaristo ym. 2010, Admiraal ym. 2013, Vermunt ym. 2013), eivätkä ohjelmat ole soveltuneet kaikille väestöryhmille (Admiraal ym. 2013, Daivadanam ym. 2013). Niihin on liittynyt korkea keskeyttäneiden määrä, ja muutoksen toteuttamisessa on ilmennyt esteitä (Saaristo ym. 2009, Toth-Capelli ym. 2013, Vermunt 2013). Painonhallinnan ryhmäohjaus on kuitenkin todettu tarpeelliseksi perusterveydenhuollossa (Kilkkinen ym. 2007, Absetz ym. 2009, Visram ym. 2009, Wadden ym. 2011, Gudzone ym. 2012). Ohjauksen laadun parantamiseksi hoitajille on suositeltu ohjaajakoulutusta (Saaristo ym. 2009, Malemute ym. 2011, Wadden ym. 2011).

Ryhmäohjausta on tutkittu pääosin määrällisesti. Mittareina ovat olleet tyyppin 2 diabeteksen ilmaantuvuus, saavutettu painon, verenpaineen, verensokerin ja veren rasva-arvojen aleneminen ja vyötärön ympäryksen pieneneminen. Ruokavalio- ja liikuntamuutoksia on mitattu harvemmin. Laadullisissa tutkimustuloksissa on tuotu esiin osallistujien kokemuksia muutosyrityksistä ja toimintamalleista, itseluottamuksen kasvusta ja muutoksista sosiaalisissa suhteissa. Osallistujat ovat jakaneet muutoskokemuksiaan ryhmissä. Muutoksen tukemista on korostettu sekä määrällisten että laadullisten tutkimusten johtopää-

töksissä. Ohjaajien koulutus tutkimuksissa vaihtelee, ja osassa tutkimuksia koulutus jää epäselväksi (Liite 1). Ohjaus näyttöön perustuvana toimintana ja ohjaajan rooli ohjauksen asiantuntijana tulee heikosti esiin tutkimuksissa (liite 1, Barthe ym. 2014). Näyttö ehkäisyohjelmissä käytettyjen eri ohjausmenetelmien vaikuttavuudesta on vähäistä (liite 1). Ohjaajan tulisi kuitenkin toimia painonhallinnan ryhmäohjauksen asiantuntijana (Korhonen ym. 2010).

3.2.3 Pieni päätös päivässä -painonhallinnan (PPP) ryhmäohjaus

D2D-toimeenpanohankkeessa PPP- painonhallinnan ryhmäohjausmalli (Ohjaajaverkko 2015) sisällytettiin toimintasuunnitelmaan. Toimeenpanohankkeen ryhmäohjauksessa toimivat ohjaajat saivat PPP- painonhallinnan ryhmäohjaajakoulutuksen (Turku & Heinonen 2005, Turku 2007, Ohjaajaverkko 2015). PPP-painonhallinnan ryhmäohjausmallia ja sisältöjä (liitteet 4 ja 5) sovellettiin hankkeessa erityisesti seulottujen, korkean riskin henkilöiden yksilö- ja ryhmäohjaukseen, mutta joillakin alueilla myös ne, joilla oli kohtalainen riski, saivat mallin mukaista elintapaohjausta (Saaristo ym. 2009).

”Pieni päätös päivässä” -painonhallinnan ryhmäohjaus on Diabetes- ja Sydänliiton yhdessä kehittämä painonhallinnan ryhmäohjausmalli, jonka tarkoituksena on osallistujien elintapojen muutoksen tukeminen (Suomen Diabetesliitto 2004). Mallissa tähdätään ravitsemus- ja liikuntamuutoksiin ryhmässä toteutetun käyttäytymisen ohjauksen avulla tavoitteena painon hidas putoaminen ja saavutetun painon ylläpitäminen. Mallissa painonhallinta käsitetään prosessimaisena toimintana, jossa osallistujat aktivoituvat muutostoimintaan, tekevät muutospäätöksiä ja kokeilujen kautta pieniä, pysyviä muutoksia ruokavalio- ja liikuntatottumuksissaan ja saavat palautetta omasta toiminnastaan (Ohjaajaverkko 2015).

Koska PPP- painonhallinnan ryhmäohjauksella tähdätään erityisesti metabolisen oireyhtymän välttämiseen ja tyypin 2 diabeteksen riskitekijöiden vähentämiseen, pelkkä painon alentaminen ei riitä, vaan tavoitteena ovat laadulliset ja määrälliset muutokset ruokavaliossa, syömisestä hallinnan oppiminen ja pysyvät liikuntamuutokset. Muutoksen edellytyksenä nähdään osallistujan motivoituminen ja sitoutuminen muutokseen. Motivoinnissa käytetään muun muassa tiedon antamista elintapojen osuudesta metabolisen oireyhtymän syntyisessä ja sen ehkäisyssä. Ohjauksessa hyödynnetään muutosvaihemallia (Prochaska & Norcross 2007), jonka vaiheiden ja prosessien tunteminen auttaa osallistujaa omassa muutoksessaan. Muutosvalmiuden arvioinnissa ja tavoitteiden laatimisessa ohjauksessa käytetään muutosvalmius- ja muutosalueomakkeita (liite 3). Osallistujan omaseuranta ja käyttäytymisen säätelyä muutoksessa tuetaan liikunta- ja ruokapäiväkirjojen käytön avulla (Turku & Heinonen 2005, Turku 2007, Ohjaajaverkko 2015).

PPP-ohjauksen periaatteina ovat tavoitteellisuus ja tiedon soveltaminen muutostoimintaan. Ryhmäohjauksen alussa ryhmä sopii yhteisesti sen toimintaa koskevista tavoitteista ja säännöistä. Ohjaajan rooli on muutokseen motivoiva, valmentaja ja kumppani ongelmien ratkaisemisessa. Ohjauksessa osallistujia aktivoidaan pohtimaan muutoksen tarpeellisuutta ja houkutellessaan muutospää-

töksen tekemiseen erilaisten tehtävien avulla. Tiedonantamisessa käytetään luentoja ja kirjallista materiaalia. Ohjaaja tekee havaintoja ryhmän toiminnasta ja käyttää vuorovaikutteisia keinoja vaikuttaakseen sen ilmapiiriin, osallistujien ilmaisuun ja keskinäiseen vuorovaikutukseen, jolloin nämä voivat hyödyntää muiden osallistujien muutosstrategioita ja keinoja omassa muutoksessaan. Ohjaaja voi lisätä osallistujien itsetuntemusta muutoksessa antamalla palautetta ja tekemällä ehdotuksia. Osallistujat voivat hyödyntää ohjaajan asiantuntijuutta, mutta tarkoitus ei ole viedä ohjausta yksilöohjauksen suuntaan (Suomen Diabetesliitto 2004, Turku & Heinonen 2005, Turku 2007, Ohjaajaverkko 2015).

3.3 Ohjausnäkökulmat ryhmäohjauksessa

Ohjaajien toimintaa ryhmäohjauksessa tarkastellaan tässä tutkimuksessa Daniel Prattin (Pratt ym. 2001a, Pratt 2002) ohjauksen viiden näkökulman: tiedonsiirron, toiminnallisen, kehityksellisen, huolenpidon ja sosiaalisen uudistumisen näkökulmien kautta. Jokaiseen näkökulmaan sisältyvät ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta antavat suunnan ja perustan ohjaukselle. Näkökulmat on todettu toimiviksi tutkittaessa opetus- ja ohjausorientaatioon liittyviä arvoja ja oletuksia sekä kehitettäessä ohjauskäytäntöjä (Hubbal ym. 2005). Seuraavissa luvuissa on kuvattu näihin näkökulmiin sisältyvät käsitykset yksilöstä oppijana, tiedosta ja sen soveltamisesta, ohjaajan ja ohjattavan vastuista, tyypillisistä ohjausstrategioista ja näkökulmien käyttöön liittyvistä heikkouksista (Pratt 2002, 5–16). Prattin (2002) viisi ohjausnäkökulmaa katsottiin tutkimukseen sopivaksi, koska niiden avulla ohjaajan toimintaa osallistujien elintapamuutosten tukemisessa voitiin kuvata monipuolisesti. Ohjausnäkökulmien avulla oli mahdollista saada myös esiin ohjauksen painottuminen johonkin ohjausnäkökulmaan.

3.3.1 Tiedonsiirto-näkökulma

Tiedonsiirtoa näkökulmanaan pitävä ohjaaja uskoo, että oppijat onnistuvat oppimisessaan asettamalla tavoitteita ja hankkimalla runsaasti tietoa käsiteltävästä aiheesta. Ohjaaja on asiantuntija, minkä avulla hän välittää innostuksena kuuli-joihin. Ohjaaja käyttää uuden tiedon siirtämisessä ennalta laadittuja sisältörun-koja ja noudattaa niitä mahdollisimman tarkasti. Esitettävä tieto on sellaisessa muodossa, että vastaanottajien on helppo soveltaa sitä eri tilanteisiin myöhem-min. Oppijoilla taas on vastuu oppimisestaan, minkä vuoksi heidän tulee esittää kysymyksiä ja osallistua opetuskeskusteluun. Näkökulman heikkoutena kuitenkin pidetään ohjaajapainotteisuutta, autoritaarisuutta ja liiallista keskittymistä tietosisältöihin, mitä kuulijoiden kysymykset voivat vielä lisätä, jolloin käytännön ongelmien käsittely ryhmässä voi jäädä vähäiseksi (Pratt ym. 2001b 72–73, Pratt 2002, 6–8). Kun ryhmäohjauksessa osa osallistujista aloittaa muutoksen juuri käytännön ongelmista, pelkkä tiedonsiirto ei käynnistä muutosta, vaan tarvitaan opetuskeskusteluja. Näkökulma antaa helposti kuvan, että se on ainoa tapa ymmärtää asioita (Pratt ym. 2001b, 73). Koska tiedon katsotaan olevan

valmiina, esimerkiksi tekstimateriaalina (Pratt 2002, 8), tiedon ei nähdä rakentuvan ryhmäkeskustelussa, johon ryhmäohjaukseen osallistuvat toisivat omat kokemuksensa. Myös tilanteissa, joissa ryhmäohjaukseen osallistuvien tiedon lähtötaso vaihtelee, keskustelun puuttuessa osa osallistujien ongelmista saattaa jäädä pimentoon (Pratt ym. 2001b, 73, Pratt ym. 2007, 51).

Terveyden edistämässä voidaan tavoitteiden, toimenpiteiden ja arvojen perusteella tunnistaa erilaisia malleja (Ewles & Simnett 1995). Tiedonsiirtönäkökulma liittyy kaikkiin näihin malleihin: lääketieteellisesti määriteltyjen sairauksien ehkäisyyn, yhteiskunnallisiin muutoksiin, valistukseen, asenne- ja käyttäytymismuutoksiin tähtääviin ja asiakaskeksisiin terveyden edistämisen malleihin (Ewles & Simnett 1995). Sairauksien ehkäisyyn tiedonsiirtoa voidaan käyttää silloin, kun taudin riskitekijät ovat tiedossa ja osallistujat ovat myöntyväisiä riskien seulontaan ja niiden alentamiseen (Ewles & Simnett 1995). Tyypin 2 diabeteksen ryhmäohjauksessa riskitekijöiden kartoittamiseen käytetään riskipistelomakkeita, BMI- ja vyötärönympäryys- sekä verenpainesuulontaa (Suomen Diabetesliitto 2003a). Yhteisötason terveyden edistämiseen (Ewles & Simnett 1995) tiedonsiirto nivoutuu ryhmäohjausta edeltäviin D2D:n yleisöluentoihin ja lehtiartikkeleihin, joissa taudin ehkäisyä tehdään sosiaalisesti hyväksyttäväksi ja houkuttelevaksi (Saaristo ym. 2009).

Valistusmallin tavoitteena taas on varmistaa osallistujille riittävän laajat tiedot terveyttä koskevan päätöksenteon pohjaksi ja ryhmän osallistujia autetaan tiedon avulla määrittämään omia arvojaan uudelleen, tuetaan elintapoja koskevien muutospäätösten tekemisessä sekä muutoksen toteuttamiseen liittyvissä oppimisprosesseissa (Ewles & Simnett 1995). Ryhmäohjauksessa ohjaaja on asiantuntija, joka osaa soveltaa ruokavaliota, liikuntaa ja käyttäytymisen muutostekniikoita koskevaa tietoa ryhmämuotoisessa vuorovaikutustilanteessa (Arneson & Ekberg 2005, Vehviläinen 2014). Valistusmalliin liittyy myös ohjaajan roolin laajentuminen tiedonhankinnan, tietolähteiden arvioinnin ja valinnan ohjaamiseen (Macdonald 2015). Tiedonsiirtönäkökulma sisältää osia myös asiakaskeksisestä terveyden edistämismallista (Ewles & Simnett 1995). Kun osallistujia motivoidaan muutokseen tiedon avulla, käsitellään osallistujien tiedontarpeita, jolloin ohjaajan kielellisten keinojen taidot ovat tärkeitä (Mitchell ym. 2014, Fu ym. 2015).

Tiedonsiirtönäkökulma sopii painohallinnan ryhmäohjauksen tarkasteluun, koska PPP-mallin ohjaussisällöt perustuvat ylipainoa, metabolista oireyhtymää sekä ravitsemusta ja liikuntaa koskevalle tiedolle (Turku & Heinonen 2005, Turku 2007, Ohjaajaverkko 2015) ja tieto on ohjauksessa ongelmatilanteiden käsittelyn ja neuvojen lähtökohtana (Kiuru ym. 2004). PPP-painonhallinnan ryhmäohjausmalliin sisältyy myös tiedonsiirron varmistaminen materiaalin avulla (Suomen Diabetesliitto 2004, Ohjaajaverkko 2015). Ohjaukselle kuitenkin luo haasteita ryhmäohjauksen ennalta suunniteltu laaja sisältö, tiedon yksityiskohtaisuus sekä tiedonsiirtönäkökulman yksisuuntaisuus. Viime aikoina myös suullisen tiedonsiirron merkitystä elintapaohjauksessa on korostettu, koska osalla väestöstä on vaikeuksia lukea ja tulkita terveystieto (Schechter & Lynch 2011). Tiedonsiirtoa kuitenkin edistää osallistujien tietoisuuden nousu

omasta muutosprosessista, jolloin yksilö käyttää tehokkaasti saamaansa tietoa (Alahuhta ym. 2010). Tiedonsiirtoa sisältävät elintapainterventiot ovat saaneet aikaan muutoksia osallistujien tiedontasossa, ruokavalio- ja liikuntatottumuksissa ja psykososiaalisessa hyvinvoinnissa, mutta tiedonsiirtoa sisältävien interventioiden kehittämisen esteenä on ollut niiden sisällön puutteellinen kuvaaminen (Ghisi ym. 2014).

3.3.2 Toiminnallinen näkökulma

Toiminnallinen näkökulma liittyy uusien taitojen oppimiseen käytännön eri tilanteissa. Ohjausprosessi on yhdistelmä demonstraatiota, mallina olemista, opastamista ja havainnointia, minkä jälkeen ohjattava siirtyy vaiheittain itsenäiseen työskentelyyn. Ohjaus edellyttää samanaikaisesti oikean suoritustavan hallintaa ja taitoa selostaa suoritus niin, että ohjattavat pystyvät sen perusteella jäljittelemään uutta taitoa. Ohjaus tapahtuu asteittain yksinkertaisista taidoista monimutkaisiin siten, että keskeiset taidot omaksutaan. Toiminnallinen näkökulma edellyttää ohjaajalta käytännön hallintaa, kokemusta sekä kiinnostusta ohjata osallistujia uusien taitojen hallintaan (Pratt ym. 2001a, Pratt ym. 2001b, 72–78, Pratt 2002, 5–16).

Ohjaustilanteessa ohjattavien tulee puolestaan havainnoida ohjaajan toimintaa, kuunnella ja toistaa suoritus, koska uuden taidon oppiminen voi tapahtua vain käytännön harjoittelun kautta. Näkökulman vaikeutena pidetään sitä, että harjoitukset edellyttävät autenttista ympäristöä tai sopivia tiloja (Pratt ym. 2001a, Pratt 2002). Oppimiseen liittyy myös identiteetin muutos ohjattavan omaksuessa uusia arvoja, käytäntöjä, uusia kielellisiä ilmaisuja ja keskustelusi-sältöjä. Taitojen kehittymiseen liittyy myös kulttuurisia prosesseja, sosiaalisen yhteisön, oman sosiaalisen roolin ja osallistumisen muutoksia. Osallistumisen kautta tieto yhteisössä siirtyy kokeneilta jäseniltä uusille (Pratt 2002, 9–11). PPP-painohallinnan ryhmäohjausmallissa osallistujia kehoitetaan hakeutumaan alueella toimiviin liikuntaryhmiin, joissa nämä voivat omaksua uusia arvoja, käytäntöjä ja kulttuurisia prosesseja.

Terveyden edistämisen malleista (Ewles & Simnett 1995) toiminnallinen näkökulma ryhmäohjauksessa liittyy valistusmalliin sekä asenteiden ja käyttäytymisen muutokseen tähtäävään malliin. Ohjaaja voi vaikuttaa asenteisiin ja käyttäytymiseen ohjaamalla osallistujia oikeaan liikuntatekniikkaan tai antamalla uusia kokemuksia eri liikuntalajeista. Kansalliset liikuntasuosittelut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013) kansansairauksien ehkäisemiseksi kohdistuvat erityisesti vähän liikkuvaan väestönosaan ja organisaatioiden liikuntakulttuurin muutokseen. Valistusmallissa osallistujia voidaan esimerkiksi ohjata ruoka-aineiden valintaan tai opastaa ruuan valmistamiseen. Asiakaskeskeisyys voi toteutua ryhmän toiminnallisissa harjoituksissa esimerkiksi yksilöllisen opastamisen kautta osallistujan oma-aloitteisuutta tukien (Ewles & Simnett 1995).

Liikuntataitojen oppimisen sisällyttämisestä painohallinnan ohjaukseen voisi olla hyötyä osalle väestöstä. Liikunnallisesti passiivisessa väestönosassa on todettu halukkuutta liikunnan aloittamiseen, mutta se edellyttäisi taitavaa liikunnanohjausta (Rovio ym. 2009). Ylipainoisten ja lihaviiden ohjaamista oike-

aan kävelytapaan on pidetty tärkeänä, koska lihavuus itsessään vähentää kävelemistä (Duru ym. 2008). Oikean sauvakävelytekniikkaan ohjaamista on myös pidetty tärkeänä harjoituksen riittävän tehokkuuden saavuttamiseksi (Fritz ym. 2013). Diabeteksen ehkäisyohjelmiin on sisältynyt kävelytavan ohjaamista, ja ohjaajat ovat saaneet siihen valmennusta (Yates ym. 2012). Myös aerobista intervalliharjoittelua on käytetty painonhallinnan ohjauksessa (Pedersen ym. 2013). Ruoka-aineiden valintaan liittyvien taitojen ohjaamisesta voisi osalle väestöstä hyötyä. Vertailtaessa aktiivisesti ja passiivisesti laihduttavien ruokaostotottumuksia (Paradis & Cabanac 2008) on havaittu, että harkiten tai passiivisesti painoa pudottaneet valitsevat runsaasti maitotuotteita ja lihaa, mutta makeisia, hedelmiä ja vihanneksia kontrolloiden, kun taas aktiiviset painonpudottajat valitsevat runsaskalorisia tuotteita ehkä johtuen siitä, että keho pyrki ylläpitämään heidän alkuperäistä painoaan.

3.3.3 Kehityksellinen näkökulma

Kehityksellisessä näkökulmassa ohjaaja uudistaa oppijan ajattelutapaa ja tietorakenteita. Tämä on haasteellista, koska yksilö käyttää aiempaa tietoa uuden tiedon suodattamiseen ja tulkitsemiseen. Tietorakenteiden muuttamisessa haasteelliset kysymykset, kyseenalaistaminen, esimerkit ja esille nostetut ongelmat ja vastakkainasettelut muodostavat sillan oppijan aiemman ajattelutavan ja uuden tiedon välille (Pratt ym. 2001a, 3, Pratt ym. 2001b, 73–74, Pratt 2002, Pratt ym. 2009, 135). Terveystiedon edistämiseksi kehityksellinen näkökulma liittyy asenteiden ja käyttäytymisen muutokseen (Ewles ja Simnett 1995). Painonhallinnan ryhmäohjauksessa osallistujaa aktivoidaan reflektoimaan aiempia tietorakenteitaan uuden tiedon valossa ja oivaltamaan muutoksien välttämättömyys. Tällöin ohjauksessa perustellaan ylipainon, ruokavalio- ja liikuntatottumusten yhteyksiä metaboliseen oireyhtymään ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn. Tietorakenteiden ja asenteiden muutosta tuetaan ohjauksessa kielellisten keinojen avulla.

Kehitykselliseen näkökulmaan sisältyy myös asiakaskeskeisyys (Ewles ja Simnett 1995, Towle & Godolphin 2011) sekä osallistujien voimaantuminen (Brandstetter ym. 2015). Terveystiedon edistämiseksi voimaantumisen tarkoituksena on prosessia, jonka kautta yksilö saavuttaa kontrollin elintapamuutoksiin liittyvistä päätöksistään, tavoitteistaan ja niihin liittyvistä toiminnoista (Arneson & Ekberg 2005, Koelen & Lindström 2005, Brandstetter ym. 2015). Voimaantumisen aikaansaamiseksi osallistujia autetaan erilaisin menetelmin ja keinoin muutosprosessiin liittyvissä ongelmissa ja näkemään ponnistelujensa tulokset, koska onnistunut muutosprosessiin läpikäyminen vaikuttaa positiivisesti yksilön kontrollin tunteeseen (Koelen & Lindström 2005, Brandstetter ym. 2015). Painonhallinnan ryhmäohjauksessa osallistuja arvioi muutosprosessiaan ja tuo siinä esiin tuen tarpeitaan, joita voidaan ryhmässä käsitellä. Ryhmässä tapahtuvassa voimaantumisen kuvattu seuraavia ilmiöitä: reflektio, tietoisuus ja oivallus, itsensä ohjaaminen ja johtaminen, ryhmäkoherenssi, sosiaalinen tuki ja toiminta, joista sosiaalinen tuki ja ryhmäkoherenssi ovat olleet keskeisiä ryhmän toiminnassa syntyneitä tekijöitä tavoitteiden saavuttamisessa. Ohjaajan voimaantumi-

seen tähtäävät menetelmät ovat käynnistäneet muutosprosesseja sekä yhteisöettä yksilötasolla (Arneson & Ekberg 2005).

Painonhallinnan ohjauksessa näkökulman haasteena ovat PPP-ryhmäohjausmallista ja ruokavaliosuosituksista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014) eroavat lähestymistavat. Haasteena on myös jatkuva ruokavaliota ja liikuntaa koskevan tiedon uudistuminen. Sekä välimerellinen, proteiinipitoinen että vähärasvainen ruokavalio ovat todettu tehokkaiksi painonhallinnassa, mutta vähähiilihydraattiseen ja runsaasti eläinproteiinia sisältävään ruokavalioon liittyy tyydyttyneen rasvan suuri määrä, kolesterolin nousu sekä munuaisten ja maksan toiminnan kuormittumisvaara (Walker ym. 2010). Tämän kaltaisia ongelmia voidaan hyvin käsitellä ohjauksessa, jossa ryhmäkeskustelut toimivat tietorakenteiden muovaajina ohjaajan tuodessa esiin uutta tietoa, edistäessä reflektiota ja vahvistaessa uusia tietorakenteita ryhmässä (Pratt ym. 2007, 53–54). Koska painonhallintaryhmään osallistujilla voi olettaa olevan aiempia painonhallintayrityksiä ja niiden pohjalta erilaisia tietorakenteita, edellytetään ohjaajalta hyviä ryhmänohjaustaitoja, tiedon käsittelyä ja kielellisten keinojen käyttöä. Ohjauksen sosiaalisen ympäristön tulee olla osallistujalle myös turvallinen, jotta tämä rohkenisi käsittelemään ryhmässä tietorakenteitaan (Pratt ym. 2007, 54).

3.3.4 Huolenpidollinen näkökulma

Huolenpidollisesta näkökulmasta keskeistä ohjauksessa on yksilön minäkuvan eheyden säilyttäminen ja itseluottamuksen tukeminen. Ohjauksessa pyritään tasapainoon haasteiden asettamisen, tuloksiin kannustamisen ja psykososiaalisen tuen välillä. Tavoitteena on yksilön itseohjautuvuuden lisääntyminen. Motivaatiota pidetään yllä itseluottamusta tukemalla, epäonnistumisen pelkoa vähentämällä ja eliminoimalla aiempien muutosta estävien kokemusten vaikutus. Ohjauksessa nähdään tärkeänä luottamuksellinen ilmapiiri, vuorovaikutteisuus, yhteisöllisyys, tunteiden ilmaisu ryhmässä ja vertaistuki. Sekä tiedollisiin että emotionaalisiin tarpeisiin on tärkeä vastata. Ohjauksessa korostuu yksilöllinen eteneminen, osallistujan itsetuntemuksen lisääntyminen, rohkaisu, ponnistelujen tukeminen ja niiden palkitseminen. Osallistujan osuutta tuloksissa korostetaan. Ohjaajan voi olla vaikea liikkua tavoitesuuntautuneen ohjauksen ja huolenpidon välillä, ja ryhmän hallinta voi myös muodostua haasteelliseksi, jos siinä on hyvin erilaisia tai useita paljon tukea vaativia osallistujia. Vaarana on, että yksilöltä vaaditaan liian nopeaa etenemistä (Pratt ym. 2001b, 76–78, Pratt 2002, 11–12, Pratt ym. 2007, 54–56).

Terveyden edistämisessä huolenpito toimii vahvasti asiakaslähtöisen mallin mukaisesti; ohjaus toimii osallistujien ehdoilla ja heidän kanssa yhteistyössä, ohjauksessa tartutaan siihen ja tuetaan sitä, mitä kysymyksiä ja valintoja osallistujat nostavat ryhmässä esiin (Ewles & Simnett 1995). Ryhmäohjaaja huolehtii kokoontumisten ulkoisista puitteista, järjestelyistä, yhteisöllisyyden rakentamisesta ryhmässä, ryhmän dialogisesta toimintatavasta, keskustelujen sisällöstä, tiedostavasta ja reflektiivisestä oppimisesta muutoksessa ja tunteiden peilaamisesta ryhmässä (Vehviläinen 2014). Ohjaajan sosiaaliseen toimintaan liittyviä ominaisuuksia ovat vuorovaikutustaidot, kielellisten keinojen käyttö muutok-

sen tukemisessa, ulospäinsuuntautuneisuus, palveluhalukkuus, joustavuus ja stressinsietokyky (Makinen ym. 2007, 452).

Kielellisiä keinoja ovat kuuntelu, viestin tulkinta, uudelleen muotoilu, kannustus, rohkaisu, positiivinen palaute ja kehoitus palkita itseään (Kääriäinen 2008, Danby ym. 2009, Alahuhta 2010, Jeoung ym. 2014, Eisenberg ym. 2015). Empatia on keskeinen osa ohjausstrategioita, se antaa ohjaajalle mahdollisuuden kokea hetkellisesti ohjattavan roolin ja ymmärtää kokemusten merkityksen (Clark 2010, Jeoung ym. 2014, McEvoy & Plant 2014, Eisenberg ym. 2015). Vaikka empatia luo perustan merkitykselliselle vuorovaikutukselle (Jeoung ym. 2014, McEvoy & Plant 2014), sillä ei kuitenkaan aina ole havaittu olevan yhteyttä ohjaukseen sitoutumiseen (Rodewald 2012). Kielellisiin keinoihin liittyy myös nonverbaalinen viestintä (Jeoung ym. 2014).

3.3.5 Sosiaalinen uudistuminen

Sosiaalisen uudistumisen näkökulmasta ohjauksella pyritään enemmän yhteisölliseen kuin yksilölliseen muutokseen. Ohjauksessa pidetään yhteiskunnan rakenteellisia ja laaja-alaisia yhteisöllisiä muutoksia keskeisinä, ja ohjaus toimii sosiaalisen muutoksen välineenä. Koska yhteiskunnallisten muutosten lähtökohta vaihtelee, näkökulma ei sisällä vakiintuneita luonteenpiirteitä tai strategioita, mutta liittyy läheisesti ohjaukseen osallistuvien elämään. Tavoitteena on, että yhteisön jäsen omaksuu uuden ideologian, joka ohjaa tämän elämänmuutosta. Osallistujilta odotetaan aktiivisuutta muuttaa myös yhteisöään. Ohjauksen sisällöt vaihtelevat yhteiskunnan muutostarpeiden mukaisesti, esimerkkeinä tästä ovat Naisten terveystyö, Äidit vastaan päihtyneenä ajavat - tai HIV-tietoisuus-liikkeet (Pratt 2002, 13–14).

Ohjaajan ammatillinen identiteetti liittyy läheisesti yhteisössä toivottuun muutokseen, ja ohjaaja toimii sen puolestapuhujana. Ohjauksessa tavoite on kannustaa osallistujia kriittiseen ajatteluun ja uuden tiedon etsimiseen. Ohjaaja tulkitsee ympäröivää maailmaa ohjattavilleen ja tuo yksiselitteisesti esiin tarvittavat muutokset. Ohjauskeskustelut ovat sidoksissa muutoksen päämääriin, ei tietoon sinänsä tai siihen, miten tieto on syntynyt (Pratt 2002, 13–14).

Painonhallinnan ohjauksen yhteiskunnallinen näkökulma liittyy ylipainosta johtuvaan tyyppin 2 diabeteksen lisääntymiseen, josta aiheutuu yhteiskunnalle hoidon järjestämistä, kustannuksia ja taloudellista taakkaa, mihin ohjaaja voi olla sitoutunut ja pyrkiä painonhallinnan edistämiseen toivottujen käyttäytymismuutosten saamiseksi väestössä. Yksilötasolla ohjaaja voi nähdä tyyppin 2 diabeteksen myös osallistujien elämänlaatua alentavana tekijänä. Ohjaaja voi ottaa aktiivisesti kantaa epäterveellisen ruuan mainontaan, ravitsemukseen liittyviin asenteisiin esimerkiksi joukkoruokailussa ja pyrkiä muuttamaan yhteisön mielipiteitä.

3.3.6 Prattin ohjausnäkökulmien käyttö ohjauksessa

Prattin viiden eri ohjausnäkökulman etuna on nähty sen tarjoama ohjauksen ja opetuksen monipuolisuus (Cable ym. 2012). Ohjausnäkökulmia koskevissa tut-

kimuksissa on havaittu, että vallitsevia näkökulmia opetuksessa tai ohjauksessa on yleensä ollut yksi tai kaksi ja väistyviä yksi (Hunt ym. 2008, Danhoff 2012, Wang 2012, Hyndman 2014). Vallitseva näkökulma on vaihdellut eri tutkimuksissa koulutusalan, -asteen tai tieteenalan mukaan (Rowbotham 2007, Deggs ym. 2008, Alschuler 2012, Danhoff 2012, Wang 2012, Hyndman 2014) ja osittain tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Toiminnallinen (Deggs ym. 2008) ja toisaalta kehityksellinen (Danhoff 2012) näkökulma ovat olleet vallitsevia yliopistoissa, tiedonsiirto-näkökulman käyttö on taas ollut yleisempi keskiasteen koulutuksessa verrattuna muihin koulutustasoihin (Clarke & Jarvis-Selinger ym. 2005). Sosiaalialan koulutuksessa vallitsevana on ollut kehityksellinen näkökulma ja sen rinnalla toiminnallinen näkökulma (Danhoff 2012). Eri näkökulmia sisältävä, avoin dialogi on nähty ratkaisevana tekijänä kriittisen ajattelun kehittymisessä (Danhoff 2012).

Huolenpidollisen näkökulman käyttöön on liittynyt opetuksen ja ohjauksen mukauttaminen, jolloin opetuksen organisointiin, selkeyteen ja opettajan tukeen on oltu tyytyväisiä samalla kun sitoutuminen ja tehtäväorientoituneisuus ovat lisääntyneet (Rowbotham 2007). Taitojen oppimisessa toiminnallinen näkökulma on ollut yleisin (Alschuler 2012). Verrattaessa valmistuneita liikunnanopettajia ja liikunnanopettajiksi opiskelevia on havaittu, että molemmissa ryhmissä vallitsevin näkökulma on ollut huolenpidollinen näkökulma ja sosiaalinen uudistuminen väistyvin (Hyndman 2014). Kuitenkin kokeneet opettajat ovat käyttäneet opettajiksi opiskelevia enemmän toiminnallista, kehityksellistä ja sosiaalisen uudistamisen näkökulmaa (Hyndman 2014). Opettajaksi opiskelevat ovat pitäneet tunnetaitojen kehittämistä tärkeänä opetuksessa, mutta kiinnittäneet vähän huomiota yhteisön muutokseen ja ajattelun kehittymiseen (Wang 2012). Koulutuksen avulla eri näkökulmien käyttöä ohjauksessa on kuitenkin voitu laajentaa (Hyndman 2014). Näkökulmien käyttö on laajentunut toiminnallisen ja kehityksellisen (Hyndman 2014), mutta myös tiedonsiirto-näkökulman suuntaan (Wang 2012). Opiskelijat ovat pitäneet toiminnallista sekä huolenpidollista näkökulmaa opetuksessa tiedonsiirtonäkökulmaa suosituimpina (Hunt ym. 2008).

3.4 Ohjausnäkökulmien yhteydet muutosvaihemalliin

Transteoreettisessa muutosvaihemallissa tiedon antamista käytetään kaikissa muutosvaiheissa yksilön tietoisuuden lisäämiseen ja motivointiin. Esiharkintavaiheessa yksilö tulee ohjauksessa tietoiseksi tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöistä, taudista ja sen liitännäissairauksista. Tässä vaiheessa yksilöllisiin tiedon tarpeisiin vastaaminen on tärkeää ja osallistujien kysymyksille tulisi ohjauksessa varata aikaa. Harkintavaiheessa tieto auttaa yksilöä refleктоimaan omaa käyttäytymistään, havaitsemaan siinä muutostarpeita sekä arvioimaan mahdollisen muutoksen vaikutuksia terveyteen ja tulevaisuuteen. Tieto auttaa yksilöä vertailemaan muutoksesta aiheutuvia hyötyjä ja haittoja, ja sen avulla yksilöä voidaan auttaa näkemään, mistä muutos on helpointa aloittaa. Valmiusvaiheessa

yksilön muutospäätöstä ja sitoutumista uuteen käyttäytymiseen voidaan vahvistaa kielellisin keinoin. Suunnitelman laatimisessa yksilö tarvitsee tietoa ravitsemus- ja liikuntasuosituksista, tarvittavista taidoista, vaihtoehtoisista käyttäytymismalleista ja tavoista kontrolloida ympäristöstä tulevia ärsykeitä. Toimintavaiheessa muutoksesta tullut palautetieto ohjaa yksilöä korjaamaan toimintaansa, mihin hän tarvitsee taas tietoa uusista vaihtoehdoista. Palautetiedon määrää voidaan lisätä omaseurantaan ohjaamisella. Taantumavaiheissa yksilö saa tietoa omasta käyttäytymisestään, tunteistaan ja aiempiin tottumuksiin palaamiseen johtaneista ympäristötekijöistä, mitä voi hyödyntää vastaavissa tilanteissa myöhemmin. Ylläpitovaiheessa yksilö käyttää tietoa uusien tavoitteiden asettamiseen ja mahdolliseen toiminnan korjaamiseen (Ks. Pratt ym. 2001b 72–73, Pratt 2002, 6–8, Prochaska & Norcross 2003, 516–523).

Toiminnallisen näkökulman käyttö ohjauksessa voi tarjota osallistujalle valmiin toteuttamismallin, mikä edistää osallistujan siirtymistä harkintavaiheesta valmiusvaiheeseen. Toiminnallinen näkökulma ohjauksessa voi olla osalle osallistujista luonteenomainen ja toivottu. Toimintavaiheessa fyysinen rasitus liikunnassa antaa osallistujalle onnistumisen kokemuksen ja tuottaa välittömästi muutosta edistävän, rentouttavan ja positiivisia tunteita sisältävän olotilan. Harjoittelussa osallistuja saa myös palautetta tekniikastaan ja etenee sen avulla muutoksessaan. Toimintaan liittyvä yhteisöllisyys voi lisätä osallistumisaktiivisuutta ja tukea ongelmatilanteiden ratkaisuisissa. Toiminnallisia harjoituksia voidaan painonhallinnan ohjauksessa soveltaa myös ruokaostoksiin ja ruuan valmistamiseen (Ks. Pratt ym. 2001a, Pratt 2002, 9–11, Prochaska & Norcross 2003, 519–523).

Kehityksellinen näkökulman käyttö ohjauksessa liittyy harkinta-, -valmius- ja toimintavaiheisiin yksilön käsitellessä uutta tietoa. Harkintavaiheessa tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöitä koskevien tietorakenteiden muutokset motivoivat osallistujaa muutokseen ja valmiusvaiheessa selkeät tietorakenteet taudin ehkäisykeinoista vahvistavat päätöksentekovaihetta. Toimintavaiheessa keinoja koskevien tietorakenteiden uusiutuminen mahdollistaa oikeiden valintojen tekemisen ja suositusten mukaisten toimintamallien käytön. Omaseuranta koskevien tietorakenteiden muutokset edistävät kontrollia, arviointia ja motivoivat ylläpitämään muutosta. Kehityksellisen näkökulman käyttö vahvistaa muutosta koskevia periaatteita ja selkeyttää toimintojen monitahoisuutta (Pratt ym. 2001b, 73–74, Pratt 2002, 8–9, Prochaska & Norcross 2003, 516–522).

Huolenpidollinen näkökulma tarkoittaa harkintavaiheessa rohkaisua tarkastelemaan omia tottumuksia, riskitekijöitä ja aiempia muutosyrityksiä sekä kannustamista arvioimaan muutoksen hyötyjä ja esteitä. Valmiusvaiheessa yksilöä kannustetaan muutospäätöksen tekemiseen. Tavoitteiden laatimisvaiheessa varmistetaan, että haasteet ovat suhteessa yksilön voimavaroihin. Asettettujen tavoitetasojen tulee olla selkeitä seurannan ja arvioinnin helpottamiseksi. Toimintavaiheessa varmistetaan, että yksilö saa riittävästi tukea ponnisteluissaan muutoksen toteuttamiseksi, hyväksyy aiempiin tottumuksiin palaamisen muutokseen kuuluvaksi eikä keskeytä muutosta ja löytää korvaavia toimintoja. Yksilöä tuetaan tilanteissa, joissa ärsykekontrolli ei ole toiminut, ja aute-

taan etsimään siihen uusia keinoja. Itseohjautuvuutta tuetaan asteittain ja osallistujaa ohjataan etsimään tukea läheisiltään, ympäristöstään ja palkitsemaan itseään saavutuksistaan. Itseluottamusta vahvistetaan antamalla positiivista palautetta ponnisteluista ja tehdyistä muutoksista. Eteen tulevia ongelmia kuunnellaan ja korjaava palaute annetaan rakentavasti. Yksilöä tuetaan oma-seurantaan ja muutoksen arviointiin. Ryhmäohjauksessa osallistujat voivat rohkaista, kannustaa ja antaa positiivista palautetta toisilleen (Ks. Pratt ym. 2001b, 76–78, Pratt 2002, 11–12, Prochaska & Norcross 2003, 516–527, Pratt ym. 2007, 54–56).

Sosiaalisen uudistumisen näkökulmasta painonhallinta merkitsisi yhteiskunnallisen tietoisuuden nousua sekä terveydenhuollon ammattilaisissa että väestössä, jolloin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn toimenpiteet lisääntyisivät yhteiskunnassa sen eri toimialoilla, kuten liikunta- ja terveystoimessa, joukkoruokailusta vastaavissa yksiköissä sekä vapaaehtoisjärjestöissä. Toivottuina seurauksena olisi perheiden ja yhteiskunnan eri tahojen vastuun kasvaminen taudin ehkäisyssä. Ohjauksen tavoitteena olisi syvälinen ajattelutavan, elintapojen ja toiminnan muutos ihmisten arjessa (Pratt 2002, 13–14).

Prattin (2002) viidessä ohjausnäkökulmassa ohjaajan rooli on keskeinen, jopa autoritaarinen, erityisesti tiedonsiirrossa. Nykyisin painonhallintaan liittyvää tietoa on helposti saatavilla eikä ohjaajaa aina tarvita sen siirtämiseen. Sen sijaan, ryhmäohjauksessa olisi hyvä käsitellä osallistujien ongelmalliseksi kokemaa tietoa. Mallissa tiedon soveltaminen taas jää osallistujalle, kun painonhallinnan ryhmäohjauksessa on tarkoitus tukea tiedon soveltamista osallistujan arkeen (Hansen ym. 2014). Mallin toiminnallinen näkökulma kuvaa paljon ammatillisen taidon siirtämistä yksilötilanteessa, kun painonhallinnassa korostuvat yhteishenkeä korostavat ryhmämuotoiset interventiot (Gray ym. 2013).

Useissa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksissa (liite 1) on käytetty sosiokognitiivista lähestymistapaa, joka korostaa tietoa muutoksen lähtökohtana ja osallistujan vastuuta ryhmän yhteisen tiedon rakentamisessa. Kuitenkin ohjaajien tiedonsiirrosta osallistujien muutosprosesseissa tai osallistujien osallistumisesta ohjaustapahtumaan on hyvin vähän tutkimustietoa samoin kuin virheellisten tietorakenteiden muuttamisesta ohjauksessa (liite 1). Suurimpaan osaan tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn liittyviin painonhallinnan ryhmäohjauksiin on sisällynyt tavoitteiden laatiminen, mutta tavoitteiden laatimiseen ohjaamista ei ole kuvattu (liite 1). Tutkimusten johtopäätöksissä (liite 1) on painotettu muutoksen omaseuranta ja itsearviointia, mutta niihin ohjaamisesta ja tukemisesta on vähän tietoa.

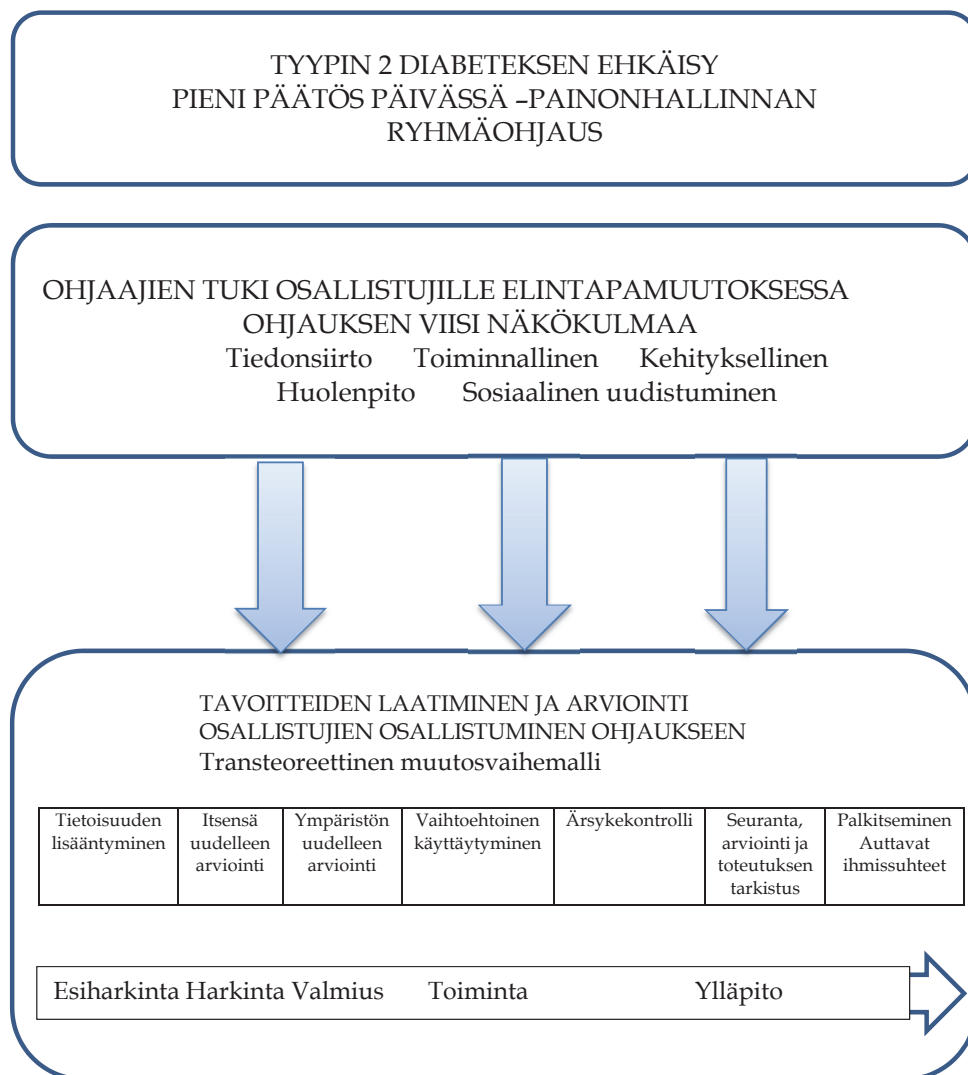
3.5 Yhteenveto ohjausnäkökulmista ja elintapamuutoksesta

Koska tyyppin 2 diabetes lisääntyy ikääntymisen myötä, ehkäisytoimenpiteitä kannattaa suunnata erityisesti ikääntyvien väestönosaan. Tällöin ohjauksessa on huomioitava menetelmien ja keinojen soveltuvuus tälle ryhmälle. Vaikka Prattin (2002) ohjausnäkökulmilla on vahva kasvatustieteellinen tausta ja mallia

on sovellettu eniten luokkaopetukseen, sitä on käytetty aikuisopiskelussa ja mallin näkökulmat suurelta osin kattavat PPP-päivässä ryhmäohjausmallin. Malli soveltaminen sisältää tiedon jakamisen tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöistä, itse taudista ja mahdollisuuksista ehkäistä tai siirtää taudin puhkeaminen. PPP-ryhmäohjausmallissa osallistujien aiempia tietorakenteita hyödynnetään uuden tiedon lisäämisessä.

Prattin (2002) toiminnallisen näkökulman käyttö tarkasti mallin mukaisena, henkilökohtaisena ohjauksena, on aikaa vievää ja kallista, minkä vuoksi sitä voidaan käyttää ryhmäohjauksessa vain soveltaen. Kuntotestit ja liikuntaohjaus vastaavat Prattin (2002) toiminnallista näkökulmaa, mutta toiminnallinen näkökulma voisi olla laajempikin, käsittäen esimerkiksi ruoka-aineiden valintaa, ostospäätöksiä ja ruuan valmistusta. Kehityksellinen näkökulma PPP-ryhmäohjausmallissa tulee selvästi esiin; osallistujalta edellytetään muutossuunnitelman laadintaa, toteutusta, sen seuranta ja itsearviointia. Myös PPP-mallin vastakkaisista, aiemmista painonhallintaan liittyvistä tietorakenteista tulee ryhmäohjauksessa luopua.

PPP-ryhmäohjausmallissa ohjaajien ja osallistujien välisten ryhmäkeskustelujen katsotaan toimivan osallistujien tukena. Kuitenkaan keskustelujen antama tuki ei vastaa Prattin (2002) huolenpidollisen näkökulman tarkoittamaa ohjaajan yksilöllistä tukea osallistujalle. Prattin (2002) mallissa ohjaus on yksilöllisempää kuin ryhmäohjauksessa. Pienessä ryhmässä ohjaaja voi kuitenkin tuntee osallistujan voimavarat ja voi siten sovittaa muutostavoitteet ja toimintasuunnitelma niihin. Tutkimuksen teoreettinen lähestymistapa, joka sisältää Prattin (2002) ohjausnäkökulmat ja transteoreettisen muutosvaihemallin (Prochaska & Norcross 2003), on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1 Tutkimusasetelma. Osallistujien elintapamuutoksien tukeminen painonhallinnan ryhmäohjauksessa.

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten ohjaajat tukevat osallistujien elintapamuutoksia PPP- painonhallinnan ryhmäohjauksessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä kahdessa eri ryhmässä. Osallistujien muutoksen kuvaamisessa käytettiin transteoreettista muutosvaihemallia. Tutkimuksessa saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää ryhmäohjauksen kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten ohjaajien ohjausnäkökulmat ilmenivät heidän uskomuksissa, tarkoituksissa ja toiminnassa osallistujien elintapamuutosten tukemisessa ryhmäohjauksessa kahdessa eri ryhmässä?
2. Miten ohjaajat käyttivät ohjausaikaa ryhmäohjauksessa?
3. Miten osallistajat olivat mukana ohjauskeskusteluissa?
4. Miten ohjaajat tukivat osallistujien tavoitteiden laadintaa elintapamuutosten tukemisessa?
5. Miten ohjaajat tukivat osallistujien tavoitteiden arviointia elintapamuutosten tukemisessa?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA ANALYYSI

5.1 Aineiston keruu ja aineisto

5.1.1 Videoaineiston keruu

Aineisto muodostui painonhallinnan ryhmäohjauksen 17 kokoontumiskerran videotallenteista. Tallenteet muodostuivat kahden ryhmän kokoontumisista, joihin osallistui yhteensä 30 henkilöä ja kolme ohjaajaa. Ryhmän 1 videoaineisto muodostui kahdeksasta ja ryhmän 2 videoaineisto yhdeksästä kokoontumisesta. Yhden ryhmäkokoontumisen kesto oli molemmissa ryhmissä 90 minuuttia. Tämä aineiston keruumenetelmä valittiin, koska videoimalla saatiin tietoa todellisesta tilanteesta (Silverman 2013, 57, 132–136). Kokoontumisten kaikki videoinnit suoritti tutkija. Aineiston keruu toteutettiin kahdessa D2D-hankkeen painonhallinnan ryhmäohjausinterventiossa, joista tutkija sai tietoa ehkäisyohjelman suunnitteluvaiheessa. Molempien ryhmien interventiot toteutettiin Diabetes- ja Sydänliiton laatiman ”Pieni päätös päivässä” -painonhallinnan ryhmäohjauksen (PPP) (liitteet 4 ja 5) mukaisesti, johon kaikki kolme ohjaajaa olivat saaneet koulutuksen. Ohjaajista fysioterapeutilla ja liikunnanohjaajalla oli aiempaa kokemusta ryhmien ohjaamisesta ja sairaanhoitajalla pitkä kokemus yksilöohjaamisesta, joten ohjaajien aiemman kokemuksen perusteella aineiston katsottiin olevan edustava ja antavan monipuolista tietoa (ks. Silverman 2013, 154–155).

Aineiston keruu ryhmässä 1

Perusterveydenhuollon ryhmää (R 1) varten saatiin sosiaali- ja terveyslautakunnan kirjallinen lupa mennä ryhmän ensimmäiseen kokoontumiseen kertomaan tutkimuksesta ja pyytämään osallistujilta lupaa kokoontumisten videointiin. Kaikilta osallistujilta saatiin kirjalliset suostumukset videointiin sekä mitaus- ja laboratoriotulosten saamiseksi terveyskeskuksesta. Ryhmässä oli kaksi ohjaajaa: sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Ohjaajien kanssa tutkimuksesta oli keskusteltu etukäteen ja saatu kirjalliset suostumukset videointia varten. Ryhmä 1 kokoontui terveyskeskuksen tiloissa aluksi kahden viikon välein neljä ker-

taa, sen jälkeen kuukauden välein neljästi ja seurantakäynnille 11 kuukautta aloituksesta, yhteensä yhdeksän kertaa, joista kahdeksan videoitiin. Videoimatta jätettiin yksi kokoontumiskerta, joka oli ravitsemusasiantuntijan luento, sekä kävelytesti, jonka toteutti liikuntatoimi, ja kahden kokoontumisen päätteeksi eri tiloissa suoritettavat lihaskuntotestit (taulukko 1).

Ryhmän 1 kymmenen osallistujaa olivat valikoituneet riskipisteiden perusteella lääkäreiden vastaanotolta tai työterveyshuollosta hankkeen sairaanhoitajalle, jonka ehdotuksesta osallistujat tulivat painonhallintaryhmään. Osallistujien muutosvaiheen mahdollinen arviointi ei tullut esille enää ryhmän alkessa. Osallistujien paino, verenpaine ja vyötärönympäryys mitattiin jokaisella kokoontumiskerralla. Osallistujille tehtiin ryhmän alkuvaiheessa lihaskunto- sekä kävelytesti ja puolen vuoden kuluttua lihaskuntotesti uusittiin. Osallistujilla oli mahdollisuus käydä veren sokeri- ja rasva-arvojen kontrollimittauksissa ennen viimeistä kokoontumista (taulukko 1).

TAULUKKO 1 Painonhallintaryhmä 1 ja 2 (n, ka, %).

	<u>Ryhmä 1</u>	<u>Ryhmä 2</u>
Taustaorganisaatio	Terveyskeskus	Kansalaisopisto
Osallistujamäärä	10	20
Keskeyttäneiden määrä	2	5
Ohjaajien määrä	2	1
Ulkopuolinen ohjaaja (kerta)	1	3
Kokoontumiskerrat	9	13
Seurantakokoontuminen	11 kk aloituksesta	8 kk aloituksesta
Kokoontumisen kesto	90 min	90 min
Videoidut kokoontumiset	8	9
Paino, VY ja verenpainemittaus	jokaisella kerralla	kaksi kertaa
Riskipistelomakkeen täyttö	ennen aloitusta	2. kokoontumisessa
Lihaskuntotesti	kaksi kertaa	ei suoritettu
Kävelytesti	kerran	ei suoritettu
Osallistujia/ohjauskerta, vaihteluväli	2 (20%)-8 (80%)	4 (20%)-17 (85%)
Osallistumiskerrat/osallistuja ka.	5,2	7,25
Osallistumiskerrat, naiset ka.	5,2	5
Osallistumiskerrat, miehet ka.	5	11

Kokoontumisiin osallistui kerrallaan keskimäärin kuusi osallistujaa osallistujien määrän vaihdellessa kahden ja kahdeksan osallistujan välillä. Yksi osallistuja osallistui ryhmään keskimäärin viisi kertaa. Ryhmän viidessä ensimmäisessä kokoontumisessa oli läsnä 6-8 osallistujaa, mutta neljässä viimeisessä vain 3-5 osallistujaa. Osallistuminen keskittyi kolmelle osallistujalle, jotka osallistuivat 7-8 kertaa yhdeksästä kokoontumisesta. Ryhmäohjauksen keskeytti yksi osallistuja, jonka osallistumiskerrat laskettiin kuitenkin mukaan (taulukko 1).

Aineiston keruu ryhmässä 2

Kansalaisopiston ryhmää (R 2) varten saatiin sen rehtorilta suullinen lupa mennä ryhmän ensimmäiseen kokoontumiseen, jossa tutkija kertoi tutkimuksen tarkoituksesta ja pyysi osallistujilta lupaa kokoontumisten videointeihin. Kaikilta osallistujilta saatiin kirjallinen suostumus kokoontumisten videointiin. Ryhmää ohjasi liikunnanohjaaja. Ryhmässä oli 20 osallistujaa, jotka tulivat ryhmään suoraan lehdessä ja eri paikoissa esillä olleen ilmoituksen perusteella. Paikkakunnalla oli ennen ryhmän aloittamista ollut yleinen D2D-hankkeen tiedotustilaisuus. Muutosvaiheen tunnistamista ei käytetty ryhmän muodostamisessa. Ryhmä kokoontui kunnan liikuntatoimen tiloissa viikon välein neljän kuukauden ajan ja sen jälkeen seurantakäynnille kahdeksan kuukauden kuluttua aloituksesta, yhteensä kolmetoista kertaa, joista videoitiin yhdeksän kokoontumiskertaa. Videoimatta jätettiin ulkona tapahtunut yhden kokoontumisen lopussa toteutunut sauvakävelyohjaus, julkisissa tiloissa pidetty kuntosali- ja uintiohjaus, jossa oli ulkopuolinen ohjaaja, yksi opiskelijan pitämä ohjauskerta sekä viimeinen, ohjauskerta yleisessä kuntosalissa (taulukko 1).

Ryhmän 2 osallistajat täyttivät diabeteksen riskipistetestin toisella kokoontumiskerralla ja saadun tuloksen perusteella heillä oli mahdollisuus hakeutua terveystieteiden keskuksen hoitajan vastaanotolle. Ryhmässä 2 mitattiin paino, vyötärönympäryys ja verenpaine kahdesti. Kokoontumisiin osallistui kerrallaan keskimäärin 11 osallistujaa osallistumisaktiivisuuden vaihdellessa kokoontumiskerroittain neljän ja seitsemäntoista osallistujan välillä. Ensimmäisissä kahdessa kokoontumisessa oli 17 osallistujaa ja seuraavissa seitsemässä kokoontumisessa 9–15 osallistujaa. Uimahallille järjestettyyn kokoontumiseen tuli seitsemän ja viimeiseen kokoontumiseen kuntosalille neljä osallistujaa. Yksi osallistuja osallistui ryhmäohjaukseen keskimäärin seitsemän kertaa osallistumisten keskittyessä kymmenelle osallistujalle, jotka osallistuivat 8–12 kertaa 13 kokoontumisesta. Viisi osallistujaa keskeytti ryhmän. Heidän osallistumiskertansa kuitenkin laskettiin mukaan (taulukko 1).

5.1.2 Aineiston kuvaus

Ryhmän 1 osallistujista naisia oli yhdeksän ja miehiä yksi. Ryhmän keski-ikä oli 49 (keskihajonta 9.0) vuotta. Kaikki osallistajat olivat keskisuuresta kunnasta. Kuusi osallistujaa kävi työssä, kaksi oli eläkkeellä, yksi työttömänä ja yksi osallistuja opiskeli. Osallistujien diabetesriskipisteiden keskiarvo oli 15 ja BMI:n keskiarvo 33. Ryhmästä lievästi ylipainoisia oli kolme (BMI 25–29), merkittävästi ylipainoisia kolme (BMI 30–34) ja neljällä oli vaikea ylipaino (BMI 35–39). Ryhmän vyötärönympäryyksen keskiarvo oli 104 cm ja verenpaineen 146/91. Seerumin kolesterolin keskiarvo ryhmässä 1 oli 5,23; LDL-kolesterolin keskiarvo 3,23, HDL-kolesterolin keskiarvo 1,41, Triglyseridien keskiarvo 1,32 ja paastoverensokerin keskiarvo 5,53 (taulukko 2).

Ryhmän 2 osallistujista 17 oli naisia ja kolme miehiä. Ryhmän keski-ikä oli 54 (keskihajonta 11.1) vuotta. Osallistujista 18 oli keskisuuresta kunnasta, yksi pienestä maaseutukunnasta ja yksi suuresta kaupunkikunnasta. Osallis-

tujista kävi työssä seitsemän, eläkkeellä oli kymmenen ja työttömänä kolme. Osallistujien diabetesriskipisteiden keskiarvo oli 16, joka oli lähes sama kuin ryhmässä 1 ja BMI:n keskiarvo 33, joka oli sama kuin ryhmässä 1. Ryhmästä lievästi ylipainoisia oli kaksi (BMI 25-29), merkittävästi ylipainoisia kaksitoista (BMI 30-34) ja kuudella oli vaikea ylipaino (BMI 35-39). Ryhmän vyötärön ympäryksen keskiarvo oli 103 cm, joka oli lähes sama kuin ryhmässä 1 ja verenpaineen 142/85. Seerumin kolesterolin keskiarvo ryhmässä 2 oli 4,68 ja LDL-kolesterolin 2,66, jotka molemmat olivat matalampia kuin ryhmässä 1. HDL-kolesterolin keskiarvo oli 1,46, joka taas oli hieman korkeampi kuin ryhmässä 1. Triglyseridien keskiarvo oli 1,74, joka oli korkeampi kuin ryhmässä 1 ja paastoverensokerin keskiarvo 5,83, joka myös oli korkeampi kuin ryhmässä 1. Molemmissa ryhmissä osalla osallistujista oli kolesterolilääkitys (taulukko 2).

Ryhmätoiminta toteutui molemmissa ryhmissä PPP-painonhallinnan ryhmäohjausmallin mukaisesti ja muodostui ryhmässä 1 kokoontumisten järjestelyistä, luennoista, opetuskeskusteluista, osallistujien itsearviointikierroksista, kotitehtävien antamisesta ja niiden tarkistamisesta, liikuntaosioista sekä verenpaine-, paino- ja vyötärön ympärysmittauksista (liitteet 4 ja 5). Ryhmässä 2 ryhmätoiminta koostui järjestelyistä, luennoista, opetuskeskusteluista, kotitehtävistä, pienryhmätyöskentelystä ja liikuntaosioista. Sosiodemografiset tiedot, laboratoriokoetulokset sekä painoa, vyötärön ympärystä ja verenpainetta kuvaavat tunnusluvut saatiin joko ohjaajilta, osallistujilta tai terveystieteiden keskeisestä (liite 4).

TAULUKKO 2 Osallistujia koskevat tiedot ryhmissä 1 ja 2.

	Ryhmä 1	Ryhmä 2
Osallistujien määrä	10	20
Naisia	9	17
Miehiä	1	3
Ikäryhmä:		
21-30 vuotta	0	1
31-40 vuotta	1	1
41-50 vuotta	4	2
51-60 vuotta	4	9
61-70 vuotta	1	7
Keskiarvo	49	54
Asuinkunta		
Suuri kaupunkikunta (75 000 asukasta tai yli)		1
Keskisuuri kunta (10 000 – 4999 asukasta)	10	18
Pieni maaseutukunta (alle 10 000 asukasta)		1
Työssä	6	7
Työtön	1	3
Eläkkeellä	2	10
Opiskelija	1	0
Riskipisteet ka. (15-20 korkea)	15	16
Lievä ylipaino (BMI 25-29 kg/m ²)	3	2
Merkittävä ylipaino (BMI 30-34 kg/m ²)	3	12
Vaikea ylipaino (BMI 35-39 kg/m ²)	4	6
BMI ka.	33	33
Vyötärön ympäryys ka.	104	103
Verenpaine ka.	146/91	142/85
S-Kol ka.	5,23	4,68
LDL-Kol ka.	3,23	2,66
HDL-Kol ka.	1,41	1,46
Triglyseridit ka.	1,32	1,74
Paastoverensokeri ka.	5,53	5,83
Osallistujien tulosodotukset:	19	31
Painon aleneminen	4	14
Pysyvä painon pudotus tai painonhallinta	2	5
Verenpaineen aleneminen	3	5
Veren rasva-arvojen aleneminen	2	3
Verensokerin aleneminen		2
Elämäntapojen muuttaminen	3	1
Ruokavalion muutos	2	1
Vyötärön ympäryksen pieneneminen	2	
Fyysisen kunnon koheneminen	1	

5.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analysointi

Tutkija ja terveydenhuollossa työskennellyt toimistos sihteeri kirjoittivat ryhmien, yhteensä 17 kokoontumiskerran videolevykkeiden sisältämän puheen sanasta sanaan tekstitiedostoiksi, jotka muodostivat tutkimusaineiston (Silverman 2013,

255, Burns & Grove 2011, 90–93). Aineistosta kertyi kirjoitettua tekstiä 308 sivua kirjoitettuna rivivälillä 1; 48 riviä /sivu. Tutkija luki aineistoa läpi useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi aineistosta.

Aineistoa tarkasteltiin ohjaajien toiminnan näkökulmasta, jossa painonhallinnalla pyrittiin osallistujien tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöiden alentamiseen. Koska ryhmien koko ja ohjaajien määrä olivat erilaiset, tarkastelussa tehtiin ryhmien välillä vertailuja. Aineistoon syventymistä ohjasivat tutkimuskysymykset: mitä ryhmäohjaus kokonaisuutena käsitti; mitä ryhmäohjaus sisälsi eri kokoontumiskerroilla; mitä yhteen kokoontumiskertaan sisältyi; mitä ohjaajien puheenvuorot sisälsivät ja miksi (Elo & Kyngäs 2008, 109).

5.2.1 Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö

Tutkimuksen analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi, jota käytettiin deduktiivisesti ja induktiivisesti (ks. Patton 2002, 452–454, Krippendorf 2004, Silverman 2013, 259–261). Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineistoa analysoitiin Prattin (2002) ohjausnäkökulmien ja TTM:n (transteoreettinen muutosvaihemalli) (Prochaska ja Norcross 2007) avulla (taulukko 3). Analyysiyksikkönä oli lause, lauseen osa, yksittäinen sana, useita lauseita tai virkkeitä sisältävä puheenvuoro tai ohjaustilanne, jossa myös ohjaajan hiljaisuus tulkittiin ja merkitsi esimerkiksi kuuntelua tai odottamista. Tämän analyysitavan on todettu olevan sopiva silloin, kun aineistoa halutaan tulkita yksityiskohtaisesti (ks. Elo & Kyngäs 2008, 109, Burns & Grove 2011, 94). Analyysiyksikön valintaa ohjasivat tutkimustehtävät.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen analyysissä käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia. Ohjaajien puheenvuorojen sisällönanalyysin tulkintaa ohjasivat Prattin (2002) viisi ohjausnäkökulmaa ja TTM (Prochaska ja Norcross 2007, taulukko 3), jotka toimivat analyysirunkoina ja antoivat valmiit teoreettiset käsitteet, mikä on katsottu sopivaksi tavaksi sisällönanalyysissä (ks. Patton 2002, 453–454, Elo & Kyngäs 2008, 111). Tekstiaineistosta poimittiin systemaattisesti Prattin (2002) tiedonsiirtoa, toiminnallista, kehityksellistä, huolenpidollista ja sosiaalisesti uudistavaa näkökulmaa vastaavat ohjaajien ilmaukset (liitteet 6 ja 7), jotka koodattiin värikyniä käyttäen tekstiaineiston sivunreunaan, mikä on todettu sopivaksi tavaksi analyysissä (ks. Patton 2002, 453–454, Tuomi & Sarajärvi 2004, 116–117, Burns & Grove 2011, 95). Jokaisen näkökulman uskomuksia, tarkoituksia ja toimintaa koskevat tulkinnat eroteltiin, ryhmiteltiin ja siirrettiin analyysirungon mukaisesti luokkiin (ks. Patton 2002, 454, Elo & Kyngäs 2008, Burns & Grove 2011, 94–96). Luokat siirrettiin näkökulmien mukaan nimettyihin taulukoihin kokoontumiskerroittain (taulukot 4–5, 9–14). Toiminnalliseen näkökulmaan sisällytettiin kokoontumisten liikuntaharjoitusten ohjauspuheenvuorojen lisäksi kotiin annettujen liikuntaharjoitusten ohjauksiin liittyvät puheenvuorot. Koska sosiaalisesti uudistavaan näkökulmaan tuli vain muutama ilmaus, näkökulma jätettiin pois analyysistä. Näin Prattin (2002) ohjausnäkökulmien perusteella analyysissä muodostui molemmille ryhmille neljä taulukkoa, yhteensä kahdeksan taulukkoa (taulukot 4–5, 9–14). Taulukoissa olevat ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta on todennettu liitteiden 6 ja 7 alkuperäislainauksien avulla (liitteet 6 ja 7).

TAULUKKO 3 Aineiston analyysin kohteet, menetelmät ja teoreettinen viitekehys tutkimuskysymyksittäin.

Tutkimuskysymys	Analyysin kohde	Analyysimenetelmä	Teoreettinen viitekehys
1. Miten ohjaajien ohjausnäkökulmat ilmenivät heidän uskomuksissa, tarkoituksissa ja toiminnassa osallistujien elintapamuutosten tukemisessa ryhmäohjauksessa?	Ohjaajien puheenvuorot kahdessa eri ryhmäohjauksessa.	Teorialähtöinen sisällönanalyysi.	Pratt 2002 TTM
2. Miten ohjaajat käyttivät ohjausaikaa ryhmäohjauksessa?	Ryhmäkokoontumisiin käytetty aika kahdessa eri ryhmäohjauksessa.	Sisällönanalyysi video- nauhoilta toiminnoittain, minkä jälkeen ajankäytön laskeminen toiminnoittain.	TTM
3. Miten osallistujat olivat mukana ryhmäohjauksen ohjauskeskusteluissa?	Ohjaajien ja osallistujien puheenvuorot. Osallistujien puheenvuorot kahdesta kokoontumisesta.	Puheenvuorojen lukumäärien laskeminen kokoontumiskerroittain. Osallistujien puheenvuorojen aineistopohjainen sisällönanalyysi, joista sen jälkeen määrällinen analyysi.	
4. Miten ohjaajat tukivat osallistujien tavoitteiden laadintaa elintapamuutosten tukemisessa?	Ohjaajien puheenvuorot. Osallistujien tulokset odotuksia koskevat puheenvuorot.	Teorialähtöinen sisällönanalyysi. Aineistopohjainen sisällönanalyysi.	TTM
5. Miten ohjaajat tukivat osallistujien tavoitteiden arviointia elintapamuutosten tukemisessa?	Ohjaajien puheenvuorot.	Teorialähtöinen sisällönanalyysi.	TTM

Koska ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haluttiin saada tietoa siitä, miten ohjaajat tukivat osallistujan muutosprosesseja, ohjaajien puheenvuorojen analyysissä käytettiin myös TTM:a (Prochaska & Norcross 2007, taulukko 3). Puheenvuoroista ilmenneet, ohjaajien käyttämät menetelmät ja keinot osallistujien muutoksen tukemiseksi sijoitettiin TTM:n mukaisiin muutosprosesseihin (kuviot 4–7). TTM:n muutosvaiheita sen sijaan analyysissä ei käytetty, koska ryhmän 1 osallistujien muutosvaiheen arvioinnista kokoamisvaiheessa terveyskeskuksessa ei ollut tietoa ja ryhmän 2 osallistujat tulivat ryhmään lehti-ilmoituksen perusteella ilmoittautumalla ensimmäisessä kokoontumisessa.

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä osallistujien puheenvuoroja tutkittiin laadullisesti analysoimalla ryhmien 1 ja 2 osallistujien puheenvuorojen sisällöt kahdesta kokoontumisesta aineistolähtöisesti (liitteet 8 ja 9). Ryhmässä 1 puheenvuorojen analyysi tehtiin kolmannesta ja kahdeksannesta kokoontumi-

sesta (taulukko 7). Kolmas kokoontuminen valittiin siksi, että ensimmäisessä kokoontumisessa osallistujien puheenvuoroja oli liian vähän ohjaajien pitkien luentopuheenvuorojen vuoksi ja toisessa kokoontumisessa osallistujien pitkiä itsearviointeja. Kahdeksannessa kokoontumisessa oli eniten osallistujien puheenvuoroja, minkä vuoksi se valittiin toiseksi analyysin kohteeksi ryhmässä 1. Kolmanteen ja kahdeksanteen kokoontumiseen sisältyi molempiin osallistujien itsearviointikierrokset, joten ne olivat sen suhteen ajankäytöltään samankaltaisia.

Ryhmässä 2 osallistujien puheenvuorot analysoitiin aineistolähtöisesti neljänestä ja kahdeksannesta kokoontumisesta. Neljäs kokoontumiskerta valittiin sen vuoksi, että aiemmissa kokoontumisissa ohjaajalla oli pitkiä tiedonsiirtoon liittyviä puheenvuoroja, jolloin osallistujat ottivat vain vähän osaa keskusteluun. Kahdeksas kokoontuminen valittiin siksi, että siinä osallistujien puheenvuoroja oli eniten. Tekstiaineistoa luettaessa litteroidun tekstin marginaaliin merkittiin kutakin puheenvuoroa kuvaava nimi siten, että kaikki puheenvuorojen sisältöä kuvaavat näkökulmat tulivat mukaan. Marginaalista nimet siirrettiin listaksi tekstilehdelle luokkien muodostamista varten. Luokkien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia tulkittiin, niitä verrattiin toisiinsa ja samanlaisuuksien ja eroavuuksien perusteella luokkia yhdistettiin. Luokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet (liitteet 8 ja 9). Alkuperäisilmauksista johdetut puheenvuorojen tulkintaesimerkit ovat liitteissä 8 ja 9. Tätä aineistolähtöistä analyysitapaa ja luokkien muodostamista on pidetty sopivana (ks. Patton 2002, 453–454, Tuomi & Sarajärvi 2004, 117–118, Elo & Kyngäs 2008, 110–112, Burns & Growe 2011, 94–96, Silverman 2013, 124, 128, 136–137, 259–261).

Neljännessä tutkimuskysymyksessä tavoitteiden laatimista koskevien ohjaajien puheenvuorojen sisällönanalyysissä käytettiin analyysirunkona transteoreettista muutosvaihemallia (Prochaska & Norcross 2007), koska se antoi Prattin (2002) tiedonsiirto-näkökulmaa tarkemman viitekehyksen analyysille. Tekstiaineistosta poimittiin ohjaajien ilmaukset, jotka koskivat osallistujien ohjaamista elintapamuutosten tavoitteiden laatimiseen. Koska alkuperäisilmauksia oli molemmissa ryhmissä vähän, kaikki ryhmien 1 ja 2 ilmaukset siirrettiin sellaisinaan taulukoihin erikseen kokoontumiskertojen mukaisessa järjestyksessä kokonaiskuvan saamiseksi siitä, missä ryhmäohjauksen vaiheissa ja miten tavoitteiden laatimiseen oli ohjattu. Alkuperäisilmauksista johdettiin pelkistetyt ilmaukset ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä (liitteet 10 ja 11). Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin sisältöluokiksi ja nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä (liitteet 10 ja 11). Sisältöluokkien alle muodostui analyysissä alaluokkia. Aineiston abstrahoinnissa luokkia yhdistettiin. Molempien ryhmien nimetyt sisältöluokat koottiin samaan taulukkoon eri sarakkeisiin vertailun mahdollistamiseksi (taulukko 8).

Neljännessä tutkimuskysymyksessä, osallistujien painonhallinnan tulokset koskevat alkuperäisilmaukset poimittiin ryhmien 1 ja 2 osallistujien esittelykierroksen puheenvuoroista systemaattisesti, analysoitiin aineistopohjaisesti, ilmaukset pelkistettiin, ja koska niitä oli vähän, ne kaikki siirrettiin tekstilehdelle. Ilmausten yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia verrattiin ja niistä muodos-

tettiin luokkia, jotka siirrettiin osallistujien tietoja koskevaan taulukkoon 2 (ks. Patton 2002, 454, Tuomi & Sarajärvi 2004, 117–118, Burns & Grove 2011, 94–96).

Viidennessä tutkimuskysymyksessä, tavoitteiden arviointiin ohjaamista koskevassa analyysissä ryhmien 1 ja 2 ohjaamista koskevat ilmaukset poimittiin tekstiaineistosta ohjaajien puheenvuoroista systemaattisesti kokoontumiskerroittain. Koska alkuperäisilmauksia oli vähän, ne kaikki siirrettiin havaintomatriisiin sellaisenaan ja asetettiin kokoontumispäivien mukaiseen järjestykseen, jotta saataisiin kuva siitä, miten arviointiin ohjattiin ryhmäohjauksen eri vaiheissa. Koska alkuperäisilmauksia oli vähän, tavoitteiden laatimisen ohjaus molemmilla ryhmässä raportoitiin lainauksia käyttäen ja edeten ryhmäohjauksen kokoontumiskertojen mukaan (ks. Elo & Kyngäs 2008, 109–111, Silverman 2013, 256–260). Tulososiossa on käytetty ohjaajan puheenvuorojen alkuperäislainauksia esimerkkeinä todentamaan tutkimustuloksia. Osassa lainauksia on käytetty myös osallistujan puheenvuoroja valottamaan ohjaajan toimintaa tai ohjaustilannetta.

Tulkintojen vertaisarvioinnin (Patton 2002) suorittivat tutkija ja toinen terveydenhuoltoalan koulutuksen saanut, diabeteksen ehkäisy- ja hoidon ohjaustyössä tuolloin toiminut henkilö. Vertaisarvioinnissa käytiin läpi kahden ryhmäohjauksen ohjaajien ja osallistujien puheenvuorot, yhteensä 749 puheenvuoroa. Puheenvuorojen yhtäpitävyydeksi saatiin 90,6 %. Lisäksi verrattiin osallistujien asettamat tulosodotukset ja tavoitteet, joiden yhtäpitävyydeksi saatiin 92 %.

5.2.2 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä täydentävät toisiaan (ks. Burns & Grove 2011), niiden yhdistetty käyttö (mixed method) laajentaa ja syventää näkökulmaa tutkittavaan kohteeseen (Silverman 2013). Määrällinen menetelmä sopii ilmiöiden löytämiseen ja niiden kuvaamiseen todellisissa tilanteissa, joissa lukumäärät tarkentavat tilanteiden, ryhmien, henkilöiden tai näihin liittyvien tekijöiden ominaispiirteitä (ks. Burns & Grove 2011, 34, 256–259). Tässä tutkimuksessa määrällisellä menetelmällä haluttiin täydentää ja tarkentaa laadullisen menetelmän avulla löydettyjä, ryhmäohjaukseen liittyviä ilmiöitä. Tarkoitus oli arvioida ohjaajien ja osallistujien toimintaa, tunnistaa ohjauksessa ilmeneviä ongelmia, löytää uusia merkityksiä ja tulkita esille saatua tietoa. Määrällisiä tunnuslukuja käytettiin tarkentamaan ryhmäohjaukseen liittyviä tilanteita, tunnistamaan ohjaustapahtumien kulkua, ohjaajien valintoja ja osallistujien osallistumista ryhmätilanteissa.

Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla määrällistä menetelmää käytettiin ohjaajien käyttämän ajan jakaantumisen kuvaamiseen, jolloin ohjausaika ensin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla jaettiin PPP-painonhallinnan ryhmäohjausmallin mukaisiin toimintoihin, joista muodostettiin luokkia. Eri luokkiin käytetty aika laskettiin minuutteina videoilta kokoontumiskerroittain ja merkittiin havaintomatriisiin. Tiedot havaintomatriisista siirrettiin taulukkoon 6. Käytettyä aikaa vertailtiin kokoontumiskerroittain ryhmien sisällä ja niiden välillä.

Määrällisen menetelmän käyttö antoi lisätietoa ryhmien ohjaustilanteista (ks. Vilkkä 2007, 111–120, Silverman 2013, 136–137, 259–261, 135–136).

Jotta kolmanteen tutkimuskysymykseen saatiin vastauksia, käytettiin määrällistä menetelmää kuvaamaan ohjauksen ohjaaja- tai osallistujakeskeisyyttä laskemalla tekstiaineistosta ryhmien 1 ja 2 ohjaajien ja osallistujien puheenvuorot kaikista kokoontumisista. Lukumäärät merkittiin havaintomatriisiin, josta ne siirrettiin kokoontumiskerroittain Excel-tilukoon kuvaajien muodostamiseksi (kuviot 2 ja 3) ja vertailua varten. Eri kokoontumiskertojen osallistujien ja ohjaajien puheenvuorojen lukumääriä verrattiin ryhmien 1 ja 2 sisällä ja ryhmien 1 ja 2 välillä. Tapa on katsottu sopivaksi tarkentamaan tilanteiden eroja (ks. Vilkkä 2007, 111–121, 135–136, 138, Burns & Grove 2011, 34–35, Silverman 2013, 124, 128).

Lisäksi määrällistä menetelmää käytettiin kolmannessa tutkimuskysymyksessä ohjaaja- tai osallistujakeskeisyyden kuvaamiseen siten, että osallistujien puheenvuoroista sisällönanalyysin avulla muodostuneiden luokkien sisälle jäävät puheenvuorot laskettiin kahdesta kokoontumisesta (taulukko 7). Saatuja lukumääriä verrattiin molemmissa ryhmissä kahden kokoontumiskerran välillä, ryhmässä 1 vertailua tehtiin ohjauksen kolmannen ja kahdeksannen kokoontumiskerran välillä ja ryhmässä 2 neljännen ja kahdeksannen kokoontumisen välillä. Tapa on katsottu sopivaksi tarkennettaessa tilanteiden ominaispiirteitä (ks. Vilkkä 2007, 21, Burns & Grove 2011, 34, 256–259).

Jotta saatiin vastauksia neljänteen tutkimuskysymykseen, ryhmien 1 ja 2 osallistujien tulosodotuksia koskevien, aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä muodostuneiden luokkien sisälle kertyneet ilmaukset laskettiin erikseen ja luokat siirrettiin osallistujien tietoja koskevaan taulukkoon 2.

Tunnuslukuja käytettiin tutkimuksessa myös tulosten perusteluun. Eri tutkimuskysymyksiä vastaavat analyysin kohteet, analyysimenetelmät ja ohjaava teoria on kuvattu taulukossa 3.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tiedonsiirtonäkökulma ryhmissä 1 ja 2

Tässä luvussa kuvataan ryhmän 1 ja 2 elintapamuutosten ohjaukseen liittyvät ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta Prattin (2002) tiedonsiirtonäkökulman mukaan kokoontumiskerroittain (taulukot 4 ja 5). Uskomukset, tarkoitukset ja toiminta ovat tutkijan tulkintoja ja perustuvat aineistolainauksiin, joista ryhmän 1 tulkintaesimerkit ovat liitteessä 6 ja ryhmän 2 liitteessä 7. Lisäksi luvussa kuvataan ohjaajien ajankäyttö painonhallinnan ryhmäohjauksen eri toimintoihin kokoontumiskerroittain, ohjaajien ohjaustyylin muutos luentomaisesta tiedonsiirrosta osallistujakeskeiseen opetuskeskusteluun sekä ohjaajien toiminta tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin ohjaamisessa. Luvussa käytetään Prattin (2002) ohjausnäkökulman tiedonsiirto-käsitettä ja lähikäsitteenä tiedon jakamista tai tiedon antamista.

6.1.1 Ohjaajien uskomukset ja tarkoitukset

Ryhmä 1

Ryhmän 1 ohjaajat uskoivat, että tieto luo perustan muutokselle, tiedon lisääminen motivoi siihen, osallistujat pystyvät ottamaan vastaan monimutkaista tietoa ja tiedon soveltaminen on välttämätöntä painonhallinnan toteutuksessa. Ohjaajien mielestä auktoriteetteihin viittaaminen lisäsi tiedon arvoa. Osallistujien ryhmään tulosityiden, henkilökohtaisten tulosodotusten ja tavoitteiden ohjaajat uskoivat ohjaavan muutosta. Ruokapäiväkirjasta ja kuntotesteistä saatava tieto toimii muutostarpeiden havaitsemisen ja tavoitteiden pohjana. Ohjaajat uskoivat, että tieto liikunnan positiivisista vaikutuksista motivoi muutokseen ja myös muiden osallistujien ratkaisut toimivat malleina (taulukko 4, liite 6).

Ryhmän 1 ohjaajat pitivät tietoista muutospäätöstä tärkeänä ja uskoivat osallistujien pystyvän itsenäiseen tavoitteiden laadintaan, jota yksilöllinen neuvonta ja osallistujan omien havaintojen vahvistaminen tukivat. Ohjaajat uskoivat, että osallistujat pystyvät soveltamaan liikuntaa koskevaa uutta tietoa, tulkitse-

maan sitä, asettamaan tavoitteita ja laatimaan liikuntasuunnitelman itsenäisesti. Ohjaajien mielestä osallistujan liikuntaa koskevan tiedon muuttaminen edistää painonhallintaa ja tieto antaa perustan elintapojen muuttamiselle. Uusi tieto rakentuu myös ohjauskeskusteluissa kysymysten ja vastausten kautta (taulukko 4, liite 6). Ohjaajat uskoivat, että ruokavaliotestit nostavat esiin osallistujien muutostarpeita ja liikuntasuoritusten mittaaminen motivoi liikuntaan. Tavoitteiden laatimisessa ohjaajat uskoivat, että konkreettiset, pienet osatavoitteet ja hidat muutokset tuottavat tulosta. Riskipisteistä ja seurannasta saatava palautetieto motivoi jatkamaan muutosta ja yksilölliset, soveltavat ohjeet edistävät sen toteuttamista. Tiedon kertaamisen ohjaajat uskoivat jäsentävän tietoa (taulukot 4 ja 8, liite 6).

Ryhmässä 1 ohjaajien tarkoituksena tavoitteiden laatimisen kannalta oli, että osallistujat kertovat tulovaiheessa ryhmään tulonsa syyt ja tulosodotukset. Tarkoituksena oli motivoida osallistujia tyyppin 2 diabetesta ja ylipainoa sen riskitekijänä koskevalla tiedolla ja sillä, että osallistujat osaisi soveltaa tietoa omaan riskinsä arviointiin. Ohjaajien tarkoitus oli, että osallistujat oppisivat käyttämään ruokapäiväkirjaa ja siitä saatua palautetietoa ruokavaliota koskevien muutostarpeiden havaitsemisessa ja tavoitteiden laatimisessa (taulukko 4, liite 6).

Liikunnan muutostarpeiden kartoittamiseksi ohjaajien tarkoitus oli käyttää lihaskuntotestien tuloksista saatavaa tietoa, tavoitteiden asettamiseen liikunnan hyötyjä sisältävää tietoa ja muutossuunnitelman laatimisessa liikuntakalenterissa olevia keinoja. Ohjaajien tarkoitus oli, että osallistujat tunnistavat oman muutosvaiheensa ja ovat valmiita muutokseen, jota laadittavat tavoitteet edellyttävät. Muutosvaiheen arvioinnin kautta osallistujan tietoisuus omasta muutosprosessista lisääntyy, hän ottaa vastuuta muutoksestaan ja valmistautuu myös muutoksen taantumavaiheisiin (taulukko 4, liite 6).

Eri liikuntamuotoja, niiden vaikutuksia ja lihaskuntoa koskevien luentojen tarkoitus oli motivoida osallistujia liikkumiseen ja liikuntatavoitteiden laatimiseen. Suola-, rasva- ja kuitutestien tarkoitus oli niistä saatavan palautetiedon hyödyntäminen ruokavalion tarkistamisessa. Energian saantiin ja kulutukseen liittyvää tietoa oli tarkoitus hyödyntää ruokavaliota ja liikuntatavoitteiden asettamisessa. Ravitsemusterapeutin ravintorasvoja koskevan luennon kertaamisen tarkoituksena oli, että osallistujat jäsentävät tietoa ja soveltavat sitä ruokavalioonsa. Askelmittarin käytön ohjauksen tarkoitus oli, että osallistujat oppisivat sen käytön ja seuraisivat sen avulla liikunnan määrää (taulukko 4, liite 6).

Konkreettisten osatavoitteiden laatimiseen ohjaamisen ja pysyvien muutosten suosittelun tarkoituksena oli osallistujien hidasta elintapamuutosta. Riskipisteiden käsittelyn tarkoitus oli motivoida osallistujia muutokseen ja laboratorio-kokeisiin lähettämisen tarkoitus saada osallistujille seurantatietoa muutoksesta (taulukko 4, liite 6).

Ryhmä 2

Ryhmän 2 ohjaaja uskoi, että ruokapäiväkirjan käyttö edistää osallistujan muutostarpeen havaitsemista ja tavoitteiden laatimista. Ohjaaja uskoi, että tieto omasta riskistä sairastua tyyppin 2 diabetekseen ja taudin vakavuus motivoivat osallistujia elintapamuutokseen. Osallistujat ohjaaja näki aktiivisina tiedon vas-

taanottajina ja sen soveltajina, pystyvinä sähköiseen tiedonhankintaan ja monimutkaisen tiedon omaksumiseen sekä itsenäiseen tavoitteiden laatimiseen. Ohjaaja uskoi konkreettisten, lyhyen aikavälin osatavoitteiden ohjaavan painonhallintaa, jossa tiedon soveltaminen on keskeistä. Riskipisteistä ja laboratoriokokeista saatava palautetieto tukee muutosta ja motivoi jatkamaan sitä. Ohjaaja uskoi, että vertaismallien hyödyntäminen auttaa sekä tavoitteiden laatimisessa että toteutuksessa käytettävien keinojen löytämisessä (liite 7, taulukko 5).

Ryhmän 2 ohjaaja uskoi tiedon ohjaavan osallistujien valintoja. Tietoa rakentuu ryhmäkeskusteluissa, ohjaajan herättelevien kysymysten avulla ja kirjallinen materiaali varmistaa sen jäsentymistä. Ohjaajan mielestä pienryhmissä jaetut ratkaisumallit edistävät muutosta ja muutoksen eri vaiheiden tunteminen edistää osallistujan muutosprosessia. Ohjaaja uskoi, että tieto sairastumisriskistä ja toisaalta tieto liikunnan hyödyistä motivoivat osallistujia liikuntamuutosten aloittamiseen. Myös ryhmäkeskustelut lisäävät motivaatiota. Suunnitelmallisuus, vertaismallin käyttö liikunnassa, eri liikuntamuotojen kokeilu, seuranta ja arviointi edistävät muutosta. Ohjaaja uskoi muutoksen olevan osallistujille hidaskäyttöprosessi, johon sisältyy myös taantumia (liite 7, taulukko 5).

Ryhmäohjauksen alussa ryhmän 2 ohjaajan tarkoitus oli, että osallistujat orientoituvat ryhmäohjauksen sisältöihin kokonaisuutena, koska tiedon siirtämisellä on keskeinen osa muutoksessa. Ohjaajan tarkoitus oli, että osallistujat oppisivat käyttämään ruokapäiväkirjaa ja hyödyntävät sitä muutostarpeiden kartoituksessa ja tavoitteiden laatimisessa. Tuotesisältötehtävän tarkoitus oli, että osallistujat oppisivat tuntemaan tuotteiden ravintosisältöjä, vertaamaan niitä ja soveltavat saamaansa tietoa ruokavaliota koskeviin päätöksiinsä. Sähköiseen tiedonhakuun ohjaamisen tarkoitus oli itsenäinen tiedon hakeminen muutoksen tueksi. Tyypin 2 diabetesta koskevan luennon tarkoitus oli motivoida tautia koskevalla tiedolla osallistujia elintapamuutokseen (liite 7, taulukko 5).

Muutosvalmiutta ja tavoitteiden laatimista koskevan kotitehtävän tarkoituksena oli ohjata osallistujia konkreettisten osatavoitteiden laatimiseen ja käyttää tavoitteiden vertailussa pienryhmien vertaismalleja. Riskipisteitä koskevaa tietoa oli tarkoitus käyttää oman sairastumisriskin tunnistamiseen ja motivaation ylläpitämiseen. Tuoteselosteisiin tutustumisen tarkoitus oli tiedon jakaminen ja sen soveltaminen ostospäätöksissä. Ruokavaliota koskevan, havainnollistavan luennon tarkoituksena oli, että osallistujat tekevät vertailuja oman ja suositeltavan ruokavaliota välillä ja havaitsevat muutostarpeita. Pienryhmätoiminnan tarkoitus oli vertaismallin käyttö tavoitteiden tarkistamisessa ja muutossuunnitelman laatimisessa sekä toteuttamiskeinojen käytössä (liite 7, taulukko 5).

Muutosvaiheiden käsittelyn tarkoitus oli, että osallistujat tulevat tietoisiksi omasta muutosvaiheestaan sekä ruokavaliosta ja liikuntamuutoksista. Liikunnan hyötyjen esittelyn tarkoituksena oli, että osallistujat tietävät niiden merkityksen painonhallinnassa, motivoituvat liikuntamuutoksiin, lisäävät liikuntaa, seuraavat ja arvioivat muutoksen etenemistä. Ohjaajan tarkoitus myös oli, että osallistujat tunnistavat liikuntaa edistäviä tekijöitä tai sen esteitä ja pyrkivät poistamaan niitä. Tilapäisten taantumien käsittelyn tarkoitus oli, että osallistujat ymmärtävät ne muutosprosessiin kuuluvana osana (liite 7, taulukko 5).

TAULUKKO 4 Ryhmän 1 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta elintapamuutosten tukemisessa tiedonsiirto -näkökulman mukaan.

Kokoon- tumis- kerta	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
1.	Tiedon lisääminen moti- voi osallistujaa muutok- seen. Henkilökohtaiset tulosodotukset ja tavoit- teet ohjaavat muutosta. Tiedon soveltaminen on välttämätöntä painonhal- linnan toteutuksessa. Osallistuja pystyy otta- maan vastaan monimut- kaista tietoa. Tiedon liit- täminen auktoriteetteihin lisää sen vaikuttavuutta.	Osallistujien ryhmään tulon syiden ja tulosodo- tusten sekä painonhallin- taan liittyvien tavoitteiden esille saaminen. Osallistu- jien motivoituminen elin- tapamuutoksiin tyyppi 2 diabetesta sekä ylipainoa sen riskitekijänä koskevan tiedon avulla. Osallistuja osaa laskea oman BMI:nsä ja arvioida riskinsä sairas- tua tyyppi 2 diabetekseen.	Osallistujien esittäytyminen, tulosityiden ja tulosodotusten esille tuominen. Painonhallinnan edut. Pitkä luento-osuus, jonka keskeinen sisältö: lihavuus riski- tekijänä, eri riskitekijöiden ka- saantumisen seuraukset, tyyppi 2 diabetes vakaviin komplikaatioi- hin johtavana tautina. Osallistu- jan ohjaaminen oman T2D:n sair- astumisriskin arviointiin riski- pistelomaketta käyttäen. Ohjaus oman BMI:n laskemiseen. Osal- listujien tiedon tarpeiden kysy- minen.
2.	Ruokapäiväkirjasta ja kuntotesteistä saatava palautetieto toimii ta- voitteiden asettelun pohjana sekä auttaa osallistujaa oman toi- minnan arvioinnissa.	Saada osallistujat käyttä- mään palautetietoa syö- miskäyttäytymisensä ku- vaajana, tavoitteiden aset- telun pohjana ja muutos- ten havaitsemisen keino- na. Osallistujan keinojen lisääminen liikuntakalen- terin avulla.	Ruokapäiväkirjan käyttö, edut ja käyttökokemusten jakaminen ryhmässä. Päiväkirjasta saatavan palautetiedon tarkoituksen ja hyödyllisyyden korostaminen muutoksessa. Ohjaaja tarttuu osallistujien liikunnan kiinnos- tuksen kohteisiin, ohjaa liikunta- päiväkirjan käyttöön.
3.	Palautetieto ja tieto liikunnan positiivisista vaikutuksista motivoi- vat osallistujaa liikku- maan. Osallistuja saa tietoa myös muiden osallistujien ratkaisuis- ta. Osallistujat pystyvät itsenäiseen tavoitteiden laadintaan. Yksilöllinen neuvonta edistää lii- kunnan aloittamista. Tietoiset päätökset edis- tävät muutosta. Osallistujan omien ha- vaintojen vahvistami- nen edistää muutosta.	Osallistujat motivoituvat liikuntamuutoksiin lihas- kuntotestituloksista saata- van palautetiedon ja lii- kunnan hyötyjä koskevan luennon avulla. Osallistu- jien tietoisuus ja vastuu omasta muutosprosessista ja sen etenemisestä lisään- tyy. Osallistujat tunnistavat valmiutensa eri muutos- alueilla, valitsevat niistä sopivat ja laativat yksi- tyiskohtaiset tavoitteet. Osallistujat valmistautu- vat muutosprosessin taan- tumavaiheisiin.	Lihaskuntotestitulosten vertaa- minen viitearvoihin, kuntoluok- kien käsittely. Kysymykset kun- totestituloksien odotuksista. Kä- velytestin suosittelu ja testistä sopiminen. Luento: liikunnan fyysiset ja psyykkiset vaikutuk- set sekä muutosvaiheet. Muutos- prosessiin sisältyvien taantumien pohtiminen kotitehtäväksi. Oman muutosvalmiuden tarkas- telu eri alueilla ja tavoitteiden laatiminen kotitehtäväksi. Ohja- us materiaalin käyttöön sekä yksilöllinen ohjaus keinojen löy- tämiseksi. Kysymys tietoisien päätöksen tekemisestä syömisien hallitsemiseksi. (Jatkuu)

Taulukko 4 (jatkuu)

Kokoon- tumis- kerta	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
4.	Osallistuja pystyy soveltamaan liikuntaa koskevaa tietoa itsenäisesti, valitsemaan ja aloittamaan tiedon perusteella uusia liikuntamuotoja. Osallistujat pystyvät itsenäiseen tavoitteiden laadintaan. Osallistujien liikuntaa koskevien tietorakenteiden muuttaminen edistää painonhallintaa.	Osallistujat motivoituvat liikuntaan tiedon perusteella. Osallistujat soveltavat liikunnan vaikutuksia, liikuntamuotoja ja lihashuoltoa koskevaa tietoa painonhallinnassa. Osallistujat laativat muutostavoitteita ja hyödyntävät testeistä saatavaa palautetietoa muutoksen etenemisessä.	Luento: liikunnan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset, energiankulutus eri liikuntamuodoissa. Rentoutuksen merkitys liikunnassa. Eri liikuntalajien esittely kirjallisen materiaalin avulla. Liikuntaryhmien ja - tapahtumien suosittelu. Tavoitteiden laadinta sekä rasva-, kuitu- ja suolatesien antaminen kotitehtäväksi. Tarttuminen osallistujien liikuntaa koskevien puheenvuoroihin, yksilökohtainen motivointi muutokseen ja neuvonta.
5.	Tieto antaa perustan elintapojen muutokselle. Osallistuja osaa tulkita ja soveltaa tietoa itsenäisesti. Osallistujan tieto rakentuu ohjauskeskusteluissa myös osallistujien kokemusten ja kysymysten kautta.	Osallistujat käyttävät energian saantiin ja kulutukseen liittyvää tietoa hyväksi ruokavaliomuutoksissaan ja liikunnassa. Osallistujat tekevät itsenäisesti ruokavaliotestejä netissä ja käyttävät siitä saatua palautetietoa.	Keskustelupainotteinen luento: perusaineenvaihdunta, energiankulutus, ravintoaineiden energiasällöt, liikuntasuosituksukset ja energiankulutus liikunnan aikana. Suolan käytön vähentäminen ja oman suolankäytön testaaminen. Opetuskeskustelua osallistujien esille ottamien kysymysten mukaan.
6.	Tieto on ruokavaliomuutosten perustana. Testit tuovat esiin muutostarpeita. Liikuntasuoritusmittaus motivoi liikuntaan.	Osallistujien tieto jäsenyyttä kertaamisen, tarkistamisen ja keskustelun avulla. Osallistujat käyttävät suola-, rasva- ja kuitutestejä ruokavalionsa tarkasteluun. Osallistujat käyttävät askelmittareita liikuntasuorituksen mittaamiseen.	Ravitsemusterapeutin luennon pohjalta opetuskeskustelu ravintorasvoista, mahdollisuus epäselvien kohtien tarkistamiseen. Ruokavaliota koskevan materiaalin jako. Osallistujien ohjaus ruokavaliota koskevien testien itsenäiseen käyttöön ja liikuntasuoritusmittaamiseen. Kehotus kertaamaan tietoa. Osallistujien kysymyksiin vastaaminen.
7.	Konkreettiset pienet osatavoitteet ja hidas muutos tuottavat pysyvän tuloksen. Palautetieto tukee muutosta. Kertaus jäsentää tietoa.	Osallistujat asettavat osatavoitteita ja pyrkivät pienten muutosten vaikiinnuttamiseen. Osallistuja käyttää palautetietoa muutoksessaan.	Konkreettisten osatavoitteiden laatimiseen ohjaaminen. Lähtäminen laboratoriokokeisiin ja kehotus käyttää kokeiden tuloksia muutosten tukena. Osallistujia kehoitetaan kertaamaan aiemmin annettua materiaalia.
8.	Riskipisteitä koskeva tieto motivoi. Tieto edistää oikeita valintoja. Soveltavat, yksilölliset ohjeet edistävät muutoksen toteuttamista.	Osallistujat huomioivat omat riskipisteensä tavoitteiden tarkistamisessa. Osallistujat tekevät valintoja tiedon avulla.	Osallistujien riskipisteiden läpikäyminen. Kokooma ryhmäohjauksen aikana käsitellystä tiedosta. Kysymyksiin vastaaminen, yksilökohtaisten ruokavaliota ja liikuntaohjeiden antaminen osallistujille. Palautetieto kolesteroliarvoista.

6.1.2 Ohjaajien toiminta tiedonsiirrossa

Ryhmä 1

Ryhmässä 1 ohjaajat pyysivät osallistujia kertomaan ryhmään tulonsa syistä ja siihen kohdistuvista toiveista. Ensimmäisessä kokoontumisessa pitkä luento-osuus käsitteli lihavuutta tyypin 2 diabeteksen riskitekijänä, riskitekijöiden kasaantumista sekä tautia ja sen vakavia komplikaatioita. Osallistujia ohjattiin painoindeksin (BMI) laskemiseen ja riskipistelomakkeen täyttämiseen. Ruokapäiväkirjan käyttö annettiin kotitehtäväksi ja sen hyödyllisyyttä käsiteltiin toisessa kokoontumisessa. Osallistujia ohjattiin liikuntapäiväkirjan käyttöön ja liikunnan ohjauksessa hyödynnettiin osallistujien kiinnostuksen kohteita (taulukko 4, liite 6).

Kolmannessa kokoontumisessa käsiteltiin lihaskuntotestien tuloksia ja osallistujat vertasivat tuloksiaan viitearvoihin. Kävelytestistä sovittiin ryhmän kanssa. Liikunnan vaikutuksia terveyteen käsiteltiin luennon ja opetuskeskustelun avulla. Osallistujille annettiin kotitehtäväksi oman muutosvalmiuden arviointi ja tavoitteiden laatiminen elintapojen eri alueille. Osallistujia ohjattiin materiaalin käyttöön ja yksilöllistä ohjausta annettiin muutoksen toteutuskeinojen löytämiseksi. Muutoksen tietoisien päätöksen tekemistä käsiteltiin ryhmässä (taulukot 4 ja 8, liite 6).

Neljännessä kokoontumisessa käsiteltiin liikunnan vaikutuksia terveyteen ja eri liikuntalajien energiankulutusta. Liikuntamuotoja esiteltiin kirjallisen materiaalin avulla ja osallistujille suositeltiin yleisiä liikuntaryhmiä. Tavoitteiden laadinta sekä rasva-, kuitu- ja kuitutestit annettiin kotitehtäväksi. Osallistujille annettiin yksilöohjausta. Viidennessä kokoontumisessa käsiteltiin energian saantia, perusaineenvaihduntaa, liikunnan lisäämää energian kulutusta ja liikuntasuosituksia. Osallistujien esittämiin kysymyksiin vastattiin. Kuudennessa kokoontumisessa keskusteltiin ravintorasvoja koskevan tiedon soveltamisesta ruokavalioon. Osallistujia ohjattiin ruokavaliotestien itsenäiseen käyttöön ja liikuntasuoritusten tehokkuuden mittaamiseen askelmittaria käyttäen. Ohjaajat suosittelivat osallistujille tiedon kertaamista (taulukot 4 ja 8, liite 6).

Viimeistä edellisessä kokoontumisessa ohjaajat kehottivat osallistujia tarkistamaan muutostavoitteita ja suosittelivat konkreettisia osatavoitteita. Ohjaajat ohjasivat osallistujia pienten, mutta pysyvien muutosten tekemiseen. Osallistujat saivat lähetteet veren rasva-arvojen määrittämiseksi, ja tuloksia verrattiin tehtyihin muutoksiin viimeisessä kokoontumisessa. Viimeisessä kokoontumisessa käsiteltiin vielä osallistujien riskipisteitä, keskusteltiin aiemmin käsitellyistä aiheista, vastattiin osallistujien kysymyksiin ja annettiin yksilökohtaista ohjausta (taulukot 4 ja 8, liite 6).

TAULUKKO 5 Ryhmän 2 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta elintapamuutosten tukemisessa tiedonsiirto -näkökulman mukaan.

Kokoon-tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
1.	Ruokapäiväkirjan käyttö edistää muutostarpeen havaitsemista. Sähköinen tiedonhankinta edistää tiedon saantia.	Osallistujat orientoituvat ryhmäohjauksen sisältöihin. Osallistujat hyödyntävät ruokapäiväkirjaa tavoitteiden laatimisessa. Osallistujat oppivat tuntemaan käyttämiensä tuotteiden ravintosisältöjä. Osallistujat käyttävät sähköistä tiedonhakua.	Osallistujien esittely ja odotukset ryhmätoiminnasta. Sisältörunon läpikäyminen. Ruokapäiväkirjan käytön ohjaus. Kotitehtäviksi aamupalan sisällön kirjaaminen ja tuoteselosteiden kerääminen käytetyistä tuotteista. Ohjaaminen sähköiseen tiedonhankintaan. Yksilöllisen ohjauksen tarjoaminen sähköpostitse.
2.	Riskipistetieto ja taudin vakavuus motivoivat muutokseen. Tavoitteet ohjaavat elintapamuutosta. Osallistujat omaksuvat monimutkaista tietoa, ovat aktiivisia tiedon soveltajia ja pystyvät laatimaan itsenäisesti tavoitteita.	Osallistujat motivoituvat elintapamuutoksiin tiedon avulla. Osallistujat ymmärtävät ruokapäiväkirjan hyödyt muutostarpeen paljastajana ja apuna tavoitteiden asettamisessa. Osallistujat asettavat itselleen tavoitteita.	Luennot: MBO, tyyppin 2 diabetes ja ylipaino sen riskitekijänä. Herättelevät kysymykset luennon aikana. Riskipistelomakkeiden täyttäminen. Ruokapäiväkirjatehtävän antaminen kahdeksi viikoksi. Muutosta koskevien painoalueiden valinta tehtävänä pienryhmissä. Tavoitteiden laatiminen kotitehtäväksi.
3.	Ruokapäiväkirjan käyttö edistää tavoitteiden asettamista. Konkreettiset, lyhyen aikavälin tavoitteet ohjaavat painonhallintaa. Osallistujat pystyvät itsenäiseen tavoitteiden laadintaan. Tiedon soveltaminen on keskeistä painonhallinnassa. Riskipisteistä ja laboratoriokokeista saatu palautetieto motivoi.	Osallistujat näkevät ruokapäiväkirjan hyödyn ja jatkavat sen käyttöä. Osallistujat oppivat käyttämään tuotteiden ravintosisältöihin liittyvää tietoa ruokaostosten yhteydessä, perehtyvät jaettuun materiaaliin ja tavoitteiden laadintaan sekä laativat tavoitteet itsenäisesti kotitehtävänä.	Ruokapäiväkirjan käytön tilannekatsaus, herättelevät kysymykset sen käytöstä, suositus jatkaa sen käyttöä. Tuotesisältötehtävästä muistuttaminen. Omien tavoitteiden laatiminen uudelleen kotitehtäväksi. Luento: ravintoaineet, niiden energiasisällöt ja energiatarve, kirjallinen materiaali. Aiemman materiaalin jako. Osallistujien kysymyksiin vastaaminen. Ohjaus laboratoriokokeisiin.
4.	Tieto sairastumisriskistä motivoi muutokseen. Lyhyen aikavälin konkreettiset tavoitteet ovat tärkeitä kokonaisuutena tavoitteen kannalta. Vertaismallit auttavat tavoitteiden laadinnassa ja keinojen etsimisessä. Palautetieto motivoi.	Osallistujat tunnistavat sairastumisriskinsä. Ravintorasvoja koskevan tiedon soveltaminen lisääntyy. Vertaismallin käyttö tavoitteiden laatimisessa ja keinojen löytämisessä lisääntyy. Osallistujat laativat lyhyen aikavälin konkreettisiä tavoitteita.	Riskipisteiden tulosten jako. Luento ravintorasvoista, kehoitus seurata rasvojen osuutta ruokavaliossa. Kysymyksiin vastaamista runsaasti. Ohjaus sähköiseen tiedonhakuun. Omien tavoitteiden ja keinojen läpikäyminen pienryhmissä. Palaute aamupala- tai lounassisällöistä. (jatkuu)

Taulukko 5 (jatkuu)

Kokoon- tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
5.	Tieto ruoka-aineiden ravintosisällöistä ohjaa osallistujien valintoja. Osallistujan tieto rakentuu myös sosiaalisessa kontekstissa.	Tietoa lisätään sekä luennon että opetuskeskustelun avulla. Osallistujien taito tulkita tuoteselosteiden tietoa karttuu, ja he käyttävät sitä ostopäätöksissään.	Luento ja opetuskeskustelu: ravintorasvat, kolesteroli ja suola. Tuoteselostetehtävän purkaminen pienryhmissä; energian, rasvan, sokerin kuidun ja suolan määrät. Venyttelyohjeiden jakaminen.
6.	Tieto ravintosisällöistä ohjaa osallistujien valintoja. Tiedon soveltamistaito lisääntyy ryhmäkeskusteluissa. Herättelevät kysymykset motivoivat. Kirjallinen materiaali varmistaa tiedon siirtymistä. Valmiit käytännön vaihtoehdot edistävät muutosta.	Osallistujat tunnistavat oman ruokavalionsa muutosta edellyttävät kohdat. Vertaismallit edistävät tiedon soveltamista. Osallistujat oppivat hakemaan itse tietoa internetistä. Osallistujat jakavat pienryhmässä toisilleen keinoja, joilla muutos voidaan toteuttaa.	Kirjallisen materiaalin jakaminen liikunta- ja ruokavaliosuosituksista. Luento ja opetuskeskustelu: ruoka-ainepyramidi, lautasmallit, ruokien energiapitoisuuksien vertailua. Kysymyksiin vastaaminen. Ohjaus energiantarpeen laskemiseen. Toteutettujen muutosten arviointia pienryhmissä. Keskustelua syömissä hallintakeinoista.
7.	Muutosvaiheiden tunteminen edistää muutosprosessia. Tieto sairastumisriskistä ja toisaalta tieto eri liikuntamuotojen vaikutuksesta terveyteen motivoi osallistujaa liikkumaan.	Osallistuja tunnistaa muutosvaiheensa eri elintapoja koskevilla muutosalueilla. Osallistujat aloittavat tai lisäävät liikuntaa tietäessään sen edut. Osallistujat hyödyntävät liikunnan energiankulutusta painonhallinnassa.	Muutosvaiheiden läpikäymisen liikuntaan soveltaen, eri liikuntamuodot ja energiankulutus. Herätteleviä kysymyksiä liikuntamuodon löytämiseksi. Luento: toiminta- ja suorituskyky, terveys- ja kuntoliikunta, liikkumattomuuden riskit, lihaskunto, kestävyys ja energiankulutus eri liikuntalajeissa. Lihashuolto-ohjeet.
8.	Suunnitelman avulla päästään tavoitteisiin. Vertaismalli edistää muutosta. Tieto eri liikuntamuodoista motivoi osallistujia liikunnan aloittamiseen. Seurata ja toteutuksen arviointi edistää muutosta.	Osallistujat toteuttavat muutosta suunnitelmallisesti ja aloittavat säännöllisen liikunnan. Osallistujat tunnistavat omat liikunnan esteensä ja pyrkivät poistamaan niitä. Osallistujat liittyvät muutosprosessiin seurannan ja arvioinnin avulla.	Materiaalin jako poissa olleille aiemman kokoontumisen aiheista. Liikuntasuunnitelman laatiminen pienryhmissä ja opetuskeskusteluna. Liikunnan esteistä keskustelu. Kirjallinen itsearviointi kotitehtäväksi. Keskustelu itsensä palkitsemisesta.
9.	Keinojen pohtiminen edistää muutosta. Tieto rakentuu ryhmäkeskustelussa. Motivaation käsittely ryhmässä edistää muutosta. Elintapojen muutosprosessi on hidas ja sisältää taantumia.	Osallistujat jakavat pienryhmissä muutoksen keinoja. Vertaismallin käyttö mahdollistuu. Ryhmän motivaatio vahvistuu. Osallistujat käyttävät muutoksen seurannassa päiväkirjaa ja hyväksyvät taantumien normaalinä.	Luento: rentoutuminen. Toteutuksen arviointi ja keinojen jakaminen pienryhmissä. Osallistujien puhevuoroihin tarttuminen, tiedon täydentäminen ja toisille jaetun tiedon vahvistaminen. Motivaation arviointi. Seurantakalenterin käytön ohjaus.

Ryhmä 2

Ryhmän 2 ensimmäisessä kokoontumisessa ohjaaja pyysi osallistujia esittäytymisen yhteydessä kertomaan ryhmään tulostyistä, ryhmäohjaukseen kohdistuvista odotuksista ja esitteli tulevien kokoontumisten sisältökokonaisuudet. Osallistujia ohjattiin ruokapäiväkirjan käyttöön. Kotitehtäväksi tuli kirjata tyyppillisen aamupalan tai lounaan sisältö, josta osallistujat saivat myöhemmin yksilöllisen palautteen. Ohjaaja tarjosi osallistujille myös sähköpostitse mahdollisuutta kysyä elintapamuutokseen liittyviä neuvoja. Omaa ruokavaliota koskeva tuoteselostetehtävä annettiin osallistujille (taulukko 5, liite 7).

Toisessa kokoontumisessa ryhmän 2 ohjaaja luennoi metabolisesta oireyhtymästä, ylipainosta ja tyyppin 2 diabeteksesta tehden samalla herätteleviä kysymyksiä osallistujille. Riskipistelomakkeiden täyttäminen, ruokapäiväkirja ja tavoitteiden laadinta annettiin kotitehtäväksi. Muutosta koskevien elintapojen valintaa käsiteltiin pienryhmissä. Kolmannessa kokoontumisessa ohjaaja teki kysymyksiä ruokapäiväkirjan käytöstä ja muistutti käytettyjen pakkausten tuoteselosteiden keräämisestä. Koska vain muutama osallistuja oli laatinut muutostavoitteet, tavoitteiden laatiminen annettiin uudelleen kotitehtäväksi. Ohjaaja luennoi ruoka-aineiden energiasisällöistä, energiantarpeesta ja vastasi osallistujien kysymyksiin. Kirjallista materiaalia jaettiin osallistujille. Osallistujat ohjattiin terveyskeskukseen veren rasva-arvo- ja verensokerilähetteen saamiseksi (taulukot 5 ja 8, liite 7).

Neljännessä kokoontumisessa käsiteltiin riskipistetuloja. Ohjaaja luennoi ravintorasvoista ja vastasi osallistujien moniin kysymyksiin. Osallistujia ohjattiin tiedonhakuun internetissä, ja he saivat yksilökohtaiset palautteet aamupala- tai lounassisällöistä. Osallistujat vertasivat tavoitteita ja muutoksessa käyttämiään keinoja pienryhmissä. Viidennen kerran luennon ja opetuskeskustelun aiheena olivat ravintorasvat sekä kolesterolin ja suolan välttäminen ruokavaliossa. Osallistujat kävivät läpi keräämiensä tuotepakkausten sisältöjä pienryhmissä ja ohjaaja kehotti tarkkailemaan tuotteiden energia-, rasva-, suola- sokeri- sekä kuitupitoisuuksia (taulukko 5, liite 7).

Kuudennessa kokoontumisessa jaettiin sekä liikunta- että ruokavaliosuosituksia osallistujille. Opetuskeskustelussa käsiteltiin ruoka-ainepyramidin ja lautasmallin avulla suositeltavia ateriakoostumuksia. Aterioiden energiapitoisuuksia vertailtiin ja osallistujia ohjattiin oman energiatarpeen laskemiseen. Osallistujia ohjattiin arvioimaan toteutettuja muutoksia pienryhmissä, joissa lisäksi keskusteltiin syömisen hallintakeinoista. Seitsemännen kokoontumisen luennossa ja opetuskeskustelussa käsiteltiin yksilön muutosvaiheita, toiminta- ja suorituskykyä sekä terveys- ja kuntoliikunnan eroja. Lisäksi käsiteltiin lihaskunto- ja kestävyysliikuntaa, energiankulutusta eri liikuntamuodoissa ja liikumattomuuden vaikutuksia terveyteen. Myös lihahuoltoa käsiteltiin liikunnan osana ja siitä jaettiin kirjallista materiaalia (taulukko 5, liite 7).

Kahdeksannessa kokoontumisessa osallistujia ohjattiin laatimaan liikuntasuunnitelmia pienryhmissä, mikä jälkeen suunnitelmista ja liikunnan esteistä keskusteltiin koko ryhmässä. Osallistujat saivat kotitehtäväksi muutoksen kirjallisen arvioinnin laatimisen. Ohjaaja teki osallistujille kysymyksiä itsensä pal-

kitsemisestä onnistuneen muutoksen yhteydessä. Viimeisessä kokoontumisessa muutoksen toteuttamisesta ja siinä käytetyistä keinoista keskusteltiin pienryhmissä. Ohjaaja tarttui osallistujien esittämiin aiheisiin, täydensi ja vahvisti osallistujien kertomaa tietoa. Osallistujien motivaatiota viimeisessä kokoontumisessa mitattiin yhteisen motivaatiojangan avulla. Ohjaaja ohjasi osallistujia muutoksen seurantakalenterin käyttöön (taulukko 5, liite 7).

Ohjatessaan osallistujia yksilöllisesti ohjaajat pyrkivät laajentamaan tiedonsiirron koko ryhmälle, jotta kaikki osallistujat hyötyisivät tiedosta, mistä seuraavassa on aineistolainaus:

"Sillon, jos teillä on polvissa ongelmia, selässä ongelmia, niin sauvat kannatta ilman muuta ottaa käyttöön, koska se auttaa sitä selkää ja auttaa niitä polvia ja sillon se, toki se tehostaakin kävelyä." (R 1, ohjaaja nro 2, 3. kokoontuminen)

Energiantarvetta, -kulutusta ja ravitsemusta koskevassa tiedonsiirrossa molempien ryhmien ohjaajat loivat havainnollistamalla tilanteita, joissa osallistujien oli mahdollisuus vertailla uutta tietoa omiin ruokavaliotottumuksiin ja energiansaantiin sekä havaita niissä muutostarpeita. Ruokailutottumuksien ja ravitsemussuosittelujen vertailua ohjaajat käyttivät myös rasva-, kuitu- ja suolatestien yhteydessä, joiden avulla he välittivät osallistujille tietoa myös muutoksen keinoista:

"No tuliks sulle sen suolan suhteen mitään yllätyksiä vai tiesitkö...?" (R 1, ohjaaja nro 1, 6. kokoontuminen)

"Tää suola mulle varmaan on se kaikkein kovin paikka tässä, että siis se, että tota enhän mä niinku, siis, niinku tässä on nyt nää, tajusin tän ensimmäisenki, et valmiiseen ruokaan, et niin, kun." (Osallistuja nro 5, 6. kokoontuminen)

Ohjaajat kertoivat tietoa opetuskeskusteluissa kysymysten avulla, tarkensivat ja täydensivät sitä tai vahvistivat osallistujien esille tuomaa tietoa. Seuraavassa esimerkki ryhmän 1 ravintorasvoja koskevasta ryhmäkeskustelusta, jossa ohjaaja toiminnallaan edistää myös osallistujien välistä tiedonsiirtoa ja kysymysten tekemistä:

Ohjaaja nro 1: "Sä olit sillo viimeeks ni, ni mitä sulle jäi päällimmäiseks siitä? Ehit sä miettimään mitään?"

Osallistuja nro 8: "Siinä ole se rasvahomma, oli semmonen mikä, mikä nyt ensimmäisenä tuli."

Ohjaaja nro 1: "Nii justii."

Osallistuja nro 8: "Se oli semmonen uus hoksaus."

Ohjaaja nro 1: "Mitä se niin ku oikeesti tarkoittaa."

Osallistuja nro 8: "Nii, nii."

Ohjaaja nro 1: "Että se tuli konkreettisesti siinä esille. Et sitä tarvitaan sitä pehmeitä ja ja se ei niiku auta se, että jättää rasvan pois, niin ku teillä oli alkuasetelmassa."

Osallistuja nro 3: "Sen oon tiedostanu hyvin vahvasti, että kova rasva on paha, älä syö!"

Osallistuja nro 8: "Nii, nii just."

Osallistuja nro 3: "Nyt oli niin ku semmonen, että pitääki syyä sitä hyvää rasvaa."

Osallistuja nro 6: "Muuttuuko se sitten, muuttuuko se rasva sitte, jos se lämmitetään, niin ku sillo ol puhetta?" (R 1, 6. kokoontuminen)

6.1.3 Ohjaajien ajankäyttö ryhmäohjauksessa tiedonsiirtoon

Ohjaajien ajankäytön jakaantumista on kuvattu taulukossa 6 kokoontumiskerroittain. Ohjaukseen liittyvät järjestelyt sisälsivät kokoontumisten ja testien ajankohtien sopimisen, liikuntaosoiden suunnittelun ja ulkopuolisiin kokoontumispaikkoihin ohjeistamisen, projektiin liittyvien lomakkeiden täyttämisen, laboratoriokokeisiin lähettämisen ja ryhmässä 2 myös osallistumisilmoittautumiset. Kaikkien kokoontumisten ryhmäohjausajasta järjestelyt veivät ryhmässä 1 yhteensä 74 minuuttia ja ryhmässä 2 yhteensä 98 minuuttia (taulukko 6).

Tiedonsiirtoon sisältyivät luennot, opetuskeskustelu sekä kotitehtävien ohjeistus ja tarkistus. Tiedonsiirto vei ohjaajien kokonaisajankäytöstä ryhmässä 1 reilun kolmanneksen (33,5 %) ja ryhmässä 2 puolet (50 %). Osallistujan tiedon tarkistamista, yksilökohtaista neuvontaa ja opastusta sisältyi ryhmässä 1 myös osallistujien itsearviointeihin (taulukko 6).

Liikuntaharjoitukset käsittivät ohjattuja harjoituksia sisällä ja ulkona, ja ne veivät ryhmän 1 kokonaisajankäytöstä 12,1 % ja ryhmän 2 yli kolmanneksen (34,5 %). Molemmissa ryhmissä tiedonsiirto oli olennainen osa harjoituksia. Liikuntaharjoitusten aikana ohjaajat perustelivat liikkeitä, kertoivat normaaleista liikeradoista, liikkeiden vaikutuksesta kehon eri osiin, varoittivat vääristä suoritustavoista ja antoivat tietoa osallistujien ikään sopivista harjoituksista. Etenkin ryhmässä 2 osallistujat esittivät liikuntaharjoitusten aikana runsaasti kysymyksiä, joihin ohjaaja vastasi. Ryhmässä 2 liikuntaharjoituksiin sisältyvä tiedonsiirto käsitti myös uintitekniikan ja kuntosalilaitteiden käyttöön opastuksen (taulukko 6). Kuntotestit käsittivät lihaskuntotestit ja niiden palautetilanteet, joissa osallistujat saivat tietoa testeistä, ikää vastaavista kuntoluokista ja keinoista parantaa kuntotasoa. Sen osuus ryhmän 1 ajankäytöstä oli 13,4 %. Ryhmän 1 kävelytesti suoritettiin ryhmäohjauksen ulkopuolella erillisenä ajankohdana, eikä sitä laskettu mukaan ajankäyttöön. Ryhmässä 2 kuntotestejä ei toteutettu (taulukko 6).

Ryhmässä 2 käytettiin pienryhmätyöskentelyä, mitä taas ryhmässä 1 ei toteutettu. Pienryhmätyöskentelyssä osallistujat käsittelivät muutostarpeitaan, tavoitteiden laatimista ja jakoivat muutoksessa käyttämiään menetelmiä ja keinoja. Pienryhmätyöskentelyä oli kuitenkin vain 6,3 % ohjausajasta (taulukko 6).

Itsearviointi sisälsi ohjaamisen osallistujien oman muutoksen itsearviointiin. Osallistujat ohjattiin itsearviointeihin vuorotellen, minkä vuoksi se aineistolainauksissa tulee esiin "kuulumiskierroksena". Itsearvioinnit veivät ryhmän 1 kokonaisajasta lähes neljänneksen (23,3 %). Ryhmässä 2 itsearviointeja ei toteutettu (taulukko 6).

TAULUKKO 6 Ohjaajien ajankäyttö kokoontumiskerroittain ryhmissä 1 ja 2.

Ryhmä- toimin- ta	Järjestelyt/ min.		Tiedonsiir- to/min.		Liikuntahar- joituk- set/min.		Kunto- tes- tit/min.	Pien- ryhmät/ min.	Itsear- viointi/ min.	Mittauk- set/min.
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R1
1.	10	29	33	40	18		50	21	21	18
2.	1	10	4	71			15	9	35	
3.	10	6	39	30	9	30			22	
4.	11	3	63	58	19	23		12		20
5.	1	2	43	46	17	42			31	15
6.	7	8	17	63	35			19	42	
7.	22	9	16	77			42		10	
8.	12	11	54	73				6	27	15
9.		20		70						
10.							90			
11.							90			
12.							90			
Yht. min.	74	98	269	528	98	365	107	67	188	68
Yht. 100 %	9,2	9,2	33,5	50	12,1	34,5	13,4	6,3	23,3	8,5

Mittaukset käsittivät paino-, vyötärönympärys- ja verenpaineen mittaukset. Osassa ryhmän 1 mittauksista toinen ohjaaja jatkoi ohjausta niiden aikana, minkä vuoksi kaikista kokoontumisista ei sarakkeeseen ole merkitty ajankäyttöä mittauksiin. Ryhmässä 1 mittaukset veivät kokonaisajasta 8,5 % ja osallistujat saivat niiden yhteydessä yksilöllistä palautetietoa paino-, vyötärönympärys- ja verenpainearvoistaan. Ryhmässä 2 mittauksia suoritettiin vain kahdesti, kolmannella ja viimeisellä kerralla, eikä niihin sisältynyt ohjausta. Ne toteuttivat mukana seuranneet opiskelija ja tutkija, eikä niihin käytettyä aikaa laskettu ohjaukseen (taulukko 6).

Ryhmässä 1 ohjauksen kesto ylittyi useita kertoja suunnitellut 90 minuuttia. Ryhmässä 2 kokoontumisten kesto oli lähes aina suunniteltu 90 minuuttia (taulukko 6). PPP-painonhallinnan ryhmäohjausmallin ohjaussisällöt olivat laajat (liitteet 4 ja 5), minkä vuoksi kokoontumiseen varattu aika ei jokaisella kerralla riittänyt tiedonsiirtoon ohjaajien suunnitteleamalla tavalla, esimerkiksi ryhmässä 1 toisella kokoontumiskerralla itsearviointi ja kuntotestit veivät lähes koko ohjausajan. Toisaalta taas, ryhmän 1 ohjaajien aloittaessa tiedonsiirrolla neljännessä kokoontumisessa itsearviointikierros jäi pois kokoontumisesta (taulukko 6). Ohjaussisältöjen laajuus ja tiedonsiirtoon liittyvän ajan riittämättömyys tulivat esiin seuraavissa ohjaajien puheenvuoroja koskevista aineistolainauksissa:

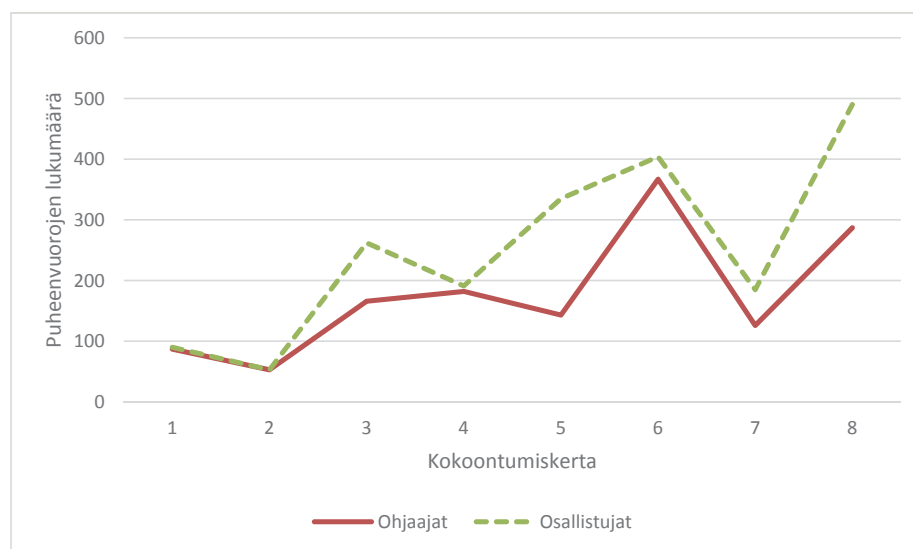
”Mä en nyt kerinny käydä tässä viimeeks läpi ollenkaan niitä asioita sen kummemin.” (R 1, ohjaaja nro 1, 3. kokoontuminen)

”...mennään aika pikaisesti eteenpäin” (R 2, ohjaaja, 5. kokoontuminen)

”Tänään, tosiaan mä lupasin teille kalvosulkeisia...niin paljon kalvoja, ei käydä ihan kaikkia, kaikkia tota noin ni läpi...mutta saatte sitten nää paketit myös tota monisteenä.” (R 2, ohjaaja, 2. kokoontuminen)

6.1.4 Ohjaustyylin muutos tiedonsiirrossa

Ohjaukset edetessä yksisuuntainen tiedonsiirto molemmissa ryhmissä väheni ja opetuskeskustelut lisääntyivät, mitä on kuvattu ryhmien 1 ja 2 ohjaajien ja osallistujien puheenvuorojen määrillä kokoontumiskerroittain kuvioissa 2 ja 3. Puheenvuorojen määrä molemmissa ryhmissä vaihteli kokoontumiskerroittain, mutta sekä ohjaajien että osallistujien puheenvuorot lisääntyivät ohjaukset edetessä molemmissa ryhmissä (kuviot 2 ja 3).



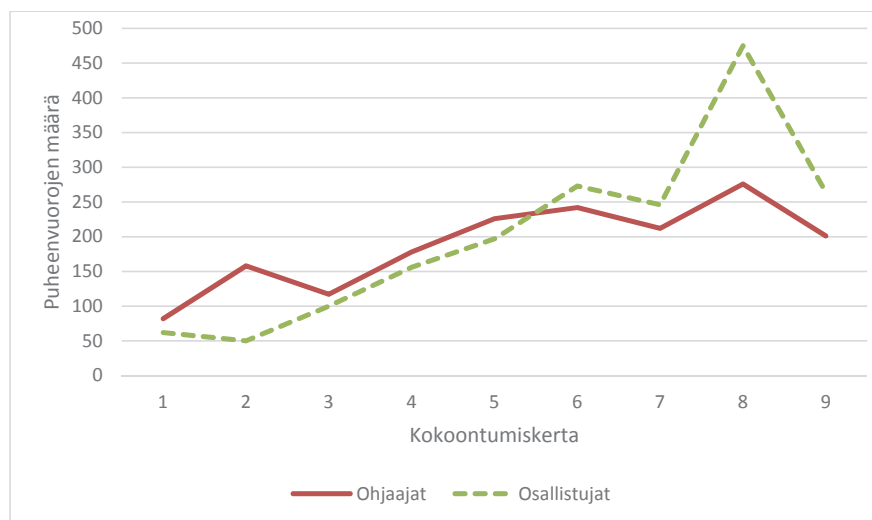
KUVIO 2 Ryhmän 1 ohjaajien ja osallistujien puheenvuorot kokoontumiskerroittain.

Osallistujien puheenvuoroja oli ryhmän 1 kaikissa kokoontumisissa enemmän kuin ohjaajien lukuun ottamatta yhtä kokoontumista, jossa ohjaajien ja osallistujien puheenvuoroja oli yhtä paljon. Ryhmän 1 ensimmäisissä kokoontumisissa diabeteksen riskitekijöitä ja ehkäisyä koskeva luento (liite 4) sisälsi ohjaajien pitkiä puheenvuoroja, jolloin osallistujien puheenvuoroja oli vähän. Ryhmän 1 toisessa kokoontumisessa osallistujien ensimmäisen itsearviointin puheenvuorot olivat pitkiä ja veivät paljon aikaa. Ohjaajat eivät vielä tällä kokoontumiskerralla kommentoineet itsearviointeja, mikä vähensi heidän puheenvuorojensa määrää. Lisäksi toisella kerralla puheenvuorojen määrää laski se, että siihen sisällyntä, eri tiloissa tapahtunutta kuntotestausta ei tallennettu (kuvio 2).

Kolmannella kerralla kuntotestitulosten läpikäynti ja liikunta aiheena (liite 4) lisäsivät sekä ohjaajien että osallistujien puheenvuorojen määrää. Neljännellä

kerralla liikuntaan liittyvät ohjaussisällöt olivat laajat ja ohjaajien puheenvuorot pitkiä, jolloin osallistujien puheenvuoroja oli vähemmän. Viidennellä kerralla ohjaussisältöinä olivat energiankulutus, ravinnon energiasisällöt sekä liikuntasuosituksen ja ohjaajat käyttivät paljon opetuskeskustelua, jolloin osallistujien puheenvuorojen määrä nousi, vaikka osallistujien itsearviointin puheenvuorot olivatkin pitkiä ja määrällisesti vähäisiä (kuvio 2).

Kuudennella kokoontumiskerralla ohjaajat kertoivat opetuskeskustelujen avulla ravintorasvoihin liittyviä asioita ja ohjasivat osallistujia tiedon soveltamiseen, jolloin ohjaajien ja osallistujien puheenvuoroja oli lähes yhtä paljon. Seitsemännän kokoontumisen puheenvuorojen vähäinen määrä johtui kuntotestauksesta, joka vei ohjaisaika ja jota ei tallennettu. Viimeisessä kokoontumisessa ohjaajat kertoivat aiempia sisältöaiheita, antoivat aikaa osallistujien kysymyksille, kommenteille ja kokemusten kertomiselle, mikä taas lisäsi puheenvuorojen määrää. Osallistujien lukumäärä kokoontumiskerroittain vaihteli, mikä voi myös vaikuttaa puheenvuorojen lukumääriin. Keskimäärin kokoontumisissa oli 5,7 osallistujaa / kokoontumiskerta (kuvio 2, liite 4, taulukko 1).



KUVIO 3 Ryhmän 2 ohjaajan ja osallistujien puheenvuorot kokoontumiskerroittain.

Ryhmän 2 kokoontumisissa oli läsnä keskimääriin 11 osallistujaa (taulukko 1). Ohjaajan puheenvuoroja oli viidessä ensimmäisessä kokoontumisessa enemmän kuin osallistujien puheenvuoroja, mikä eroaa ryhmän 1 tuloksista. Lisäksi ohjaajan puheenvuorot ryhmän kolmessa ensimmäisessä kokoontumisessa olivat kestoiltaan pitkiä. Luentojen lomassa ohjaaja teki osallistujille yhteisesti lyhyitä, herätteleviä kysymyksiä muutostarpeen esille saamiseksi. Koska ohjaajan oli sisällön runsauden (liite 5) vuoksi siirryttävä aiheissa eteenpäin, hän ei odottanut niihin aina vastausta, tai niihin vastattiin lyhyesti ja vastaaminen tuli tavaksi vain muutamille osallistujille (kuvio 3).

Ohjaajan pitkät luentomaiset puheenvuorot kuitenkin vähenivät ja opetuskeskustelun osuus lisääntyi selvästi viidennestä kokoontumiskerrasta eteenpäin, jolloin osallistujat vastasivat ohjaajan kysymyksiin laajemmin, esittivät tarkentavia kysymyksiä ja kommentoivat. Seitsemännessä kokoontumisessa taas laajat sisällöt (liite 5) ja ohjaajan pitkät puheenvuorot vähensivät puheenvuorojen määrää (kuvio 3).

Kahdeksannessa kokoontumisessa osallistujakeskeisyys tuli esiin jo ohjaajan aloituspuheenvuorossa ja osallistujien puheenvuorojen määrä nousi selvästi edellisiin kokoontumisiin verrattuna (kuvio 3):

”Eli tänään oikeestaan aika paljon semmonen turina, turinakerta, jokainen saa sanoo tota omia, omia mielipiteitään ja asioitaan.” (R 2, ohjaaja, 8. kokoontuminen)

Tiedonsiirron muutosta ohjaajakeskeisestä tiedonsiirrosta osallistujakeskeiseen tiedonrakentamiseen on kuvattu molemmissa ryhmissä myös luokittelemalla osallistujien puheenvuorojen sisällöt aineistolähtöisesti (liitteet 8 ja 9) ja vertaamalla luokkien lukumääriä kahden eri kokoontumisen välillä (taulukko 7).

Ryhmässä 1 puheenvuorojen eri luokkien lukumäärien vertailua tehtiin ohjauksen kolmannen ja kahdeksannen kokoontumiskerran välillä. Kolmannessa kokoontumisessa oli seitsemän ja kahdeksannessa neljä osallistujaa. Kolmannessa kokoontumisessa käsiteltiin kuntotestien tuloksia, liikuntaa sekä tavoitteiden laadintaa ja kahdeksannessa kokoontumisessa kerrattiin ryhmäohjauksen aiheita (liite 4). Kolmannessa kokoontumisessa osallistujat käyttivät puheenvuoroja 262 (37/osallistuja) ja kahdeksannessa 490 (123/osallistuja) kertaa eli puheenvuorojen määrä lähes kaksinkertaistui. Kolmannen kokoontumisen puheenvuoroista oli osallistujien kysymyksiä 26 (4/osallistuja) ja kahdeksannen kokoontumisen puheenvuoroista 60 (15/osallistuja), joten kysymysten määrä yli kaksinkertaistui. Kommenttien määrä oli kolmannessa kokoontumisessa 53 (8/osallistuja) ja kahdeksannessa 145 (36/osallistuja) eli kommenttien määrä lähes kolminkertaistui. Suurin ero oli kuitenkin osallistujien tuomien kokemusten lukumäärässä, joka oli kolmannessa kokoontumisessa 34 (5/osallistuja) ja kahdeksannessa 136 (34/osallistuja) eli määrä nelinkertaistui kolmannen ja kahdeksannen kokoontumisen välillä (taulukko 7).

Ryhmässä 2 muutosta ohjaajakeskeisestä tiedonsiirrosta osallistujakeskeiseen tiedonrakentamiseen on kuvattu neljännen ja kahdeksannen kokoontumisen välillä (taulukko 7). Osallistujien määrä neljännessä kokoontumisessa oli 15 ja kahdeksannessa 10. Neljännen kokoontumisen aiheena olivat ravintorasvat ja kahdeksannen kokoontumisen liikunta (liite 5). Neljännessä kokoontumisessa osallistujien puheenvuorojen määrä oli ryhmässä 2 vain 156 (10/osallistuja), kun kahdeksannessa kokoontumisessa puheenvuorojen määrä 475 (48/osallistuja) eli yli kolme kertaa enemmän. Neljännessä kokoontumisessa osallistujien kysymyksiä oli 19 (1/osallistuja) ja kahdeksannessa 35 (4/osallistuja). Osallistujien kommenttien määrä oli neljännessä kokoontumisessa 20 (1/osallistuja) ja kahdeksannessa 120 (12/osallistuja) eli kuusi kertaa enemmän (taulukko 7).

TAULUKKO 7 Ryhmän 1 osallistujien puheenvuorojen sisällöt ja lukumäärät 3:nnessä ja 8. kokoontumisessa ja ryhmän 2 osallistujien puheenvuorojen sisällöt ja lukumäärät 4:nnessä ja 8. kokoontumisessa.

Ryhmä	1		2	
	3. kokoontu- minen Kuntotestit, liikunta ja tavoitteiden laadinta	8. kokoontu- minen Ohjauksen keskeisten aiheiden ker- taaminen	4. kokoontu- minen Ravintorasvat	8. kokoontu- minen Liikunta
	Puheenvuorojen lkm			
Aikataulu, läsnäolo, mate- riaali	19	12	9	38
Tutkimukset ja testit	26	24	2	2
Vastaus kysymykseen	23	36	22	30
Aiheeseen liittyvä kysymys	26	60	19	35
Aiheeseen liittyvä kom- mentti	53	145	20	120
Oman kokemuksen esiin tuominen	34	136	5	97
Oman onnistumisen arvi- ointi	19	19	3	40
Ongelman esiin tuominen	19	6	14	14
Huolen jakaminen	8	0	5	2
Ratkaisuehdotus	9	8	5	48
Toisen kannustus	2	1	0	9
Tiedon antaminen	7	12	14	25
Huumorin käyttö	10	2	7	12
Muu	7	29	31	3
Yhteensä	262	490	156	475

Suurimmat erot olivat kuitenkin osallistujien omien kokemusten esiin tuomisessa; neljännessä kokoontumisessa kokemuksia tuotiin esiin vain viisi kertaa (alle 1/ osallistuja) ja kahdeksannessa 97 (10/ osallistuja) ja oman onnistumisen arvioin-
tien lukumäärässä, mikä kymmenkertaistui neljännen ja kahdeksannen kokoontu-
misen välillä. Lukujen perusteella myös ryhmän 2 osallistujat alkoivat kokoon-
tumisten edetessä arvioida tekemiään elintapamuutoksia ryhmässä (taulukko 7).

6.1.5 Tavoitteiden laadinnan ohjaus

Molemmissa ryhmissä ohjaajat kysyivät ensimmäisessä kokoontumisessa osallis-
tujilta ryhmäohjaukseen liittyvistä tulosodotuksista. Molemmissa ryhmissä osal-
listujilla oli useita tulosodotuksia (taulukko 2). Ryhmässä 1 niitä olivat painon
aleneminen (n=4), vyötärön ympäröityksen pieneneminen (n=2), saavutetun painon
pysyminen (n=1) ja painonhallinta (n=1). Vain kaksi (n=2) osallistujaa odotti ruo-
kavalion ja kolme (n=3) elintapojensa muuttumista pysyvästi. Osa toivoi painon-
pudotuksella olevan vaikutusta hoitotasapainoon, kuten verenpaineen (n=3) ja
veren rasva-arvojen alenemiseen (n=2). Yksi (n=1) osallistuja odotti parempaa

fyysistä kuntoa. Ryhmässä 2 osallistujien tulosodotuksia olivat painon aleneminen (n=14) ja saavutetun painon ylläpitäminen (n=5). Pysyvää elintapojen muutosta odotti vain kaksi (n=2) osallistujaa. Myös ryhmässä 2 osa osallistujista piti painonhallintaa keinona saavuttaa parempi hoitotasapaino, kuten verenpaineen (n=5), veren rasva-arvojen (n=3) tai verensokerin (n=2) aleneminen (taulukko 2).

Ryhmässä 1 tavoitteiden laatimista käsiteltiin kolmannessa ja neljännessä kokoontumisessa, mutta tavoitteiden tarkistaminen tuli esiin ohjauksessa jatkuvasti tiedonsiirron yhteydessä (taulukko 8, liite 10). Ohjaaja antoi kirjallisten tavoitteiden laatimisen osallistujille kotitehtäväksi kolmannessa kokoontumisessa ja kokosi tavoitteet seuraavassa kokoontumisessa. Kuitenkin koko ryhmäohjauksen aikana tapahtuvan tiedonsiirron yhteydessä ohjaajat suosittelivat uuteen tietoon liittyvien tavoitteiden laatimista, aiempien tavoitteiden tarkistamista ja niiden liittämistä arkeen, jotta uusi käyttäytymistapa muodostuisi tavaksi. Ohjaaja viittasi jo ensimmäisessä kokoontumisessa PPP- painonhallinnan ryhmäohjausmallin periaatteisiin ja osallistujien esittelykierroksella esille tuomiin aiempiin painonhallintayrityksiin, joiden avulla uudet käytännöt eivät olleet muuttuneet pysyviksi seurauksena painon takaisin nousu. Jo tässä vaiheessa ohjaajat kehottivat kriittisyyteen määrällisten tavoitteiden asettamisessa ja korostivat tavoitteiden kohdistamista jokapäiväisiin tottumuksiin ja saavutettujen muutosten ylläpitämiseen:

”Se ensisijainen tavoite ei kuitenkaan ehkä oo se kilojen laskeminen, vaan että opittas niitä itselle sopivia normaaleja käytäntöjä, joita sitten voi noudattaa ihan lopun elämän. Et ei oo niin, että nyt kuurin pidän tässä vaiheessa vaan, ja sitten taas tottumukset palaa, niin kun teillä monellakin tuntu olevan kokemusta siitä, että painoa vois pudottaa, se aika helposti käy.” (R 1, ohjaaja nro 1, 1. kokoontuminen)

Muutostarpeen tunnistamisessa ohjaajat käyttivät muutosaluelomaketta (liite 3), jonka avulla osallistujan oli helppo valita se muutosalue, jolla hän oli valmis aloittamaan muutoksen, esimerkiksi liikunnan lisääminen, ateria-aikojen tai ateriakoostumuksen muuttaminen. Ohjaajat korostivat osallistujien omaa arviota muutosvalmiudesta jokaisella muutosalueella erikseen ja edellyttivät valmiutta muutokseen ennen tavoitteiden asettamista jättäen kuitenkin muutosaluelomakkeen hyödyllisyyden arvioinnin ja päätöksen sen käytöstä osallistujille. Seuraavassa aineistonäytteessä osallistujia ohjataan muutosaluelomakkeen käyttöön tavoitteiden laatimisessa:

”... tämmönen elintapojen muutosten kartoitus ja seurantalomake. Tässä on koottu niitä asioita, että mitkä olis ne pääasiat näissä elintavoissa, mitä vois tarkastella ja sitten vois miettiä, että onko valmis muutokseen ja minkälaiset tavoitteet vois asettaa, niin tää vois olla semmonen työkalu, voisitte ihan itte miettiä, et mitä tää nyt on, onko tästä teille hyötyä. Jos ei ole, niin ei ole.” (R 1, ohjaaja nro 1, 3. kokoontuminen)

Muutosaluelomaketta käyttäen ohjaaja ohjasi osallistujia myös esimerkkien avulla tunnistamaan muutostarpeita eri muutosalueilla ja kehotti sen jälkeen osallistujia pohtimaan, olivatko nämä valmiita aloittamaan muutoksen kyseisellä alueella. Ohjaaja antoi lomakkeen avulla myös esimerkkejä eri muutosvaiheista:

... siellä on eri kohdat, mihin ehkä kannattaisi kiinnittää huomiota. On painoindeksi, ateriarytmi, rasvan määrä, ne menee alaspäin, sit siellä on sarake muutostarve, voi itelleen miettiä, että onko siihen tarvetta, vaikka rasvan määrää, pitäskö vähentää vai eikö tarvii, onko suolan määrä, pitäskö sitä vähentää vai ei. Ja sitten, jos on, on tarvetta, niin minkälainen se oma muutosvalmius silloin on, onko valmis tässä vaiheessa panostamaan asiaan vai ehkä joskus myöhemmin, harkitsee tai on jopa valmis, on jopa kokeillut ja siihen suuntaan ja sitten voi olla ihan tämmöne tavoite asetettu tai että muutosta jo toteuttaa (R 1, ohjaaja nro 1, 3. kokoontuminen)

Ryhmän 1 ohjaajat palasivat myöhemmissä kokoontumisissa tavoitteiden laadintaan ja muistuttivat pienistä, konkreettisista, jokapäiväisiin toimintoihin ja tapoihin kohdistuvista osatavoitteista, joiden toteutuminen olisi todennäköisempää kuin pitkän aikavälin kokonaistavoitteiden:

”Ne pienet päätökset, et mihin kannattaa satsata, että, eikä pyrkiäkään niihin korkeisiin, suuriin tavoitteisiin, kun ne tuppaa olemaan, ettei niistä tuu mittään. Paremmiin, kun ne muutokset on pieniä ja ehkä vielä enempi koostuu semmosista toiminnan muutoksista ja tapojen muutoksista.” (R 1, ohjaaja nro 1, 7. kokoontuminen).

Ohjatessaan osallistujia tavoitteiden asettamiseen ohjaajat painottivat samalla toimintasuunnitelman laatimista, esimerkiksi liikunnassa suorituskertojen säännöllisyyttä, ”Yrittäkää tehdä päivittäin jotain!”, jotta uusi toimintamalli tulisi käyttöön. Ohjaajat toimivat myös itse esimerkkinä kuvatessaan uuden tiedon mukaista tavoitetasoa ja sen hakemista.

”Se arkihyötyliikunta, niin siihen kannattaa yrittää kanssa satsata. Jos on suinkin mahdollista, ottaa siitä päivästä liikuntaa irti hiukan lisää... puoli tuntia päivässä, se voi jopa koostua niistä kymmenen minuutin jaksoista.” (R 1, ohjaaja nro 2, 5. kokoontuminen)

”Jotta mulle tuli se terveystoimintamäärä, niin piti kävellä nämä työmatkat.” (R 1, ohjaaja nro 2, 4. kokoontuminen)

Koska osallistujien aktiivisesta liikunnan harrastamisesta oli usein kulunut pitkä aika, heidän oli vaikea asettaa liikuntaa koskevia tavoitteita ohjaajien suositteluissa lajeissa. Jo pyörällä ajo ja hiihto olivat osalle niin vaativia, että ohjaaja joutui antamaan neuvoja tasapainon harjoittamiseksi ennen kuin niitä voitiin asettaa tavoitteiksi. Tämän vuoksi ohjaajat jo tavoitteita ehdottaessaan antoivat samalla liikuntatekniikkaan liittyviä neuvoja ja suostuttelivat osallistujia laatimaan siihen liittyviä tavoitteita. Seuraavassa aineistolainauksessa osallistuja tuo esiin fyysisen kuntonsa muutoksen aiempaan tasoon, jolloin ohjaaja opastaa osallistujaa yksilöllisesti antaen esimerkin, mille tasolle tavoitteen voi asettaa:

Osallistuja nro 2: ”En enää nostais tuosta käsilläni, punnertas.”

Ohjaaja nro 2: ”Punnerrus on tota sellainen hyvä testi kanssa ja tota sitähän kannattaa tietenk... naisten punnerrus, että on polvet maassa ja lonkat mahdollisimman suorina ja lähtee kokeileen, että monta menee ja sitten sitä kanssa kun tekee säännöllisesti, niin huomaa hyvin herkästi ja nopeesti sen paranemisen.” (R 1, ohjaaja nro 2, 3. kokoontuminen)

Ryhmässä 2 ohjaaja antoi tavoitteiden laatimisen kotitehtäväksi toisessa kokoontumisessa ja toisti tehtäväksiannon kolmannessa kokoontumisessa, koska

suurella osalla tavoitteet olivat tekemättä ja osalle osallistujista tavoitteita koskeva käsitteistö oli vierasta. Ohjaaja ohjasi osallistujia muutosalueiden valintaan esimerkkejä käyttäen, korosti lyhyelle aikavälille asetettuja, konkreettisia ja realistisia osatavoitteita sekä varoitti liian suurien päätavoitteiden asettamisesta. Jo tässä vaiheessa ohjaaja kehotti osallistujia liittämään tavoitteet muutoksessa käytettäviin keinoihin. Ohjaaja muistutti osallistujia, että tavoitteita tulaisiin tarkistamaan sitä mukaa, kun ruokavaliota ja liikuntaa koskevaa tietoa käsitellään ryhmässä ja osallistujien tietomäärä kasvaa. Tavoitteiden laatimisessa ohjaaja kehotti osallistujia valitsemaan muutosalueelomakkeesta kaksi tärkeintä aluetta, joilla nämä olivat halukkaita aloittamaan muutoksen. Jäljelle jääneet muutosalueet ohjaaja pyysi pisteyttämään tärkeysjärjestyksessä. Myös ryhmän 2 ohjaaja kehotti osallistujia arvioimaan muutosvalmiuttaan eri muutosalueella ennen tavoitteiden laadintaa. Ohjaaja vielä kertasi ohjeistuksensa esimerkkejä käyttäen ja varmisti osallistujilta sen ymmärrettävyyden:

"Henkilökohtaiset tavoitteet seuraavaksi kahdeksi kuukaudeksi...mitä käytännössä mikään tarkoittaa. Nyt teillä ei vielä välttämättä, osalla on tietoo ja niin kun tuossa käytiin läpi, on sitä ravitsemustietoo ja on tietoo liikunnasta ja muusta...me käyvään niitä läpi vielä tarkemmin...mutta mikä tässä vaiheessa tuntuu." (R 2, ohjaaja, 2. kokoontuminen)

"Pienillä, pienillä tavoitteilla nyt vaikka yks seuraava välietappi." (R 2, ohjaaja, 2. kokoontuminen)

"Pohdit sitä, miten sä lähet liikkeelle ja mitä sä teet käytännössä." (R 2, ohjaaja, 3. kokoontuminen)

"Saa olla niitä pieniä päätöksiä tavoitteiksi, että millä lähtee liikkeelle. Et jos mä haluun kaksikytä kiloo pois äkkiä, se on se väärä tavoite." (R 2, ohjaaja, 4. kokoontuminen)

Ryhmän 2 ohjaaja korosti tavoitteiden laatimisen yhteydessä muutokseen ryhtymistä *"miten sä lähet liikkeelle?"* ja toimintaa tavoitteiden saavuttamiseksi *"mitä sä teet käytännössä?"*. Ohjaaja pyrki madaltamaan tavoitteen laatimisen aloittamista kehottamalla laatimaan vain sillä hetkellä esille nouseva tavoite *"mikä tässä vaiheessa tuntuu?"*, viittaamalla osallistujan valmiuteen vain jollakin muutosalueella *"mihin sä oot valmis panostaan?"*, tavoitteiden asteittaiseen nostamiseen *"vähän kerrallaan liikkeelle ja sitä mukaa lisätään"*, painonhallinnan tavoitteiden kokonaisuuteen *"pieniä välitavoitteita ja sit kohti sitä suurempaa päämäärää"*. Ohjaaja viittasi muutoksen vaatimaan aikaan ohjatessaan tavoitteiden sijoittamista riittävälle aikavälille *"ei nyt mitään kauheeta aikarajaa, takarajaa laita siihen"* (R 2, ohjaaja, 1., 2. ja 4. kokoontuminen).

Tavoitteiden laatiminen tuli ryhmän 2 ohjauksessa jatkuvasti esiin uuden tiedon käsittelyn, muutostarpeiden havaitsemiseen ohjaamisen, keinojen käsittelyn ja väliarvioinnin yhteydessä. Ohjaaja kehotti osallistujia pohtimaan sen hetkisiä elintapoja uuden tiedon pohjalta, tarkastelemaan niissä ilmeneviä muutostarpeita järjestelmällisesti useasta ei näkökulmasta ja laatimaan tavoitteita sen mukaisesti. Seuraavissa aineistolainauksissa tavoitteiden liittyminen kiinteästi ruokavaliota ja liikuntaa koskevaan tiedonsiirtoon ja muutostarpeiden havaitsemiseen ohjaukseen tulee esiin:

”Miten pitäis syödä ja näin eli miettii sitä omaa syömistä eli vaikka ihan aamupalasta lähtien, että mitä siinä vois tehdä toisin, mitä vois vaihtaa johonkin muuhun...tai koko sitä päivän rytmiä miettimään...” (R 2, ohjaaja, 4. kokoontumiskerta)

”Elikkä käyvään vähän sitä liikunta-, vapaa-ajan suunnitelmaa. Mitä siellä kotiympäristössä, mitä siellä voi tehdä toisin tai ...työympäristössä tai muissa ympyröissä? Elikkä, minkälaista liikuntaa ja miten niitä askeleita ja muuta voi saada sinne lisää.” (R 2, ohjaaja, 8. kokoontumiskerta)

Tavoitteita käsiteltiin pienryhmissä neljännessä kokoontumisessa. Koska osalla osallistujista ei vielä ole ollut kirjallisia tavoitteita ja osalle pää- ja osatavoitteiden käsitteet olivat epäselviä, ohjaaja kertasi ohjeet ja kehotti osallistujia joko kirjaamaan joitakin tavoitteita tai ainakin suullisesti tuomaan niitä esiin pienryhmissä. Ohjaaja kehotti osallistujia pienryhmissä asettamaan ja vertailemaan tavoitteita, jakamaan hyväksi todettuja keinoja sekä korottamaan tavoitetasoa:

”...yhteisiä tavoitteita syömisen hallinnan kohalta, vertailette niitä... ja sit jos on hyviä vinkkejä sen käytännön toteuttamisen kannalta. Tää nyt katotaan yks osa-alue kerrallaan. Sit sitä liikuntapuolta, onko siinä varaa, varaa muuttaa tapojaan tai lisätä.” (R 2, ohjaaja, 4. kokoontumiskerta)

Pienryhmätyön tulokset ohjaaja kokosi lyhyesti yhteen. Käsittelyyn ei ollut paljon aikaa, koska ohjauksessa siirryttiin liikuntatuokioon. Tavoitteiden saavuttamista arvioitiin pienryhmissä kahdeksannessa kokoontumisessa, jolloin ohjaaja pyysi osallistujia arvioimaan osatavoitteiden saavuttamista, itsesäätelyn kehittymistä, korvaavien toimintojen käyttöä sekä ehdotti hyväksi koettujen keinojen jakamista:

”Pieniä asioita, miten on jo muuttanut omaa ruokavalio ja miten ehkä se kaveri pystyy muuttamaan sitä ruokavalio ja tota, onko sit keksinyt jonkun semmosen konstin, että ei nyt enää paakkaan kaikkea sinne suuhun, mitä sieltä kaapista löytyy, vaan että millä tavalla on sitten korvannut? ... että jos jollakulla on joku oikeen hyvä vinkki sieltä vielä kaverin kanssa jakaa.” (R 2, ohjaaja, 8. kokoontumiskerta)

Ryhmien 1 ja 2 ohjaajien tavoitteiden laatimista koskevat ilmaukset analysoitiin sisällönanalyyssissa aineistolähtöisesti (liitteet 10 ja 11). Analyysissa tuli esiin eroja ryhmien 1 ja 2 välillä. Ryhmän 1 ohjaajien ilmauksista muodostui neljä luokkaa ja niiden alle alaluokkia (liite 10). Luokat olivat muutostarpeen tunnistamiseen ohjaus, muutosvalmiuden arviointiin ohjaus, tavoitteiden laatiminen ja tavoitteiden laatu (taulukko 8). Ryhmässä 2 ohjaajan tavoitteiden laatimista koskevista ilmauksista muodostui sisällönanalyyssissa kuusi luokkaa ja niiden alle alaluokkia (liite 11). Luokat olivat muutostarpeen tunnistamiseen ohjaus, muutosvalmiuden arviointiin ohjaus, tavoitteiden valinta ja laatu, tavoitteiden liittyminen toimintasuunnitelmaan, tiedon käyttö tavoitteiden laatimisessa ja tavoitteiden tarkistaminen (taulukko 8). Molemmissa ryhmissä ohjaajat ohjasivat osallistujia muutostarpeen tunnistamiseen, muutosvalmiuden arviointiin ja tavoitteiden laatuun. Ryhmässä 2 tavoitteet liitettiin myös toimintasuunnitelmaan sekä tiedon käyttöön ja tavoitteita tarkistettiin pienryhmissä.

TAULUKKO 8 Tavoitteiden laadintaa koskevat ohjauspuheenvuorojen luokat ryhmissä 1 ja 2.

Ryhmä 1	Ryhmä 2
<u>Muutostarpeen tunnistamiseen ohjaus</u>	<u>Muutostarpeen tunnistamiseen ohjaus</u>
Muutosaluelomakkeen käyttö muutostarpeiden tunnistamisessa	Muutostarpeen tunnistaminen
Muutosaluelomakkeen käyttö muutosalueen valinnassa	Muutosalue-lomakkeen käyttö muutosalueen valinnassa
	Muutosalueen valintaa koskevaan päätöksentekoon ohjaaminen
<u>Muutosvalmiuden arviointiin ohjaus</u>	Ryhmän valintojen tarkistaminen
Muutosvaiheen tunnistamiseen ohjaus eri elintapojen alueilla	<u>Muutosvalmiuden arviointiin ohjaus</u>
Tärkeimmän muutosalueen valinta	Muutosvalmiuden arviointi
Muutosvalmius edellytys tavoitteiden asettamiselle	Muutosalueet
	Tulosodotukset ja valmius
	Realistiset tulosodotukset
<u>Tavoitteiden laatiminen</u>	<u>Tavoitteiden valinta ja laatu</u>
Tavoitteiden laatu	Päätös tavoitteista
Yksilöllisyys	Osatavoitteet
Laadinta kotitehtäväksi	Väli- ja päätavoite
Kannustaminen	Pitkän aikavälin tavoitteet
Konkreettisuus	Lyhyen aikavälin tavoitteet
Valitut muutosalueet pohjana	Yksilöllisyys
Kirjalliset tavoitteet	Varovainen aloitus
Varovaisuus	Realistisuus
Itsenäisyys laatimisessa	Konkreettisuus
Yksilöllisyys	Vapaamuotoisuus
Laadittujen tavoitteiden tarkastelu	
<u>Tavoitteiden laatu</u>	<u>Tavoitteiden liittyminen</u>
Osatavoitteiden käyttö	<u>toimintasuunnitelmaan</u>
Konkreettisuus	Toimintasuunnitelman laatiminen
Normaaliin arkeen sopivat	Tavoitteiden vertailu
Tottumukset kohteena	Vertaiskokemusten käyttö
Realistisuus	toimintasuunnitelman laatimisessa
Kriittisyys aiempien muutosyritysten tavoitteisiin	Onnistumisten kokemusten ja ratkaisumallien jakaminen
Pysyvyys	
	<u>Tiedon käyttö tavoitteiden laatimisessa</u>
	Osallistujan tiedon tarve
	Tieto edellytys tavoitteiden laatimiselle
	Tieto edellytys toimintasuunnitelman laatimiselle
	Tiedon lisääntyessä tavoitteiden tarkistaminen
	Itsenäisyys laatimisessa
	<u>Tavoitteiden tarkistaminen</u>
	Pienryhmätyöskentely tarkistamisessa
	Vertaistuen käyttö
	Vertaismalli pienryhmässä
	Tavoitteiden yhdistäminen keinoihin

6.1.6 Ohjaajien tiedonsiirtoon liittyvät menetelmät ja keinot osallistujan muutosprosessien tukemisessa

Ryhmän 1 ja 2 ohjaajien tiedonsiirrossa käyttämät menetelmät, keinot ja välineet osallistujien muutosprosessien tukemisessa on koottu kuvioon 4. Kuvioissa 4–7 transteoreettiseen muutosvaihemalliin sisältyvä esiharkintavaihe on jätetty pois, koska osallistujien oletettiin olevan vähintään harkintavaiheessa heidän lähdeyttä ryhmäohjaukseen. Osallistujien tietoisuuden lisäämiseksi (consciousness awareness) ohjaajat käsitelivät tyypin 2 diabetesta, sen riskejä, muutoksen hyötyjä, elintapamuutosprosessia, päätöksentekoa ja tavoitteiden laatimista sekä ruokavaliota ja liikuntaa (liitteet 6 ja 7). Tukeakseen osallistujia heidän itsearviointeissaan (self-evaluation) ohjaajat käyttivät diabetesriskitestiä, BMI-indeksiä, liikunnan määrää ja laatua koskevia tehtäviä sekä kuntotestejä. Ryhmissä 1 ja 2 ohjaajat tukivat osallistujien fyysisen ympäristön uudelleenarviointia ohjaamalla näitä tunnistamaan hyötyliikunnan ja asuinympäristön liikuntamahdollisuuksia. Psykososiaalisen ympäristön, kuten perheen tai työyhteisön uudelleen (environment re-evaluation) arvioinnin tukemisessa ohjaajat käyttivät kielellisiä ilmauksia, kuten tarkennuksia, kysymyksiä ja kommentteja (liitteet 6 ja 7). Osallistujien kertomukset ympäristön sosiaalisista vaikutuksista näiden elintapoihin ja muutosyrityksiin toimivat vertaismalleina ryhmissä. Ympäristön merkitys ei painottunut PPP-ryhmänohjausmallin sisällöissä (liitteet 4 ja 5), joten sen käsittely jäi sattumanvaraiseksi, ryhmässä 1 itsearviointikierroksille ja ryhmässä 2 opetuskeskusteluihin. Osallistujien vaihtoehtoista käyttäytymistä (countercondition) ja ärsykekontrollia (environment control) ohjaajat tukivat kielellisin keinoin, kuten suostuttelemalla, tarkentaen, kysymyksin tai pyytäen muilta osallistujilta ehdotuksia vaihtoehtoista käyttäytymistä ja kontrollia vaativiin tilanteisiin (liitteet 6 ja 7, kuvio 4).

Muutoksen seuranta prosesseja (self-monitoring) molempien ryhmien ohjaajat tukivat opastamalla osallistujia askelmittarin sekä ruoka- ja liikuntapäiväkirjojen käyttöön (taulukot 4 ja 5). Osallistujat saivat seurantatietoa paino-, vyötärön ympärys- ja verenpainemittauksista sekä veren sokeri- ja rasva-arvoista (taulukko 4). Arviointiprosesseja (self-evaluation) ryhmän 1 ohjaajat tukivat pyytämällä osallistujia arvioimaan muutostaan itsearviointikierroksilla, kysymyksillä ja tarkennuksilla, jolloin osallistujille muodostui yksilöllistä seurantatietoa muutoksesta. Yhden osallistujan itsearviointi käynnisti samasta aiheesta myös muiden osallistujien itsearvioinnin. Ryhmän 1 itsearvioinnissa esille tullut palautetieto, ohjaajien kysymykset, tarkennukset ja ehdotukset sekä ryhmäkeskustelut tukivat osallistujaa korjaamaan toteutus suunnitelmaansa (self-reaction). Ryhmässä 2 ohjaaja tuki osallistujien arviointiprosesseja ja toteutus suunnitelmien muutosta kehottamalla osallistujia kertomaan muutoksen etenemisestä ja niissä käytetyistä keinoista pienryhmissä (liite 7). Koska pienryhmätoimintaa oli harvoin, tuki siihen jäi vähäiseksi. Ryhmän 2 ohjaaja käsittelee muutoksessa onnistumisen palkitsemista käyttäen kysymyksiä, kommentteja, osallistujien ehdotuksia ja huumoria ohjauksessaan (kuvio 4).

Ryhmä 1

<p>Tietoisuuden lisääntyminen Luento, opetuskeskustelu Ohjaus tiedonhakuun Materiaalin jako Ohjaus tavoitteiden laatimiseen ja keinojen etsimiseen</p>	<p>Itsensä uudelleen arviointi Ohjaus muutostarpeiden havaitsemiseen Riskipistetesti BMI Ruokapäiväkirja Oman liikunnan määrän arviointi Kuntotestit Kävelytesti Suola-, rasva- ja kuitutestit</p>	<p>Ympäristön uudelleen arviointi Ympäristön liikuntareitit Hyötyliikuntakartoitus Itsearviointi Kielelliset keinot Vertaismalli</p>	<p>Vaihtoehtoinen käyttäytyminen Opetuskeskustelu Kielelliset keinot; suostuttelu</p>	<p>Ärsykekontrolli Kotitehtävä Itsearviointi Vertaismalli Kielelliset keinot</p>	<p>Seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen Itsearviointi Yksilöllinen palaute Ruoka- ja liikuntapäiväkirjat Kuntotestit Paino, VY, verenpaine, sokeri- ja rasva-arvot Kielelliset keinot Vertaismalli</p>	<p>Palkitseminen Kielelliset keinot Auttavat ihmissuhteet Koko perheen ruokailutottumusten muuttaminen</p>
---	---	--	--	---	--	---



Ryhmä 2

<p>Tietoisuuden lisääntyminen Luento ja opetuskeskustelu Ohjaus tiedonhakuun Materiaalin jako Ohjaus tavoitteiden laatimiseen ja keinojen etsimiseen</p>	<p>Itsensä uudelleen arviointi Ohjaus muutostarpeiden havaitsemiseen Riskipistetesti BMI Ateriakoostumus Ruokapäiväkirja Oman liikunnan määrän arviointi</p>	<p>Ympäristön uudelleen arviointi Ympäristön liikuntareitit Hyötyliikuntakartoitus Yleiset liikuntaryhmät Kielelliset keinot Pienryhmät Vertaismalli</p>	<p>Vaihtoehtoinen käyttäytyminen Ohjaus vaihtoehtoiseen toimintaan Vertaismalli Kielelliset keinot; suostuttelu</p>	<p>Ärsykekontrolli Opetuskeskustelu Kielelliset keinot Vertaismalli</p>	<p>Seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen Ruoka- ja liikuntapäiväkirjat Pienryhmät Paino VY Verenpaine, sokeri- ja rasva-arvot Vertaismalli</p>	<p>Palkitseminen Opetuskeskustelu Kielelliset keinot Auttavat ihmissuhteet Koko perheen ruokailutottumusten muuttaminen</p>
---	---	---	---	---	---	--

KUVIO 4 Ohjaajien tiedonsiirtoon liittyvät menetelmät ja keinot osallistujan muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.

6.1.7 Tiedonsiirto-ohjausnäkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Yhteneväisyydet ja eroavaisuudet ryhmissä 1 ja 2

Molemmissa ryhmissä ohjaajat tukivat tiedonsiirrolla osallistujien elintapamuutoksen alkuvaiheen prosesseja, tietoisuuden lisääntymistä ja itsensä uudelleen arviointia loppuvaiheen prosesseja monipuolisemmin. Ympäristön uudelleen arviointia, itsensä vapauttamista ympäristön paineista, vaihtoehtoista käyttäytymistä ja ärsykekontrollia tuettiin molemmissa ryhmissä vähän. Tuen hakemista lähipiiristä käsiteltiin myös vähän.

Tiedonsiirto luennon ja opetuskeskustelun muodossa vei molemmissa ryhmissä paljon ohjausaikaa, minkä lisäksi tiedonsiirtoa sisältyi myös muihin PPP- painonhallinnan ryhmänohjausmallin osioihin (taulukko 6). Tiedonsiirron päätarkoitus oli edistää osallistujan muutostarpeiden arviointia ja tavoitteiden laatimista, mutta antaa myös keinoja muutossuunnitelman toteuttamiseen ja seurantaan (kuvio 4). Kummassakaan ryhmässä ohjaukseen varattu aika ei ollut ohjaussisältöihin nähden riittävä. PPP- painonhallinnan ryhmänohjausmallin laajat sisällöt (liitteet 4 ja 5) asettivat molempien ryhmien ohjaajat valintojen eteen sekä tiedonsiirron sisältöjä valittaessa että ohjauksen muihin toimintoihin liittyvässä ajankäytössä.

Ohjaajien yksisuuntainen tiedonsiirto väheni molemmissa ryhmissä ohjauksen edetessä samalla kun ohjaajien ja osallistujien puheenvuorojen lukumäärät lisääntyivät (kuviot 2 ja 3). Molemmissa ryhmissä osallistujien puheenvuoroissa esiin tuomat kysymykset, kommentit ja oman muutkokokemuksen esille tuominen lisääntyivät ohjauksen edetessä (taulukko 7). Tiedon rakentuessa ryhmäkeskusteluissa tiedonsiirtoa tapahtui myös osallistujalta toiselle.

Molemmissa ryhmissä tavoitteiden laatiminen oli ohjauksessa jatkuvasti läsnä oleva, uuteen tietoon ja muutostarpeen havaitsemiseen liittyvä prosessi. Molemmissa ryhmissä käytettiin tavoitteiden laatimisessa muutosalueomakkeita, jotka ohjasivat osallistujia muutosalueen valintaan ja oman muutosvaiheen tunnistamiseen. Ohjaajat korostivat osallistujan valmiusvaihetta ennen tavoitteen laatimista sekä lyhyen aikavälin konkreettisia ja realistisia osatavoitteita. Ohjaajien tarkoitus oli, että osallistujat etenevät itsenäisesti muutostarpeen havaitsemisessa, muutospäätöksen tekemisessä ja tavoitteiden laatimisessa. Ruokavaliota koskevien muutostarpeiden havaitsemiseksi molemmissa ryhmissä ohjattiin päiväkirjan käyttöön, mutta sen käyttö jätettiin osallistujien valintaan (liitteet 6 ja 7).

Ajankäytön perusteella ryhmässä 2 tietoa siirrettiin enemmän kuin ryhmässä 1 (taulukko 6). Ryhmässä 2 ohjaaja yhdisti jo tavoitteiden laatimisessa niihin toteutuksen suunnittelun ja siinä käytettävät keinot, mihin ryhmässä 1 ei ohjattu (liitteet 10 ja 11). Epäselvyys tavoitteisiin liittyvistä käsitteistä ja niiden laatimisesta johti ryhmässä 2 tavoitteiden uudelleen käsittelyyn, jolloin myös tavoitteita koskevia sisältöluokkia muodostui enemmän kuin ryhmässä 1 (taulukko 8). Ryhmässä 2 käsiteltiin muutoksessa onnistumisen palkitsemista ope-

tuskeskustelussa (liite 7), kun ryhmässä 1 sitä sivuttiin vain osallistujien esille tuomana asiana itsearviointien yhteydessä.

Vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Tiedonsiirto oli ajallisesti laskettuna eniten käytetty ohjausnäkökulma molemmissa ryhmissä (taulukko 6). Kaikki ohjaajat toimivat tiedonsiirrossa asiantuntijoina (Pratt 2002), mitä osallistajat hyödynsivät tekemällä kysymyksiä. Ohjaajat noudattivat PPP-ryhmänohjausmallin sisältörunkoa (liitteet 4 ja 5), varmistivat tiedonsiirron jaettavan materiaalin avulla ja antoivat osallistujille vastuuta sisältöihin perehtymisessä (Pratt ym. 2001b, Pratt 2002). Toisin kuin Pratt (2002) esittää, ohjaajat eivät vain siirtäneet sisältökokonaisuuksia, vaan ohjasivat myös sen soveltamiseen (liitteet 6 ja 7). Ohjaajien innostuneisuus sisältöihin välittyi osallistujille (Pratt 2002). Osallistujien eritasoinen tiedon tarve (Pratt ym. 2007) lisäsi molemmissa ryhmissä ohjaajakeskeisyyttä (Vänskä 2012), koska ohjaaja joutui vastaamaan eri muutosvaiheissa olevien osallistujien kysymyksiin (liitteet 6 ja 7). Tämän vuoksi osallistajat eivät aina hyötäneet toistensa kysymyksistä. Näkökulman heikkous, pelkkä tiedonsiirto (Pratt ym. 2001b, Pratt 2002) ilman osallistujien itsearviointeja, johti ryhmässä 2 siihen, että ohjaaja ei päässyt tuntemaan osallistujien muutosprosesseja. Koska ryhmän osallistajat toivat muutoksessa etenemistään esiin vain satunnaisesti, osallistujien taidot soveltaa tietoa jäivät ohjaajalle tuntemattomiksi (Pratt ym. 2001b, Pratt ym. 2007). Suurella ryhmässä ohjaajan tarkentavien kysymysten tekeminen yksittäiselle osallistujalle ei ollut mahdollista eikä muutoksen toteuttamisessa esiin tulleiden ongelmien käsittelyyn ollut aikaa. Prattin (2002) mukaan tiedonsiirron tavoitteet ohjauksessa kohdistuvat sen määrään ja laatuun. Tässä tutkimuksessa tiedonsiirto toimi osallistujille jatkuvana tavoitteiden muutostarpeiden ilmaisijana ja tavoitteiden laatimisen perustana antaen myös vaihtoehtoja toimintasuunnitelman laatimiseen. Ohjaajien asiantuntijarooli (Pratt 2002) tuli esiin erityisesti osallistujien kysymysten esittämisessä ja ohjaajien vastaamisessa niihin.

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan yksilön tiedollisiin tarpeisiin tulisi vastata erityisesti harkintavaiheessa (Prochaska & DiClemente 1983). Tässä tutkimuksessa ryhmiä ei ollut koottu muutosvaiheiden perusteella, joten ohjaajat vastasivat eri vaiheissa olevien osallistujien kysymyksiin. Tällaisissa tilanteissa on mahdollista, että muutosvaiheissa pidemmälle edenneet osallistajat eivät hyödy aiemmassa vaiheessa olevien kysymyksistä tai ohjaaja joutuu motivoimaan vielä harkintavaiheessa olevaa. Myös aiemmissa tutkimuksissa muutosvaiheen tunnistamista on pidetty tärkeänä sekä ryhmän muodostamisen että yksilön muutoksessa etenemisen kannalta (Johnson ym. 2008, Toth-Capelli ym. 2013). Tulositähtien mukaan molemmissa ryhmissä suuri osa osallistujista vertaili ryhmän alussa nykytilannettaan ja tulevaisuuden näkymiä, mikä viittaa valmius- tai toimintavaiheeseen (Prochaska & DiClemente 1983), vaikka osallistujien muutosvaiheita ei ryhmässä käsiteltykään. Yksilön valmius- ja toimintavaihetta voidaan tukea tietoa antamalla ja esittämällä vaihtoehtoja (Prochaska & DiClemente 1983). Osallistujien valmius- ja toimintavaiheita oh-

jaajat tukivat antamalla tietoa elintapamuutoksen hyödyistä ja toisaalta ylipainon haitoista. Päiväkirjojen käyttö, visuaalinen materiaali, fyysistä kuntoa ja ruokavaliota koskevat testit ohjauksessa edistivät osallistujan muutostarpeen havaitsemista. Toimintavaiheessa olevien osallistujien muutoksen esteisiin ohjaajat etsivät aktiivisesti ratkaisuja ryhmässä.

6.2 Toiminnallinen näkökulma ryhmissä 1 ja 2

Ryhmässä 1 ryhmänohjauksen toiminnallinen näkökulma muodostui liikunta- ja rentoutusharjoituksista, lihaskunto- ja kävelytesteistä ja ryhmässä 2 liikunta- ja rentoutusharjoituksista, sauvakävelyohjauksesta, kuvasuunnistuksesta sekä uintitekniikan ja kuntosalilaitteiden käytön opastuksesta (taulukko 6, liitteet 6 ja 7). Ryhmässä 2 liikunta painottui kolmeen viimeiseen kokoontumiseen (taulukot 9 ja 10).

6.2.1 Ohjaajien uskomukset ja tarkoitukset ryhmissä 1 ja 2

Ryhmä 1

Ryhmässä 1 ohjaajat uskoivat, että osallistujien muutostarpeiden arviointi käynnistyy näiden tarkastellessa oman liikunnan määrää ja tasoa. Ohjaajat myös uskoivat, että liikuntaharjoitukset antavat malleja liikkumiseen ja kunnostettiin lähtökohdan omaseurannalle. Omaseurannan ohjaajat näkivät muutosta eteenpäin vievänä ja ohjaajan esimerkin muutosta edistävänä tekijänä. Ohjaajat uskoivat, että rentoutuminen oli osa liikuntaa ja että liikunta vaikuttaa mielialaan positiivisesti. Monipuolisten kuntopiiri- ja lihasharjoitusten kautta osallistujat saavat kehon kautta palautetta ja motivoituvat liikuntaan. Tasapainoharjoittelu mahdollistaa muun liikunnan aloittamisen. Askelmittarin käyttö ja testit motivoivat liikuntaan ja sen seuraamiseen. Yksilöllisen liikuntaohjauksen ohjaajat uskoivat tukevan liikunnan aloittamista tuki- ja liikuntaelinsairauksien yhteydessä (taulukot 6 ja 9, liite 6, kuvio 5).

Ryhmän 1 ohjaajien tarkoitus oli, että osallistujat kirjallisen tehtävän avulla arvioivat omaa liikkumistaan ja siinä iän myötä tapahtuneita muutoksia. Liikuntaharjoitusten tarkoitus oli ohjata oman kehon tuntemiseen, oikeaan liikuntatekniikkaan ja esitellä erilaisia harjoitteita, joista osallistujat voisivat valita itselle sopivia. Lihaskunto- ja kävelytestien tarkoituksena oli antaa osallistujille lähtötason tietoa heidän fyysisestä kunnostaan, motivoida muutokseen ja toimia vertailupohjana kuntotason seuraamisessa. Eri liikuntalajien esittelyn tarkoitus oli auttaa osallistujia löytämään heille sopivia liikuntalajeja, tekemään välinehankintoja ja hakeutumaan yleisiin liikuntaryhmiin. Ohjaajien tarkoitus myös oli, että osallistujat oppisivat seuraamaan kertasuorituksen kestoa ja tehokkuutta esimerkiksi askelmittarin avulla ja lisäämään liikuntaa päivittäin tapahtuvaksi. Yksilöohjauksen tarkoitus oli, että osallistujat pystyisivät liikkumaan tuki- ja liikuntaelinsairauksista huolimatta (taulukot 6 ja 9, liite 6, kuvio 5).

TAULUKKO 9 Ryhmän 1 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa toiminnallisen näkökulman mukaan.

Kokoon-tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
1.	Oman liikunnan määrän ja tason arviointi käynnistävät muutostarpeen arvioinnin.	Osallistuja arvioi omaa liikuntaansa ja sen muutoksia vuosien myötä. Osallistuja saa tuntuman oman kehon toiminnasta liikuntaharjoituksen avulla.	Ohjaaja käy kertomuksen avulla läpi ihmisen liikkumisen muuttamista. Voimisteluharjoitus, ohjaaja mallina. Ohjaaminen nykyisen liikkumistason ja -liikunnan määrän arviointiin.
1.	Liikuntaharjoitukset antavat mallin liikuntaan.	Osallistuja saa kokemusta lihaskuntoharjoituksista ja jatkaa niitä kotona.	Osallistujien suoritusten seuraaminen ja opastaminen. Liikunta-tehtävän antaminen.
2.	Säännöllisyys edistää muutosta. Kuntotestit antavat lähtökohdan seurannalle.	Lihasharjoitusten tekeminen muodostuu osallistujille tavaksi. Kuntotesti motivoi muutokseen.	Kysymykset vatsalihasliikkeiden suorittamisesta. Suostuttelu harjoitusten jatkamiseen. Lihaskuntotestit.
3.	Ohjaajan oma esimerkki edistää muutosta. Liikuntasuoritusten omaseuranta vie osallistujan muutosprosessia eteenpäin.	Osallistujat seuraavat kerta-suoritustaan sekä liikuntasuunnitelmansa toteutumista päiväkirjan avulla. Osallistujat jatkavat vatsalihasliikkeitä kotona.	Askelmittarin käytön opastus ja suositus askelmäärästä, ohjaajien omat esimerkit mittarin käytöstä. Liikunnan omaseurantaan ohjaaminen. Kysymykset vatsalihasliikkeistä. Ehdotus kävelytestistä.
4.	Rentoutuminen on osa liikuntaa. Liikunnan vaikutukset mielialaan ja pystyvyyteen edistävät sen jatkamista. Tasapainoharjoittelu mahdollistaa liikunnan aloittamisen.	Kävelytesti tukee muutostarpeen arviointia. Osallistujat saavat kokemuksen rentoutuksesta. Osallistujat jatkavat liikuntaharjoituksia, hakeutuvat yleisiin liikuntaryhmiin ja tekevät tasapainoharjoituksia.	Kävelytestin ajankohdasta sopiminen ja valmistautuminen. Rentoutusharjoitus musiikin avulla. Ohjaus yleisiin liikuntaryhmiin. Yksilöohjaus tasapainoharjoittelusta ja lihaskuntoharjoituksesta pallon avulla.
5.	Osallistujat oppivat uusia tapoja lihasharjoituksiin. Liikunta antaa palautetta kehon kautta.	Osallistujat saavat kokemuksia erilaisista liikuntalajeista. Osallistujat osaavat hankkia liikuntavälineitä.	Vastuskuminauhojen käytön harjoitus, ohjaaja mallina, osallistujien suoritusten tarkkailu ja opastus. Opastus kuminauhojen hankintaan.
6.	Kuntopiiri antaa kehon kautta palautetta ja motivoi liikuntaan. Omaseuranta askelmittarilla motivoi liikuntaan.	Osallistujat saavat kokemuksen kuntopiiristä sekä palautetta harjoituksesta kehonsa kautta. Osallistujat käyttävät askelmittaria.	Kuntopiiri laitteita käyttäen. Kannustus ponnisteluihin. Askelmittarin käytön ohjaus.
7.	Testit motivoivat liikuntaan ja sen seurantaan.	Osallistuja vertaa aiempaa ja nykyistä suoritustaan.	Lihaskuntotestin uusinta.
8.	Yksilöllinen ohjaus tuki- ja liikuntaelintauteja sairastaville edistää muutosta. Liikuntaa voi harastaa myös edullisesti.	Osallistujat löytävät liikuntatapoja sairauksista huolimatta. Osallistujat löytävät taloudellisia liikuntalajeja.	Yksilöohjaus tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien vuoksi. Keskustelun siirto taloudellisista esteistä edullisiin liikuntalajeihin. Yksilöllisiä neuvoja askelmittarin käyttöön.

Ryhmä 2

Ryhmän 2 ohjaaja uskoi, että osallistujat ovat itseohjautuvia ja hyödyntävät vertaismalleja liikunnan aloittamisessa. Ohjaaja uskoi, että liikunnan säännöllisyys, sen kirjaaminen ja oikea tekniikan hallinta edistävät osallistujan muutosta. Oikeaan suoritustapaan ohjaamisen ja sen perustelemisen ohjaaja näki tärkeänä. Ohjaaja uskoi osallistujien pystyvän aloittamaan uusia liikuntamuotoja ja piti lyhyitäkin liikuntasuorituksia muutosta edistävinä. Eri liikuntalajeihin, kuten

uintiin, kuvasuunnistukseen ja kuntosaliharjoitteluun tutustumisen ohjaaja näki liikuntaan motivoivana tekijänä (taulukot 6 ja 10, liite 7, kuvio 5).

Ryhmän 2 ohjaajan tarkoitus oli motivoida osallistujia aloittamaan liikuntaa, lisäämään ja monipuolistamaan sitä muun muassa hakeutumalla yleisiin liikuntaryhmiin. Ensimmäisen kotitehtävän tarkoituksena ohjaajalla oli, että osallistujat arvioivat liikuntansa määrää sekä tasoa ja vertailevat suorituksiaan pienryhmissä. Uusia liikuntamuotoja oli ohjauksessa tarkoitus välittää myös liikuntakalenteria läpikäymällä ja ohjata osallistujia seuraamaan suorituksia kuntokorttien avulla. Tarkoitus oli, että osallistujat oppisivat oikean sauvakävelytekniikan ja saivat kokemusta lihaskuntoharjoittelusta. Toisen kotitehtävän tarkoituksena oli oman liikunnan riittävyden arviointi, uusien liikuntalajien kokeilu, liikunnan esteiden kartoitus sekä liikuntasuunnitelmien vertailu pienryhmissä. Ohjaajan tarkoitus oli myös antaa osallistujille kokemus rentoutuksesta, uinti- ja kuntosaliharjoituksista ja lihaskuntoharjoittelusta. Liikunnan seurantaan ohjaamisen tarkoitus oli, että osallistujat oppisivat arvioimaan oman kertasuorituksensa tehokkuutta ja kestoja sekä lisäämään sitä vähitellen (taulukot 6 ja 10, liite 7, kuvio 5).

6.2.2 Ohjaajien toiminta ryhmissä 1 ja 2

Ryhmä 1

Ryhmässä 1 ohjaaja käsitteli liikunnan vähenemistä iän myötä ja ohjasi osallistujia liikunnan tason ja määrän arviointiin kotitehtävän avulla. Liikkuvuus-, lihasvoima-, venyttely- ja rentoutusharjoituksissa ohjaaja selosti liikkeen tarkoituksen, toimi itse mallina ja opasti suorittamaan liikkeen oikein. Kotitehtäväksi annettujen lihaskuntoharjoitusten toteutumista ohjaaja kysyi itsearviointien yhteydessä. Ohjatut harjoitukset ajoittuvat kokoontumisen alkuun tai sen keskelle, ainoastaan rasittavampi kuntopiiri kokoontumiskerran loppuun. Harjoitukset ohjasi toisena ohjaajana toiminut fysioterapeutti, ja ne toteutettiin kokoontumistilan vieressä olevassa odotustilassa, vain kuntopiiri sekä lihaskuntotestit toteutettiin fysioterapian tiloissa. Ohjaaja antoi neuvoja liikuntavälineiden, kuten vastuskuminauhujen ja jumppapallojen hankintaan. Lihaskuntotestit toteutettiin kahdesti ja niiden tuloksia käsiteltiin ryhmässä. Kävelytestin toteutti kunnan liikunnanohjaaja urheilukentällä. Ohjaaja opasti osallistujia askelmittarin käyttöön kertasuorituksen seuraamiseksi ja liikunnan päivittäiseen omaseurantaan päiväkirjan avulla. Jos osallistujilla oli liikuntaharjoituksissa terveydellisiä esteitä, ohjaaja etsi niihin ratkaisuja yhdessä osallistujan kanssa. Osallistujat saivat yksilöohjausta liikuntaan tuki- ja liikuntaelinvaivojen vuoksi useita kertoja kokoontumisten aikana (taulukot 6 ja 9, kuvio 5, liite 6).

TAULUKKO 10 Ryhmän 2 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa toiminnallisen näkökulman mukaan.

Kokoon- tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
1.	Osallistujat ovat itse-ohjautuvia. Vertaismalli edistää liikunnan aloittamista.	Osallistujat hyödyntävät yleisiä liikuntaryhmiä liikunnan lisäämiseksi.	Tiedottaminen yleisistä liikuntaryhmistä. Oman liikunnan pohdinta kotitehtäväksi.
2.	Vertaismalli edistää muutosta. Liikunnan säännöllisyys ja kirjaaminen edistävät muutosta.	Osallistujat vertailevat liikuntaansa pienryhmässä. Liikuntakalenterit antavat osallistujille liikuntamalleja. Osallistujat seuraavat liikuntamuutoksia.	Minä ja liikunta - kotitehtävän läpikäyminen pienryhmissä. Liikuntakalenterien ja kuntokorttien käyttöön opastaminen liikunnan seuraamiseksi.
3.	Tekniikan hallinta edistää liikunnan harastamista.	Osallistujat oppivat oikean sauvakävelytekniikan.	Sauvakävelyn näyttäminen, opastus ja harjoittelu ulkona.
4.	Oikea tekniikka ja osallistujan kokemus liikunnasta edistävät muutosta.	Osallistujat saavat kokemuksen liikunnasta oman harjoittelunsa pohjaksi.	Ohjattu liikuntatuokio; hyvä ryhti, venyttely, oikea hengitystapa vartalolihashasten vahvistaminen.
5.	Oikea liikkeiden suoritustapa ja ohjaajan perustelut edistävät liikuntamuutoksia.	Osallistujat osaavat oikeat liikesuoritukset ja ymmärtävät niiden tarkoituksen.	Ohjattu liikuntatuokio: ylävartalon ja -raajojen lihasharjoitus ja venyttely. Liikkeiden perustelu.
6.	-	-	-
7.	Osallistujat pystyvät aloittamaan uusia liikuntamuotoja. Lyhyetkin suoritukset ovat tärkeitä muutoksen kannalta.	Osallistujat arvioivat liikuntansa riittävyttä ja aloittavat ennakkoluulottomasti uusia liikuntamuotoja kotitehtävän avulla.	Kotitehtäväksi liikunnan merkitseminen ja seuraaminen 2 viikon ajalta, huomioidaan myös pienet liikuntasuoritukset. Uusien liikuntalajien kokeiluun ohjaus.
8.	Vertaismalli pienryhmissä edistää muutosta.	Osallistujat vaihtavat pienryhmissä kokemuksia liikuntasuunnitelmistaan ja tunnistavat liikunnan esteitä.	Liikunnan lisääminen - kotitehtävän purku pienryhmissä.
9.	Harjoitus edistää osallistujien muutosta.	Antaa osallistujalle kokemuksen rentoutuksesta osana liikuntaa.	Rentoutumisharjoitus.
10.	Uusi liikuntalaji motivoi liikuntaan.	Osallistujat saavat kokemuksen kuvasuunnituksesta.	Kuvasuunnistus kaupunkitaajamassa.
11.	Tutustuminen uusiin lajeihin ja niiden tekninen hallinta motivoi liikuntaan.	Osallistujat oppivat kuntosaliharjoittelua ja uintitekniikkaa.	Kuntosaliohjaus ja uintiharjoitukset uimahallissa.
12.	Kuntosaliohjaus ja -kokemus motivoivat liikuntaan.	Osallistujat oppivat kuntosaliharjoittelun tekniikkaa.	Kuntosaliohjaus; laitteiden käytön opastus ja harjoittelu.

Ryhmä 2

Ryhmässä 2 ohjaaja tiedotti yleisistä liikuntaryhmistä heti ensimmäisessä kokoontumisessa ja antoi kotitehtäväksi oman liikunnan pohdintatehtävän, jota käsiteltiin seuraavassa kokoontumisessa pienryhmissä. Ohjauksessa käsiteltiin eri liikuntamalleja liikuntakalenterin avulla ja ohjattiin liikunnan päivittäiseen seuraamiseen kuntokorttien avulla. Osallistujia opastettiin sauvakävelytekniikkaan ulkona. Ryhmässä pidettiin luokkatiloissa kolme kertaa kokoontumisten teoriaosioiden jälkeen liikunta-, venyttely- ja rentoutumisharjoituksia. Osallistujat joutuivat tilan saamiseksi siirtämään kokoontumistilan pulpetteja sivuun harjoituksen ajaksi. Myöskään huonekorkeus ja ilmasto eivät vastanneet liikuntatilavaatimuksia. Harjoitusten yhteydessä osallistujat tekivät tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyviä kysymyksiä, joihin ohjaaja vastasi ja antoi osallistujille yksilöllisiä ohjeita (taulukko 6 ja 10, liite 7, kuvio 5).

Ryhmässä 2 osallistujia ohjattiin kokeilemaan uusia lajeja ja merkitsemään kaikki suoritukset kahden viikon ajalta liikuntapäiväkirjaan. Kokemuksia eri lajeista, liikunnan lisäämisen esteistä tai sitä edistävästä tekijöistä käsiteltiin pienryhmissä. Viimeiset kolme kokoontumista sisälsivät kuvasuunnistusta, uinti- ja kuntosaliharjoitusten ohjausta. Uintiopetukseen osallistui vain seitsemän ja kuntosaliohjaukseen vain neljä osallistujaa. Niihin osallistuminen edellytti bussin tai oman auton käyttöä. Kuvasuunnistukseen, jonka lähtö tapahtui ryhmän normaalista kokoontumispaikasta, osallistui sen sijaan yhdeksän osallistujaa (taulukko 6 ja 10, liite 7, kuvio 5).

6.2.3 Ohjaajien toiminnalliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa

Ohjaajien toiminnallisessa näkökulmassa käyttämät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa on koottu muutosvaiheittain kuvioon 5. Osallistujien muutosprosessit, joita ohjaajat tukivat ohjauksen, olivat tietoisuuden lisääntyminen, itsensä uudelleen arviointi, ympäristön uudelleen arviointi, vaihtoehtoinen käyttäytyminen, ärsykekontrolli, muutoksen seuranta, arviointi ja toteutussuunnitelman tarkistaminen, itsensä palkitseminen ja auttavat ihmissuhteet. Myös toiminnallisen näkökulman kautta ohjaajat lisäsivät osallistujien tietoisuutta sisällyttämällä toiminnalliseen ohjaukseen tiedonsiirtoa, opastusta ja neuvontaa. Osallistujien itsensä uudelleen arviointiprosessia ohjaajat tukivat kuntotestien palautetiedolla, lihaskunto-, rentoutus- ja sauvakävelyharjoituksista, uintitekniikan opastuksesta ja kuntosaliohjauksesta saadun kokemuksellisen tiedon avulla (kuvio 5). Ohjaajat tukivat Ympäristön uudelleenarviointia käsittelemällä hyötyliikuntaa ja arvioimalla asuinympäristön liikuntamahdollisuuksien. Ryhmässä 2 myös omaan asuinalueeseen kohdistuva kuvasuunnistus antoi osallistujille mahdollisuuden arvioida ympäristön tarjoamia liikuntareittejä. Vaihtoehtoiseen käyttäytymiseen molempien ryhmien ohjaajat ehdottivat muutokseen ryhtymistä sekä lyhytkestoista hyötyliikuntaa ja nostivat esiin osallistujien esimerkkejä liikunnan lisäämisestä. Ohjaajat korostivat liikunnan itsenäistä aloittamista, ilman harjoitusseuraa. Osallistujien ärsykekontrollia ohjaajat tukivat ehdottamalla liikunnan sijoittamista päivärytmiin, jotta liikunta ei jonkun

ärsyksen stimuloimana jäisi suorittamatta. Seuranta-, arviointi- ja toteutus-suunnitelman tarkistamisprosessia molempien ryhmien ohjaajat ohjasivat osallistujia askelmittarin käyttöön kertasuorituksen mittaamiseksi ja liikuntakertojen seuraamiseen päiväkirjojen avulla. Molempien ryhmien ohjaajat toivat esiin, että liikuntaan liittyvät onnistumisen kokemukset ja ponnistelujen jälkeinen fyysinen olotila toimivat sinänsä jo palkitsevina tekijöinä muutoksessa (kuvio 5).

Ryhmä 1

<p>Tietoisuuden lisääntyminen Harjoitusten yhteydessä annettu tieto Välinehankintoihin ohjaus Ohjaajan esimerkki Yksilöneuvonta Valmentavat harjoitukset</p>	<p>Itsensä uudelleen arviointi Kuntotesti Kävelytesti Lihaskunto- ja rentoutusharjoitukset Vertaismalli</p>	<p>Ympäristön uudelleen arviointi Hyötyliikuntamahdollisuudet Asuin ympäristön liikuntamahdollisuudet Yleiset liikuntaryhmät Vertaismalli Eri lajien taloudellisuus</p>	<p>Vaihtoehtoinen käyttäytyminen Hyötyliikunta Muutokseen ryhtyminen Vertaismalli</p>	<p>Ärsykekontrolli Säännöllisyys Liikunnan sijoittaminen päivärytmiin Ponnistelut</p>	<p>Seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen Lihaskunto- ja kävelytestit Askelmittari Liikuntapäiväkirjat Liikunnan vaikutusten tuntemiseen ohjaus</p>	<p>Palkitseminen Fyysinen olotila Ponnisteluisa onnistuminen Auttavat ihmissuhteet Itsenäisyyden kehittäminen</p>
---	---	---	--	--	---	--



Ryhmä 2

<p>Tietoisuuden lisääntyminen Harjoitusten yhteydessä annettu tieto Ohjaajan esimerkki Uintitekniikan opetus Kuntosaliohjaus Sauvakävelytekniikan opastus</p>	<p>Itsensä uudelleen arviointi Lihaskunto- ja rentoutusharjoitukset Sauvakävelyharjoitus Uintitekniikan opastus Kuntosaliohjaus Pienryhmät Vertaismalli</p>	<p>Ympäristön uudelleen arviointi Hyötyliikunta- ja asuin ympäristön liikuntamahdollisuuksien arviointi Kuvasuunnistus Yleiset liikuntaryhmät Pienryhmät</p>	<p>Vaihtoehtoinen käyttäytyminen Hyötyliikunta Muutokseen ryhtyminen Vertaismalli</p>	<p>Ärsykekontrolli Säännöllisyys Liikunnan päivärytmiin sijoittaminen Ponnistelut</p>	<p>Seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen Askelmittari Liikuntapäiväkirjat Pienryhmät Vertaismalli</p>	<p>Palkitseminen Fyysinen olotila Auttavat ihmissuhteet Harjoitteluseura</p>
---	---	---	--	--	--	---

KUVIO 5 Ohjaajien toiminnalliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.

6.2.4 Toiminnallisen näkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Yhteneväisyydet ja eroavaisuudet ryhmissä 1 ja 2

Toiminnallisesta näkökulmasta ohjaajat tukivat eniten tietoisuuden lisääntymistä sekä itsensä ja fyysisen ympäristön uudelleenarviointiprosesseja. Osallistujan sosiaalisen ympäristön uudelleen arvioinnin tukeminen liikunnan lisäämiseksi oli vähäistä. Molempien ryhmien ohjaajat ohjasivat osallistujia liikkumaan itsenäisesti ja antoivat osallistujille yksilöllistä ohjausta eri liikuntalajeihin osallistujien terveydentilan tai heikon fyysisen kunnon vuoksi, kuitenkin ryhmässä 1 ryhmää 2 useammin. Liikuntamuutosten omaseurantaa ja arviointia tuettiin molemmissa ryhmissä ja ohjaajat näkivät liikunnan itsensä toimivan palkitsevana keinona jatkaa liikuntaa. Kummassakaan ryhmässä käytetyt liikuntatilat eivät olleet tasoltaan riittävät ja asianmukaiset liikunnan ohjaukseen.

Ryhmässä 1 ohjaukseen sisältyi lihaskunto- ja kävelytestit, joita ryhmässä 2 ei toteutettu. Ryhmässä 2 liikuntaohjaus käsitti useampia liikuntalajeja, mutta myös kokoontumiskertoja oli enemmän ja liikuntaan liittyvä tekniikan hallinta nousi tärkeäksi tekijäksi osallistujan liikunnan aloittamisessa. Osallistuminen sauvakävelyharjoitukseen ja kuvasuunnistukseen oli aktiivista, mutta uinti- ja kuntosaliohjaukseen vähäistä. Ryhmässä 1 liikuntamuutosten toteutumisesta saatiin tietoa itsearvioinneissa, mutta poissaolojen vuoksi arviointi osallistujakohtaisesti toteutui harvoin. Ryhmässä 2 osallistujien liikuntamuutosten toteutumisesta käsiteltiin vain kerran, pienryhmissä.

Vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Molempien ryhmien ohjaajat toimivat liikunnan ohjauksessa Prattin (2002) periaatteiden mukaisesti antamalla ohjeita, toimimalla esimerkkinä, havainnoimalla osallistujien suorituksia ja korjaamalla niitä. Uusien taitojen kehittymiseen liittyy myös kulttuurisia ja yhteisöllisiä prosesseja, joissa myös osallistujan sosiaalinen rooli, asema ja osallistumisaktiivisuus muuttuvat (Pratt 2002). Tässä tutkimuksessa liikunta oli vain osa ohjausta ja osallistujille esiteltiin eri liikuntalajeja, mikä ei vielä muuta yksilön kulttuurisia ja yhteisöllisiä prosesseja osallistumisaktiivisuuden kautta. Taitojen kehittymiseen liittyvä yksilön identiteetin ja arvojen muutos näkyy muun muassa yksilön keskustelulisäältöjen muutoksena (Pratt 2002). Ryhmässä 1 ohjaajat antoivat osallistujille aikaa kertoa muutoksestaan, jolloin rakentuva uusi identiteetti ja liikunnalliset arvot vahvistuivat ryhmäkeskusteluissa. Toiminnallisen näkökulman vaikeutena on, että harjoitukset edellyttävät sopivia tiloja (Pratt ym. 2001a), mikä tuli esiin molemmissa ryhmissä.

6.3 Kehityksellinen näkökulma ryhmissä 1 ja 2

6.3.1 Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan liittyvät uskomukset ja tavoitteet

Ryhmä 1

Ryhmän 1 ohjaajat uskoivat, että osallistujien tietorakenteita muuttaa aiempien painonhallintakokemusten ja uuden tiedon vertailu sekä siinä esille tulevan ristiriitaisen tiedon käsittely. Luotettavassa ilmapiirissä suoritettava itsearviointi, jossa käytetään ruoka- ja liikuntapäiväkirjojen antamaa palautetietoa, on keskeinen menetelmä muutoksen toteutumisessa ja seurannassa. Ohjaajat uskoivat, että kriittiset kysymykset tarkentavat itsearviointia ja ristiriitaisista keinoista keskustelu ryhmässä edistää uuden tietorakenteen muodostumista. Kuntotestien palautetiedon käyttö edistää muutoksen seurantaan liittyvien tietorakenteiden vahvistumista. Ohjaajat uskoivat, että jatkuvan itsearvioinnin kautta osallistujia tulee tietoiseksi muutosprosesseistaan, käytettyjen keinojen läpikäynti ryhmässä lisää niiden käyttöä ja toimii vertaismallina muille osallistujille. Tilanteiden ennakoimiseen ja suunnitelmallisuuden ohjaamisen ohjaajat näkivät tärkeänä samoin kuin PPP- painonhallinnan periaatteiden kertaamisen ja kiistanalaisia keinoja koskevien tietorakenteiden muuttamisen (taulukko 11, liite 6).

Ryhmän 1 ohjaajien tarkoitus oli, että osallistujat hyväksyvät PPP- painonhallinnan ohjausmallin periaatteet ja sitoutuvat ryhmässä tapahtuvaan, järjestelmälliseen itsearviointiin, jossa käytetään apuna ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja. Ohjaajien tarkoituksena oli, että osallistujat pohtivat aiemmin painonhallinnassa käyttämiään keinoja, jotka ovat ristiriidassa PPP-mallin periaatteiden kanssa, vertaavat niitä ja muuttavat poikkeavia käsityksiään. Ohjaajien tarkoituksena oli, että osallistujat näkevät muutoksen pitkäaikaisena prosessina, johon kuuluu myös tilapäinen palaaminen aiempiin tottumuksiin (taulukko 11, liite 6).

Ohjaajien tarkoitus oli, että osallistujien painonhallintaan liittyvät tietorakenteet muuttuisivat siten, että ne sisältävät palautetiedon käytön suunnitelman tarkistamisessa, uusien menetelmien käytön ärsykekontrollia vaativissa tilanteissa ja ryhmän muiden jäsenten käyttämien keinojen hyödyntämisen. Ohjaajien tarkoitus oli korostaa hitaan muutoksen periaatteita ja ympäristöön liittyvien tekijöiden, esimerkiksi vuodenaikojen vaikutuksen ennakoimista muutossuunnitelmassa. Tarkoituksena oli osallistujien ohjaaminen kriittisyyteen ravintovalmisteiden käytössä ja kiistanalaisissa keinoissa, kuten hiilihydraattien poisjättäminen ruokavaliosta. Osallistujakohtaista riskipistetietoa hyödyntämällä ohjaajien tarkoitus oli motivoida osallistujia näkemään elintapamuutos laajana terveyteen vaikuttavana ilmiönä (taulukko 11, liite 6).

TAULUKKO 11 Ryhmän 1 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa kehityksellisen näkökulman mukaan.

Kokoonkoon-tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
1.	Painonhallintakokemuksen ja uuden tiedon vertailu muuttaa tietorakenteita. Ohjauksen ilmapiiri on luottamuksellinen, jossa osallistuja voi vapaasti arvioida muutostaan.	Osallistajat omaksuvat PPP-mallin periaatteet painonhallinnassa ja käyttävät vain kyseisiä menetelmiä. Osallistajat sitoutuvat arvioimaan muutostaan.	Kehotus verrata aiempien painonhallintayritysten ja PPP-ohjausmallin taustalla olevia periaatteita. Ryhmän luottamuksellisuudesta sopiminen.
2.	Itsearviointi on keskeinen menetelmä muutoksen seurannassa ja arvioinnissa. Ruokapäiväkirja antaa tietoa muutoksen toteutumisesta, ohjaa arviointia ja tavoitteiden tarkistamista. Ristiriitaisuuksien käsittely muuttaa tietorakenteita.	Osallistajat arvioivat muutostaan ruokapäiväkirjaa käyttäen vapaasti. Osallistajat pohtivat vähähiilihydraattiseen ja muihin kiistanalaisiin ruokavalioiden liittyviä ristiriitaisuuksia ja vertaavat niitä PPP-mallin periaatteisiin.	Ohjaus jokaisen yksilölliseen itsearviointiin, jossa ruokapäiväkirja apuna. Lähes koko ohjausajan käyttö itsearviointiin. Aiempia painonhallintakeinoja koskevat kysymykset. PPP-mallin ja vähähiilihydraattisen ruokavalion periaatteiden vertailu.
3.	Itsearviointi edistää tavoitteiden tarkistamista ja muutoksen etenemistä. Kysymykset tarkentavat arviointia. Hiilihydraattien nauttimista koskevien ristiriitaisuuksien ja aiempiin tottumuksiin palaamisen käsittely ryhmässä edistää tietorakenteiden muutosta.	Osallistajat arvioivat järjestelmällisesti muutostaan. Osallistujien hiilihydraattien nauttimista koskevat käsitykset muuttuvat. Osallistajat näkevät tilapäisen paluun aiempiin tottumuksiin muutosprosessiin kuuluvana ilmiönä.	Ohjaus yksilölliseen, vuorotaiseen itsearviointiin. Arviointien kommentointi ja sitä tarkentavat kysymykset. Vähähiilihydraattisen ruokavalion ja PPP-mallin erojen käsittely. Tehtäväksi pohtia aiempiin tottumuksiin palaamista ja siihen varautumista.
4.	-	-	-
5.	Kuntotestien palautetieto edistää tavoitteiden tarkistamisessa ja suunnitelman laatimisessa. Arviointi tapahtuu pysyvien muutosten suunnassa. Itsearvioinnin avulla osallistuja tulee tietoiseksi muutosprosessistaan.	Osallistajat käyttävät kuntotestien palaute-tietoa liikuntatavoitteiden tarkistamiseen. Osallistajat arvioivat muutostaan myös ärsykekontrollia vaativissa tilanteissa. Osallistajat pohtivat PPP-mallin periaatteita, tekevät vertailuja ja motivoituvat muutoksen jatkamiseen.	Ohjaus arvioida fyysistä suoritustasoa kuntotestitulosten perusteella. Ohjaus itsearviointiin erityisesti vaativissa tilanteissa (juhlapyhät). Muutosten pysyvyyden tarkastelu. PPP-mallin periaatteiden kertaaminen.

(jatkuu)

Taulukko 11 (jatkuu)

Kokoon- tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
6.	Jatkuva itsearviointi on keskeistä muutoksessa. Käytettyjen keinojen kertaaminen vahvistaa niiden käyttöä vastaisuudessa. Vertaismalli tarjoaa kohteen tarkastelua omaa pystyvyyttään.	Osallistujat hyödyntävät itsearvioinnissa muodostuvaa palautetietoa toteutussuunnitelman tarkistamisessa ja hyödyntävät vertaismallin tarjoamia keinoja.	Ohjaus itsearviointiin. Osallistujan esimerkin kautta aiempiin tottumuksiin palaamisen tarkastelu ja muutokseen palaamisessa käytettyjen keinojen käsittely ryhmässä. Tilanteen käyttö vertaismallina.
7.	Palautetieto edistää muutosta. Ennakointi ja suunnitelmallisuus sisältävät muutosprosessiin. PPP-mallin periaatteiden kertaaminen muuttaa osallistujien painonhallintaa koskevia tietorakenteita.	Osallistujat omaksuvat hitaan muutoksen periaatteet, hyödyntävät palautetietoa muutoksessaan ja ennakoivat ympäristötekijät suunnitelmassaan. Osallistujat suhtautuvat ravintovalmisteiden käyttöön kriittisesti.	Ohjaus käyttää veren rasva-arvoja omaseurannassa. Itsearviointiin ohjaaminen. Ohjaus ennakoida vuodenaikojen vaikutus toteutuksessa. Ravintovalmisteiden ja lääkkeiden käyttöä koskevan tiedon käsittely ja PPP-mallin periaatteiden kertaus ja lausumien vahvistaminen.
8.	Itsearviointi edistää oman muutosprosessin tuntemista. Pysyviin muutoksiin pyrkiminen on keskeistä. Riskipisteitä koskevan tiedon käyttö motivoi muutokseen. Kiistanalaisia keinoja koskevien tietorakenteiden muuttaminen on tärkeää ohjauksessa.	Osallistujat tunnistavat toteutuneet pysyvät muutokset sekä muutosprosessia edistävät ja estävät tekijät. Osallistujat käyttävät riskipisteitä koskevaa tietoa tavoitteiden tarkistamiseen. Osallistujat suhtautuvat kriittisesti kiistanalaisiin keinoihin.	Ohjaus muutosten pysyvyyden, niiden esteiden ja edistävien tekijöiden arviointiin. Ohjaus riskipisteitä koskevan tiedon käyttöön arvioinnissa. Kiistanalaisien keinojen käsittely ryhmässä. PPP-periaatteiden vahvistaminen.

Ryhmä 2

Ryhmän 2 ohjaaja uskoi, että painonhallinta muutoksena on kokonaisvaltainen prosessi, joka edellyttää laajaa elintapojen arviointia ja tiedon laajaa soveltamista ruokavalio- ja liikuntatottumuksiin. Ohjaajan mielestä osallistujan tietorakenteet tulevat esiin sen soveltamisessa. Ohjaaja uskoi, että muutosvaiheita koskeva tieto vaikuttaa osallistujan tietoisuuteen omasta muutoksesta, liikuntaa koskevat tietorakenteet ovat keskeisiä motivoinnissa ja liikunnan merkityksellisyys ohjaa osallistujan liikuntamuutoksia. Seuranta ja arviointi ovat tärkeä osa painonhallinnan toteutukseen liittyviä tietorakenteita, sitouttavat muutokseen ja edistävät sitä. Ohjaaja piti toteutuksessa tärkeänä myös ärsykkeiden hallintaan liittyviä tietorakenteita (taulukko 12, liite 7).

Ryhmän 2 ohjaajan tarkoitus oli muuttaa osallistujien ylipainoa ja sairastumisen riskiä koskevia tietorakenteita ja motivoida sen avulla muutokseen. Tarkoitus oli, että osallistujat pohtivat ruokailutottumuksiaan kokonaisuutena, arvioivat muutostarvettaan laajasti ja toteuttavat muutosta sekä koti- että työympäristössä. Tämän vuoksi osallistujien tulisi arvioida tiedon soveltamistaan ruokavalioon yleensä ja syömiseen eri tilanteissa (taulukko 12, liite 7).

TAULUKKO 12 Ryhmän 2 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa kehityksellisen näkökulman mukaan.

Kokoon-	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
koon-			
tumi-			
nen			
1.	-	-	-
2.		Osallistujien ylipainoa ja sairastumisen riskiä koskevat tietorakenteet muuttuvat.	Itsearviointiin herätteleviä kysymyksiä sairastumisriskistä.
3.	-	-	-
4.	Muutos on kokonaisvaltainen prosessi. Onnistuminen edellyttää laajaa tapojen uudelleen arviointia.	Osallistujat pohtivat ruokailutottumuksiaan kokonaisuutena.	Ohjaus kokonaisvaltaiseen muutostarpeiden tarkasteluun. Haastavat kysymykset muutostarpeesta.
5.	Muutoksen tuloksellinen toteuttaminen edellyttää tiedon soveltamista kokonaisvaltaisesti.	Osallistuja toteuttaa muutostaan sekä koti- että työympäristössä ja arvioi muutostarvettaan laajasti.	Herättelevät kysymykset. Ohjaaminen muutostarpeen arviointiin laajasti vertailemalla suosituksiin.
6.	Tietorakenteet tulevat esiin tiedon käyttämisessä.	Osallistujat arvioivat tiedon soveltamista ruokavaliossaan ja syömiseensä liittyvissä tilanteissa.	Herättelevät kysymykset muutostarpeesta. Ohjaus syömiskäyttäytymisen arviointiin.
7.	Muutosvaiheita koskeva tieto vaikuttaa tietoisuuteen omasta muutoksesta. Liikuntaa koskevat tietorakenteet ovat keskeisiä painonhallinnassa.	Osallistujat tunnistavat oman muutosvaiheensa. Osallistujat tunnistavat liikkumattomuuden riskit kohdallaan.	Herättelevät kysymykset omasta muutosvaiheesta, omasta liikunnasta ja liikkumattomuuden riskeistä.
8.	Liikunnan merkityksellisyys ohjaa liikuntamuutoksia. Muutoksen seuranta ja arviointi edistävät muutosta ja siihen sitoutumista.	Osallistuja arvioi liikunnan merkitystä elämässään. Osallistuja arvioi muutostaan ja siinä käyttämiään keinoja.	Ohjaus tarkastella liikuntaa sen merkityksellisyyden kautta. Oman muutostoinnin arvioiminen koti-tehtäväksi.
9.	Seuranta- ja arviointitieto sitouttavat muutokseen. Ärsykkeiden hallinta on keskeistä tapojen muuttamisessa.	Osallistujan omaseuranta ja arviointia koskevat tietorakenteet muuttuvat ja sitoutuminen muutokseen lisääntyy. Osallistuja tarkkailee ympäristönsä ärsykeitä ja syömiskäyttäytymistään.	Ohjaus muutoksen itsearviointiin ja keinojen jakamiseen pienryhmissä. Aiempien tottumuksiin palaamisen käsittely. Ohjaus ympäristön ärsykkeiden havainnointiin ja kontrollikeinojen pohtimiseen syö-misen hallinnassa.

Ryhmän 2 ohjaajan tarkoitus oli, että osallistujat tuntevat muutosvaiheet ja osaavat arvioida oman muutosvaiheensa. Liikuntamuutoksissa ohjaajan tarkoitus oli, että osallistujat tunnistavat liikkumattomuuden riskit kohdallaan, arvioivat liikunnan merkitystä elämässään, tekemiään liikuntamuutoksia ja niissä käytettyjä keinoja. Ohjaajan tarkoituksena oli muuttaa osallistujien omaseuranta ja arviointia koskevia tietorakenteita sekä lisätä näiden avulla sitoutumista muutokseen. Ympäristössä olevien ärsykkeiden havaitsemisen kautta ohjaajan tarkoitus oli lisätä osallistujien ärsykkeiden hallinnassa käyttämiä keinoja (taulukko 12, liite 7).

6.3.2 Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan sisältyvä toiminta

Ryhmä 1

Ryhmässä 1 ohjaajat ohjasivat osallistujia tarkistamaan näiden painonhallintaan liittyviä tietorakenteita viittaamalla ensin osallistujien aiempiin painonhallinnan yrityksiin, niissä käytettyihin menetelmiin ja mahdollisiin niihin liittyviin negatiivisiin kokemuksiin. Toiseksi, ohjaajat korostivat PPP-ryhmän ohjausmallin periaatteita ja jakoivat osallistujille niihin ja kiistanalaisiin painonhallintakeinoihin liittyvää materiaalia pohdintaa ja vertailtua varten. Kolmanneksi, ohjaajat kehottivat jättämään aiempia painonhallintayrityksiä koskevat periaatteet ja niihin mahdollisesti liittyvät negatiiviset kokemukset (taulukko 11, liite 6). Ohjaajat viittasivat aiemmista poikkeaviin, PPP-painonhallintaryhmän periaatteisiin:

”Jollain tavalla kannattaa niin kun unohtaa nekin kokemukset, mitä siellä on ollut, ainakin negatiiviset kokemukset, mitä on. Tässä vaikuttaa ihan eri periaatteet kun mitä niissä aiemmissa ryhmissä.” (R 1, ohjaaja nro 1, 1. kokoontuminen)

Osallistujilla oli aikaa vertailla aiempien painonhallintayritysten ja PPP-ryhmän ohjausmallin välisiä periaatteita ennen seuraavaa kokoontumista, jossa ohjaajat kysyivät mahdollisesta ristiriitaisuuksien heräämisestä niiden välillä ja tietorakenteiden muuttumisesta. Ohjauksessa osallistujilla oli mahdollisuus keskustella ja tarkistaa tietorakenteitaan:

”... ja vähän kertoa, että minkälaista ajatusta sen viime kerran jälkeen tuli ja, vai tuliko mitään ja oliko joku asia, mitä jätite erityisesti miettimään.” (R 1, ohjaaja nro 1, 2. kokoontumiskerta)

Ohjaajat ottivat ryhmässä toistamiseen puheeksi poikkeavia mielipiteitä herättäneen keinon, vähähiilihydraattisen ruokavalion, jakoivat sen hylkäämistä puoltavaa materiaalia ja suostuttelivat osallistujia luopumaan siitä:

”Ja sitten on jälleen kerran näistä hiilihydraateista tietoa, että miksi niitä ei kannattas aivan kokonaan hyljätä., että joku omaksuu näitä, näitä, voisko sanoa kohudieettejä, mutta sillai suhtautuisin niihin varovasti.” (R 1, ohjaaja 1, 5. kokoontuminen)

Ryhmän 1 ohjaajat siirsivät keskustelun virallisiin ravitsemussuosituksiin silloin, kun osallistujien keskusteluissa tuli esiin ohjauksesta poikkeavia painon-

hallinnan periaatteita, esimerkiksi ravintolisien, ateriankorvikkeiden tai lääkkeiden käyttöä. Myöhemmillä ohjauskerroilla osallistujien keskustellessa kiistanalaisista ruokavalioista tai keinoista ohjaajat vahvistivat ryhmässä niiden osallistujien lausumia, jotka olivat ravitsemussuositusten mukaisia (taulukko 11, liite 6).

Ryhmässä 1 sovittiin osallistujien säännöllisistä itsearviointeista ja siihen liittyvästä luottamuksellisuudesta ensimmäisessä kokoontumisessa. Toisessa kokoontumisessa ryhmän 1 ohjaajat pyysivät osallistujia vuorotellen vapaasti kertomaan muutostoinnastaan ja muutoksen etenemisestä, sitä edistäneistä ja estäneistä tekijöistä. Ensimmäisessä itsearvioinnissa ohjaajat pyysivät osallistujia arvioimaan ruokavalio- ja liikuntatapojen muutosta ruokapäiväkirjaseuran ja liikuntakotitehtävän avulla. Myöhemmin myös lihaskunto- ja kävelytestituloksista saatu palautetieto toimi arvioinnin lähtökohtana, kun taas paino- tai vyötärönymärysmuutoksia käsiteltiin mittausten yhteydessä yksilöllisesti. Itsearviointeihin ohjaajat antoivat aikaa osallistujien tarpeen mukaan. Ensimmäisellä kerralla ohjaajat tekivät vain lyhyitä tarkentavia kysymyksiä, koska osallistujien puheenvuorot olivat pitkiä, mutta myöhemmillä kerroilla ohjaajat tarkensivat asioita ja opastivat osallistujia näiden muutosesteissä itsearviointien yhteydessä, jolloin myös muut osallistujat osallistuivat keskusteluun. Yhden osallistujan itsearviointi herätti samasta aiheesta myös muiden osallistujien itsearvioinnin ja ryhmäkeskustelun, minkä vuoksi itsearviointikierrokset pitkittyivät (taulukko 11, liite 6).

Ohjaajat edellyttivät osallistujilta ruokapäiväkirjan käyttöä seurantatiedon tukena vain ensimmäisessä itsearvioinnissa ja vain osa osallistujista käytti päiväkirjoja jatkuvasti omaseurannassa. Niitä käyttäneiden itsearviointit kuitenkin olivat kestoltaan pidempiä, rakenteellisesti johdonmukaisempia, muutoksen kuvauksessa tarkempia kuin muiden osallistujien, minkä vuoksi ne antoivat ohjaajille enemmän tarttumapintaa kommentoida muutosta eri tilanteissa, esittää reflektioivia kysymyksiä, kannustaa uusiin tavoitteisiin tai vahvistaa osallistujan tekemiä valintoja tai ratkaisuja (taulukko 11, liite 6).

Ohjauskertojen edetessä ohjaajien tarkentavat kysymykset lisääntyivät itsearvioinnin aikana ja ne kohdistuivat osallistujan oman käyttäytymisen tiedostamiseen, aikomukseen tehdä muutos, tietoisien päätösten tekemiseen, muutosalueisiin, konkreettisiin muutoksiin, omaseurantaan, muutoksen ylläpitämiseen, sen pysyvyyteen sekä osallistujien koti-, työ- ja vapaa-ajan ympäristöihin, jossa muutosta toteutettiin. Ohjaajat pyysivät osallistujia myös ennakoivasti arvioimaan ympäristötekijöiden vaikutusta aloitettuihin muutoksiin. Itsearviointien yhteydessä ohjaajat korostivat muutoksen pitkäaikaisuutta (taulukko 11, liite 6).

Seuraavissa itsearvioinnin ohjaamiseen liittyvissä aineistonäytteissä ensimmäisessä ohjaaja pyytää osallistujia arvioimaan muutosta yleisellä tasolla, omaseurantaan perustuen sekä tuomaan esiin tietorakenteiden mahdollisia muutoksia. Toisessa aineistonäytteessä ohjaaja pyytää osallistujia ennakoimaan muutoksen toteutumista vuodenajan muuttuessa ja arvioimaan, miten mahdol-

liset arkirutiinien muutokset tulevat vaikuttamaan saavutettujen muutosten ylläpitämiseen:

”Käytäs vähän läpi sitä, että, et mitä tässä välillä on tapahtunut itse kullekin ja ei juurta jaksain tarvii kaikkee kertoa, mutta lähinnä näitä asioita, mitä tässä on aikaisemmin puhuttu ja myös sitä, että jos jaksoitte lukea niitä juttuja, niin herättikö mitä ajatuksia ja monenlaisia ajatuksia on varmaan voinut tulla, että sekä kriittisiä että semmosia, että voi olla samaa mieltäkin tai jos ette ole lukenut, niin sitten muuten vaan kertoillette, missä vaiheessa mennään, et tehtäs semmonen kuulumiskierros tässä vaiheessa... Sopiiko semmonen? Kuka haluais aloittaa?” (R 1, Ohjaaja 1, 3. kokoontuminen)

”Jos te mietitte vielä sitä kesää niin.. onko se semmonen että se lisää teidän aktiivisuutta vai käykö niin että kun rutiinit loppuu niin sitten jää liikkuminen vähemmälle tai ruokailusta tapahtuu sitten muutoksia huonompaan suuntaan.. miten te arvioitte sitä omaa käyttäytymistä kesällä? (R 1, Ohjaaja 1, 7. kokoontuminen)

Ryhmäohjauksen viimeisessä kokoontumisessa ryhmän 1 ohjaajat pyysivät osallistujia arvioimaan koko ryhmäohjauksen aikana tapahtunutta elintapa-muutoksen toteutumista. Ohjaajat viittasivat ruokailu- ja liikuntatottumuksiin muutosalueina ja pyysivät osallistujia arvioimaan, mikä muutoksessa oli ollut vaikeaa tai toisaalta helposti toteutettavaa.

”Onko joku asia... mikä on muuttunu tän vuoden kuluessa... ootteko muuttanu jotain näistä osa-alueista vai onko pysynny ennallaan, ja ehkä semmostaki, että et onko ollu joku vaikee asia? Mikä on käynyt helposti?” (R 1, Ohjaaja 1, 8. kokoontuminen)

Ryhmä 2

Ryhmän 2 ohjaaja piti osallistujien aiempia painonhallintayrityksiä yhtenä muutoksen vaiheena ja keinojen lähteenä. Osallistujat osallistuivat keskusteluun ryhmässä vaihtelevasti puheenvuorojen keskittyessä samoille osallistujille, minkä vuoksi ohjaajan mahdollisuudet saada tietoa osallistujien aiemmista käsitteistä ja tietorakenteista olivat vähäiset. Myös tietorakenteiden uudistamiseen liittyvät keskustelut jäivät lyhyiksi verrattuna ryhmään 1. Ohjaaja ohjasi osallistujia kokonaisvaltaiseen elintapojen tarkasteluun herättelevillä, arkipäivään sovelletuilla, ruokavaliosuosituksien käyttöön ohjaavilla kysymyksillä (taulukko 12, liite 7). Ohjaus ruokavalion ja syömiskäyttäytymisen kokonaisvaltaiseen muutokseen ja useiden keinojen käyttöön tulee esiin seuraavissa aineistolainauksissa:

”Kuis moni syö semmoselta isolta lautaselta? Tuleeks se lautanen yleensä täyteen, kun sä laitat tai minkälainen se jakauma on siinä?” (R 2, ohjaaja, 4. kokoontuminen)

”Niin, jos syö työpaikalla, mutta tuleeko esimerkiks kotona, jos aattelee, niin laitettua, et siellä olis puolet salaattia?” (R 2, ohjaaja, 4. kokoontuminen)

”Tuleeko siihen laitettua samat leikkeleet ja juustot päälle kun esimerkiks aamupalaivälle?” (R 2, ohjaaja, 4. kokoontuminen)

”Tuleeko tehtyä ennemin semmonen kermakastike?” (R 2, ohjaaja, 6. kokoontuminen)

Ryhmän 2 ohjaaja pyrki suorien kysymysten avulla muuttamaan osallistujan syömiskäyttäytymistä koskevia tietorakenteita; miten ympäristön ärsykkeet vaikuttivat siihen ja minkälaisia kontrollikeinoja siihen oli mahdollista löytää (taulukko 12, liite 7). Seuraavassa aineistolainauksessa osallistujat tiedostavat muutostarpeensa, mutta muutokseen ryhtyminen ei toteudu. Ohjaaja ohjaa osallistujia käyttämään tietoa monitahoisesti, sekä energiansaannin ja -kulutuksen arvioinnissa sekä ympäristöön liittyvässä ärsykekontrollissa:

Ohjaaja: "...viinereitä...syöttökö, käytte kaffeella?"

Osallistuja nro 15: "Kyllä."

Osallistuja nro 7: "Valitettavasti."

Osallistuja nro 8: "Ollaan tietosia oltu, mutta siitä huolimatta syödään."

Ohjaaja: "...jos aattelee, että sä sen viinerin otat, niin sä saat tunnin heilua aika rankasti siihen päälle tai sitä ennen...se on sit plus miinus nolla -tilanne, että se ei nyt vielä oo sitä laihduttamista." (Ryhmä 2, 6. kokoontumiskerta)

Liikuntamuutoksiin ohjaamisessa ohjaaja kehotti osallistujia liikunnan määrän sijasta pohtimaan liikunnan merkityksellisyyttä ja sen liittymistä osallistujan elämään. Ohjaaja korosti, että liikuntamuutosten arvioinnissa ei liikuntalajeilla tai teknisellä tasolla ollut suurta merkitystä:

"Oikeestaan se ei oo, et kuinka paljon sä liikut. Tavallaan... et miten tärkeeks sä sen koet? Toki siinä voi olla vähän sitä määrää, ei niinkään sitä laatua tai tasoo. Jos se on sulle ihan joku vieras maailma, niin silloin ei mennä varmaan kovin korkeella...nääh on aina semmosia pohdittavia." (R 2, ohjaaja, 8. kokoontumiskerta)

Ryhmässä 2 elintapamuutoksia arvioitiin satunnaisesti kokoontumisten aiheisiin liittyen. Kuitenkin osallistujien tarve tuoda esiin muutoksekokemuksiaan, onnistumisiaan ja ratkaisuehdotuksiaan tulee esille taulukosta 7, jossa näiden puheenvuorojen määrä moninkertaistui ryhmäohjauksen edetessä. Ohjaaja ohjasi ryhmää ruokapäiväkirjan käyttöön ohjauksen alussa, mutta sen käyttöä osallistujittain suuressa ryhmässä ei ollut mahdollista seurata. Ohjaaja kysyi osallistujilta ruokapäiväkirjan käyttöä yhdeksännessä kokoontumisessa, jolloin sitä käytti säännöllisesti enää kaksi osallistujaa. Tehtyjä elintapamuutoksia arvioitiin vain viimeisessä kokoontumisessa pienryhmissä, mitä edelsi muutoksen toteutumista koskeva itsearviointi kotitehtävänä (taulukko 12, liite 7). Ohjaaja korosti muutoksen arvioinnissa ärsykkeiden hallintaa, korvaavia toimintoja ja kehotti osallistujia jakamaan käytettyjä keinoja pienryhmässä:

"... pieniä asioita, miten on jo muuttanut omaa ruokavalioo ja miten ehkä se kaveri pystys muuttaa sitä ruokavalioo ja tota, onko sit keksinyt jonkun semmosen konstin, että ei nyt enää paakaan kaikkee sinne suuhun... millä tavalla on sitten korvanu...hyvä vinkki sieltä vielä kaverin kanssa jakaa..." (R 2, ohjaaja, 9. kokoontumiskerta)

6.3.3 Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa

Ryhmiä 1 ja 2 ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa on koottu kuvioon 6. Osallistujien muutosprosessit, joita ohjaajat tukivat ohjauksen toiminnallisessa näkökulmassa, olivat tietoisuuden lisääntyminen, itsensä uudelleen arviointi, ympäristön uudelleen arviointi, vaihtoehtoinen käyttäytyminen, muutoksen seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen sekä auttavat ihmissuhteet. Ryhmän 1 ohjaajat kuitenkin tukivat vain kolmea ensimmäistä sekä seuranta- ja arviointiprosesseja, kun taas ryhmän 2 ohjaaja tuki useampia prosesseja (kuviokuva 6). Tietoisuuden lisääntymistä molempien ryhmien ohjaajat tukivat tekemällä herätteleviä kysymyksiä ja antamalla materiaalia tiedon vertailua varten. Ryhmän 2 ohjaaja tuki osallistujien itsensä uudelleen arviointia kehottamalla osallistujia arvioimaan muutostarpeitaan laajasti, pohtimaan muutokseen ryhtymistä/siirtämistä sekä arvioimaan liikuntaan liittyviä merkityksiä. Ympäristön uudelleen arviointia ryhmän 1 ohjaajat tukivat ohjaamalla osallistujia kriittisyyteen painonhallintamenetelmien valinnassa. Vaihtoehtoinen käyttäytyminen tarkoitti ryhmän 2 ohjauksessa kokonaisvaltaista elintapamuutosta yksittäisten muutosten sijaan. Seuranta- ja arviointiprosesseja ryhmän 1 ohjaajat tukivat itsearviointeihin ohjaamisella, vertaismallien avulla ja kielellisin keinoin. Itsearviointit antoivat ohjaajille tarttumapintaa käyttää kielellisiä keinoja. Ryhmässä 2 itsearviointiin ohjattiin vain yhdessä kokoontumisessa, jossa pienryhmä tarjosi vertaismallin. Ryhmän 2 ohjaaja käsitteli aiempiin tottumuksiin palaamista, tuen riittävyttä ja kehotti arvioimaan koko perheen elintapoja muutoksen tukemiseksi (kuviokuva 6, taulukot 11–12).

Ryhmä 1

<p>Tietoisuuden lisääntyminen</p> <p>Herättelevät kysymykset Opetuskustelu Materiaalin perehtyminen Aiempien painonhallintamenetelmien terveellisuuden arviointi</p>	<p>Itsensä uudelleen arviointi</p> <p>Painonhallintaa koskevien tietorakenteiden itsearviointi Aiempien painonhallintayritysten tulosten pysyvyyden arviointi</p>	<p>Ympäristön uudelleen arviointi</p> <p>Kriittisyyteen ohjaaminen painonhallintamenetelmässä Kielelliset keinot</p>	<p>Vaihtoehtoinen käyttäytyminen</p>	<p>Ärsykekontrolli</p>	<p>Seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen</p> <p>Muutoksen itsearviointi Kielelliset keinot Vertaismalli Toteutumisen ennakoarviointi</p>	<p>Palkitseminen</p> <p>Auttavat ihmissuhteet</p>
---	--	---	---	-------------------------------	--	---



Ryhmä 2

<p>Tietoisuuden lisääntyminen</p> <p>Herättelevät kysymykset Opetuskustelu</p>	<p>Itsensä uudelleen arviointi</p> <p>Kokonaisvaltaisen elintapojen kartoitus Muutosvaiheet ja -prosessit Muutokseen ryhtyminen vs. siirtäminen Liikunnan merkityksellisyyden arviointi</p>	<p>Ympäristön uudelleen arviointi</p> <p>Ympäristötekijöiden vaikutus muutostarpeen arvioinnissa</p>	<p>Vaihtoehtoinen käyttäytyminen</p> <p>Laaja muutos yksittäisten muutosten sijasta Kielelliset keinot</p>	<p>Ärsykekontrolli</p> <p>Kontrollia vaativat tilanteet</p>	<p>Seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen</p> <p>Toteutuksen arviointi pienryhmissä Aiempiin tottumuksiin palaaminen</p>	<p>Palkitseminen</p> <p>Auttavat ihmissuhteet</p> <p>Muutokseen ryhtymisen tuen tarve Koko perheen elintapojen kriittinen tarkastelu</p>
---	--	---	--	--	---	--

KUVIO 6 Ohjaajien kehitykselliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.

6.3.4 Kehityksellisen näkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Yhteneväisyydet ja eroavaisuudet ryhmissä 1 ja 2

Ryhmässä 1

Osallistujien tietorakenteiden muuttamisessa korostuivat pienten elintapamuutosten ja hitaan prosessin periaatteet sekä aiemmin opittujen haitallisten periaatteiden pois oppiminen. Ohjaajat kehottivat osallistujia kriittisyyteen näiden aiempia painonhallintakokemuksia kohtaan. Tietorakenteiden muuttamiseksi ohjaajat käyttivät tiedon kertaamista materiaalin avulla, niihin liittyviä kysymyksiä, opetuskeskusteluja ja osallistujien lausumien vahvistamista ryhmäkeskusteluissa (taulukko 11, liite 6).

Ryhmän 1 ohjaajat käyttivät itsearviointia jokaisessa kokoontumisessa. Ryhmän 1 ensimmäisessä itsearvioinnissa osallistujien arvioinnit olivat kestoltaan pitkiä ja ohjaajien kysymykset, kommentit tai tarkennukset vähäisiä, mutta ne lisääntyivät toisesta kokoontumisesta lähtien. Itsearviointi ja niihin sisältyvät ruoka- ja liikuntapäiväkirjat tarjosivat ohjaajille tarttumapintaa käyttää kielellisiä keinoja muutoksen tukemisessa, mutta tämä edellytti ohjaajilta kuuntelua, muistiinpanojen tekemistä, eri ratkaisuvaihtoehtojen pohtimista tässä ja nyt -tilanteessa sekä samalla koko ryhmän ajankäytön hallintaa. Osallistujien itsearviointi toimi muille ryhmän jäsenille vertaismallina, johon voi verrata omia voimavarojaan ja saavutuksiaan. Itsearviointien sisällyttäminen ryhmäohjaukseen lisäsi osallistujien tietoisuutta omasta muutoksesta ja antoi mahdollisuuden kerrata omaa onnistumista, mikä taas vahvistaa pystyvyyttä elintapamuutoksen toteuttamisessa (taulukko 11, liite 6).

Itsearvioinnin avulla osallistujat saivat palautetietoa muutoksestaan tavoitteiden ja suunnitelman tarkistamiseksi. Ohjaajien kommentteja esiintyi kahden ensimmäisen kokoontumisen itsearvioinneissa niukasti, mutta ne lisääntyivät kokoontumiskertojen edetessä. Itsearvioinnit innostivat muita osallistujia arvioimaan muutostaan, ja ohjauskertojen edetessä itsearviointi muuttui usein ryhmäkeskusteluksi. Ohjaajat ohjasivat osallistujia myös ennakoivasti arvioimaan saavutettujen muutosten ylläpitämistä ympäristötekijöiden muutuksessa. Ohjaajat näkivät ryhmäohjaukseen osallistumisen yhtenä osana osallistujan elintapojen pitkäaikaista muutosta (taulukko 11, liite 6).

Ryhmässä 2

Ryhmässä 2 ryhmän suuren koon vuoksi ohjaajan oli vaikea saada tietoa osallistujien tietorakenteista eikä yksilöllisiä tietorakenteiden muuttamiseen liittyviä keskusteluja ollut mahdollista käydä. Ohjaaja korosti tietorakenteiden muuttamisessa elintapojen kokonaisvaltaista muutosta, muutostoimintaan ryhtymistä ja siinä tarvittavaa läheisten tukea, vaihtoehtoista toimintaa sekä ärsykekontrollia. Aiempia tietorakenteita ohjaaja piti uuden tiedon perustana. Liikuntaa koskevissa tietorakenteissa ohjaaja korosti liikunnan merkityksellisyyttä osallistujalle. Ohjaajan haastavat, herättelevät ja tiedon soveltamista koskevat kysymykset olivat yleisin menetelmä tietorakenteiden muuttamiseksi. Ryhmässä 2 it-

searviointia toteutettiin vain yhdessä kokoontumisessa pienryhmätoimintana ja muulloin vain satunnaisesti opetuskeskustelujen yhteydessä (taulukko 12, liite 7).

Vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Prattin (2002) mukaan kehityksellisen näkökulman käyttö ohjauksessa uudistaa osallistujien ajattelutapaa ja tietorakenteita, mikä tuli esiin molemmissa ryhmissä. Ryhmässä 1 osallistujat käyttivät aiempia tietorakenteitaan uuden tiedon suodattamiseen tuoden esiin ristiriitaisuuksia aiempien painonhallintamenetelmien ja uuden tiedon välillä. Prattin (2002) mukaan näissä tilanteissa ohjaaja voi käyttää itsearviointia, analyysia ja perusteluja tietorakenteiden muuttamiseksi. Ryhmän 1 ohjaajat antoivat osallistujille lukumateriaalia, pyysivät osallistujia tuomaan esiin materiaalin herättämiä ajatuksia ja tekivät itsearviointia edistäviä kysymyksiä. Tietorakenteiden muuttaminen vaatii aikaa, joka tässä oli kahden kokoontumiskerran väli. Ohjaajat nostivat esiin myös osallistujien aiempien painonhallintayritysten tiedonkäyttöön liittyviä ongelmia ja suostuttelivat osallistujia noudattamaan tieteelliseen tietoon perustuvia menetelmiä. Tietorakenteet voivat olla vaikeasti muutettavissa ja muuttaminen vaatii ohjaajalta sosiaalisia taitoja, mikä tuli esiin tässäkin tutkimuksessa (Pratt ym. 2001a, Pratt 2002).

Heikkoja tietorakenteita tulee vahvistaa (Pratt 2002). Molemmissa ryhmissä ohjaajat pyrkivät vahvistamaan osallistujien muutosta koskevia tietorakenteita ja näiden tietoisuutta omasta muutoksesta tiedonsiirron, osallistujien muutosvaiheeseen kohdistuvien kysymysten ja osallistujien itsearviointiin kohdistuvan palautteen avulla.

6.4 Huolenpidollinen näkökulma ryhmissä 1 ja 2

6.4.1 Ohjaajien uskomukset ja tarkoitukset

Ryhmä 1

Ryhmän 1 ohjaajat uskoivat, että osallistujan tukeminen itsenäiseen muutoksen toteuttamiseen edistää sitä ja ryhmän yhteinen ongelmanratkaisu synnyttää tukea. Ohjaajat pitivät voimavarojen arviointia ja niiden mukauttamista muutoksen haasteisiin tärkeänä, jotta haasteet olisivat osallistujalle sopivia eikä muutoksesta tulisi liian suurta taakkaa. Positiivinen palaute, kuuntelu ja yksilölliset ohjeet kannustavat jatkamaan muutosta. Ohjaajat uskoivat, että osallistujan voimavaroja tulee arvioida jatkuvasti, muutoksen haasteita voidaan tarvittaessa alentaa ja laatia yksilöllisiä tavoitteita. Ohjaus mukautetaan osallistujan muutostahtiin. Ohjaajien mielestä huumori lieventää muutoksen vaativuutta ja ryhmätuki auttaa mielialan vaihteluissa sekä muutosprosessin paineissa (taulukko 13, liite 6).

Ryhmän 1 ohjaajat uskoivat, että osallistujan hyvä itseluottamus on tärkeä muutoksen toteuttamisessa ja että taantumasta toimintavaiheeseen palaaminen edellyttää tukea. Läheisten tuki edistää muutosta, mutta sen puuttuessa osallistujan tulisi toimia itsenäisesti. Ohjaajat uskoivat, että mielenkiinnon osoittaminen, suostuttelu, saavutusten huomiointi, rohkaisu ja kannustus edistävät muutosta. Myös ryhmän antaman kannustuksen ohjaajat näkivät edistävän muutosta (taulukko 13, liite 6).

Ryhmän 1 ohjaajien tarkoitus oli, että osallistuja pitää kiinni omista tavoitteistaan työ- ja kotiympäristössään ja toteuttaa muutosta voimavarojensa mukaisesti. Ryhmän yhteiseen ongelmanratkaisuun kannustamisen tarkoitus oli ratkaisujen löytäminen ja niiden jakaminen. Tarkoitus oli myös, että osallistujat jatkavat aloittamiaan muutoksia yksilöllisen ohjauksen ja kannustuksen avulla ja saavat tukea ryhmästä. Liikuntaan ohjaamisessa ohjaajien tarkoitus oli, että osallistujat aloittavat liikunnan valitsemallaan kuormitustasolla ja käyttävät siinä yksilöllisiä ratkaisuja. Tarkoitus oli, että osallistuja seuraisi muutoksensa etenemistä, jolloin tämän luottamus muutokseen vahvistuisi ja ryhmän antaman vertaistuen lisäksi osallistuja hakisi tukea myös läheisiltään (taulukko 13, liite 6).

Ohjaajien tarkoitus oli palkitsemisen ja kannustuksen avulla saada ylläpitovaiheeseen siirtyneet osallistujat pysymään tässä vaiheessa. Ponnisteluihin ja itsenäiseen muutokseen kannustamisen tarkoitus oli, että osallistujat pystyvät toteuttamaan muutosta tarvittaessa ilman läheisten tukea (taulukko 13, liite 6).

Ryhmä 2

Ryhmän 2 ohjaaja uskoi, että osallistujan oma-aloitteisuus ja itsenäisyys edistävät muutosta, ohjauksessa taas ponnisteluihin kannustaminen ja yksilölliset neuvot ovat tärkeitä. Ohjaajan mielestä huolten jakamisen lisäksi osallistujat tarvitsevat haasteita muutoksessa. Tilanteiden ennakointi lisää varmuutta muutoksen toteuttamisessa, pitää mielialaa yllä ja edistää muutosta. Osallistujan rohkaisu, kannustus, yksilölliset ratkaisut ja valintojen vahvistaminen tukevat muutosta ja palkitseminen vie sitä eteenpäin. Ohjaajan mielestä myötäeläminen ja huumorin käyttö lieventävät muutoksen vaativuutta (taulukko 14, liite 7).

Ohjaajan tarkoitus oli, että osallistujat jatkavat aloittamiaan muutoksia kannustuksen ja rohkaisun avulla, oppivat laatimaan itselle sopivia muutostavoitteita ja näkevät tilapäiset epäonnistumiset muutokseen kuuluvina tilanteina. Ohjaajan tarkoitus oli, että osallistujat aktivoituvat kokonaisvaltaiseen elintapamuutokseen, ponnistelevat sen eteen, voittavat muutosprosessiin sisältyvät haasteet ja etenevät suunnitelmallisesti muutoksessaan (taulukko 14, liite 7).

TAULUKKO 13 Ryhmän 1 ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa huolenpidollisen näkökulman mukaan.

Kokoon-tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
1.	Itsenäiseen muutokseen tukeminen edistää muutosta. Yhteinen ongelmanratkaisu synnyttää tukea.	Osallistuja pitää kiinni omista tavoitteistaan ympäristössään. Ryhmän yhteistoiminta.	Kannustus laajentaa muutos koko perheeseen. Kehotus ryhmälle pohtia yhdessä ratkaisuja.
2.	Muutoksessa edetään osallistujan voimavarojen mukaan. Positiivinen palaute kannustaa jatkaamaan muutoksia.	Osallistuja jatkaa muutostaan omassa tahdissaan.	Muutosprosessin mukauttaminen osallistujan voimavaroihin. Positiivinen palaute muutoksen aloittamisesta.
3.	Positiivinen palaute, kuuntelu ja yksilölliset ohjeet edistävät muutosta. Osallistujan voimavaroja arvioidaan jatkuvasti. Huumori lieventää muutoksen vaatavuutta. Ryhmätuki auttaa mielialan vaihteluissa ja muutosprosessin paineissa.	Osallistujat jatkavat kannustuksen ja yksilöllisen ohjauksen avulla aloitettuja muutoksia. Osallistujat saavat tukea muutosprosessin vaatavuuteen ryhmästä.	Terveysongelmien kuuntelu, yksilöllinen neuvonta ja kannustus. Huumorin käyttö. Lihavuudesta aiheutuvan mielipahan ja muutosprosessin vaatavuuden jakaminen ryhmässä.
4.	Yksilölliset haasteet mitoitetaan osallistujan voimavarojen mukaisesti.	Osallistujat aloittavat liikunnan valitsemallaan kuormitustasolla.	Myötätunto ja kannustus. Paneutuminen yksilöllisiin liikunnan esteisiin.
5.	Itseluottamus on muutoksessa onnistumisen edellytys. Ohjaus mukautetaan osallistujan muutostahtiin. Positiivinen palaute kannustaa jatkaamaan muutosta.	Osallistuja seuraa muutoksensa etenemistä, löytää yksilöllisiä ratkaisuja ja hyödyntää vertaistukea. Osallistujan itseluottamus vahvistuu.	Yksilöllinen ohjaus. Aikaa ryhmäkeskustelulle. Osallistujien vahvojen puolien esille nostaminen. Positiivinen palaute koko ryhmälle onnistuneista muutoksista.
6.	Taantumasta toimintavaiheeseen palaaminen edellyttää tukea. Muutoksessa edetään osallistujan voimavarojen mukaisesti. Läheisten tuki edistää muutosta.	Osallistujat mukauttavat toimintasuunnitelmansa voimavaroihinsa. Osallistujat hakevat tukea läheisiltään.	Kuuntelu, myötäeläminen, huolen jakaminen. Ohjaus voimavarojen mukaiseen muutostoimintaan. Yksilöllinen neuvonta. Positiivinen palaute ja kannustus.
7.	Painonhallinta ei saa muodostua osallistujalle taakaksi. Voimavarojen vähetessä haasteita vähennetään. Mielenkiinnon osoitus, kannustus ja ohjaus edistävät muutosta.	Osallistuja etenee muutoksessa voimavarojensa mukaisesti, haasteita voidaan vähentää. Ylläpitovaiheessa olevat jatkavat muutostaan.	Kuuntelu, myötäeläminen ja kiinnostus osallistujan edistymiseen. Tavoitteet mukautetaan osallistujan voimavaroihin. Kannustus muutoksen jatkamiseen.
8.	Saavutusten huomiointi, rohkaisu, kannustus ja vertaistuki edistävät muutosta. Tuen puuttessa ohjaus toimia itsenäisesti. Suostuttelu edistää muutosta.	Osallistujat liikkuvat esteistä huolimatta. Osallistujat tulevat muutostoiminnassaan itsenäisiksi tilanteissa, joissa läheiset eivät tue muutosta.	Rohkaisu uusien liikuntalajien aloittamiseen. Myötäeläminen. Yksilöllinen, suostutteleva ruokavalio- ja liikuntaohjaus. Ponnisteluihin ja itsenäisyyteen kannustaminen.

TAULUKKO 14 Ryhmän 2 ohjaajan uskomukset, tarkoitukset ja toiminta osallistujien elintapamuutosten tukemisessa huolenpidollisen näkökulman mukaan.

Kokoonkoon-tuminen	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
1.	Oma-aloitteisuus ja itsenäisyys edistävät muutosta.	Osallistuja jatkaa muutosprosessiaan.	Osallistujan muutossuunnitelmaa koskevan näkemyksen vahvistaminen.
2.	Kannustaminen ja yksilölliset neuvot edistävät muutosta. Ponnistelut kuuluvat muutokseen.	Osallistujat jatkavat tavoitteiden asettelua. Osallistujat näkevät epäonnistumiset muutokseen kuuluvina tilanteina.	Positiivinen palaute tavoitteista. Kuuntelu ja myötätunto, kun muutoksessa on esteitä. Yksilölliset neuvot ja ratkaisuehdotukset muutoksen esteissä.
3.	-	-	-
4.	Huolten jakamisen lisäksi haasteiden antaminen ja ponnistelujen tukeminen edistävät muutosta.	Osallistujat aktivoituvat kokonaisvaltaiseen muutokseen ja ponnistelevat ratkaisujen löytämiseksi.	Huolten jakaminen ja ongelmien pohtiminen ryhmässä. Haasteeksi koko elämäntyylä koskevan muutoksen toteuttaminen.
5.	Huolten jakamisen lisäksi osallistujat tarvitsevat haasteita. Yksilölliset neuvot edistävät muutosta.	Osallistujat voittavat muutosprosessiin liittyvät haasteet ja etenevät suunnitelmallisesti.	Huolten jakaminen, samalla ratkaisuvaihtoehtojen tarjoaminen ja suunnitelmallisuuden ohjaaminen.
6.	Tilanteiden ennakointi antaa varmuutta muutokseen, pitää mielialaalla yllä ja edistää muutosta.	Osallistuja saa ryhmässä emotionaalisen tuen lisäksi voimavaroja ja keinoja ympäristön ärsykkeiden hallitsemiseen.	Kuuntelun ja myötätunnon lisäksi ohjaus syömisen hallinnan ennakointiin. Osallistujan toiselle antaman neuvon vahvistaminen.
7.	Kannustus, rohkaisu ja osallistujan valintojen vahvistaminen edistävät muutosta. Yksilölliset ratkaisut tukevat muutosta.	Osallistujat aloittavat tai jatkavat liikuntaa huolimatta esteistä.	Henkilökohtaiset kysymykset liikuntavalinnoista, positiivinen palaute valinnoista. Kannustus päiväkirjan pitämiseen. Rohkaisu liikkumaan sairauksista huolimatta.
8.	Huolten jakaminen ja kannustus yhdessä edistävät muutosta. Palkitseminen vie eteenpäin muutosta. Osallistujat tarvitsevat haasteita.	Osallistujat saavat tukea, mutta ovat aktiivisia muutoksessaan. Osallistujat palkitsevat itseään onnistumisista. Uudet liikuntamuodot ja -tekniikat tarjoavat haasteita osallistujille ja motivoivat muutokseen.	Kuuntelu, myötäeläminen ja ongelmien jakaminen, samalla yksilöllinen ohjaus. Kannustus palkita itseä onnistumisista. Suositus tutustua uusiin liikuntamuotoihin ja -tekniikoihin sekä välinehankintoihin rohkaiseminen.
9.	Huolten jakaminen, kannustus, yksilölliset neuvot auttavat osallistujia jatkamaan muutostaan. Huumori lieventää muutoksen vaativuutta.	Osallistujat käsittelevät muutoksen esteitä ja löytävät ratkaisuja ongelmiin. Osallistujat jakavat kokemuksiaan ja keinoja muutoksen toteuttamisessa.	Positiivinen palaute muutoksista. Kuuntelu, myötäeläminen ja yksilölliset neuvot muutosprosessin ongelmissa. Osallistujan toiselle antaman neuvon vahvistaminen. Huumorin käyttö.

Koti- ja työympäristöön liittyvien ärsykkeiden hallitsemiseksi tarkoitus oli saada ryhmästä tukea ja voimavaroja. Esteistä huolimatta tarkoitus oli saada osallistujat tekemään liikuntamuutoksia kannustuksen avulla. Eri liikuntamuotojen esittelyn tarkoitus oli, että osallistujat motivoituisivat kokeilemaan uusia liikuntalajeja, jakaisivat kokemuksiaan ja käyttämiään keinoja sekä käsittelesivät yhdessä muutoksessa ilmenneitä ongelmia (taulukko 14, liite 7).

6.4.2 Ohjaajien toiminta ryhmässä 1 ja 2

Ryhmä 1

Ryhmässä 1 osallistujat toivat muutosprosesseihin liittyviä huolenpidon tarpeita esiin pääosin itsearviointien yhteydessä. Osallistujat kertoivat voimavarojensa vähydestä, heikentyneestä itseluottamuksesta tai sitoutumisen vaikeudesta. Ohjaajat kehottivat osallistujia laajentamaan elintapamuutoksen koko perheeseen tuen saamiseksi ja pohtimaan ryhmässä ratkaisuja ongelmiin. He kannustivat osallistujia mukauttamaan muutoksen omiin voimavaroihin ja antoivat positiivista palautetta aloitetuista muutoksista. Ohjaajat kuuntelivat osallistujia, antoivat yksilöllistä neuvontaa ja käyttivät huumoria lieventämään muutoksen vaativuutta. Vaativuutta ja mielipahaa aiheuttavia asioita käsiteltiin ryhmässä (taulukko 13, liite 6).

Muutoksen esteissä ohjaajat ilmaisivat myötätuntoa, paneutuivat yksilöllisiin ongelmiin ja nostivat esiin osallistujien vahvoja puolia. Ohjaajat antoivat positiivista palautetta koko ryhmälle onnistuneista muutoksista. He myötäelivät ja jakoivat osallistujien elämäntilanteisiin liittyviä huolia ja kannustivat yksilölliseen, voimavarojen mukaiseen muutokseen. Ohjaajat osoittivat kiinnostusta osallistujien edistymiseen, kannustivat jatkamaan muutosta ja rohkaisivat aloittamaan uusia liikuntalajeja. Tilanteissa, joissa ei ollut mahdollista saada läheisten tukea, ohjaajat kannustivat ponnistelemaan itsenäisesti (taulukko 13, liite 6). Seuraavassa aineistolainauksessa ohjaaja kannustaa liikuntasuorituksiin tuomalla esiin onnistumisen positiivisen vaikutuksen mielialaan:

”..tultu suorituksesta kotiin, niin ollaan hirmu tyytyväisiä itseemme... hyvä minä korostuu... iloa ja energiaa, onnistumisia.” (R 1, ohjaaja nro 2, 3. kokoontuminen)

Toisessa aineistolainauksessa ohjaaja rohkaisee osallistujaa pitämään kiinni omista tavoitteistaan ja muuttamaan myös läheisten elintapoja tilanteessa, jossa osallistuja ei saa tukea muutokseensa läheisiltään.

”Kun minä sain sen toisen osapuolenkin ...se voi käyvä lisäämässä kermaa sinne kastikkeeseen, kun minä käänän selekäni.” (R 1, Osallistuja nro 1, 8. kokoontuminen)

”Sun pitää hommata ainakin kevyttä kermaa sinne jääkaappiin.” (R 1, Ohjaaja nro 2, 8. kokoontuminen)

Kolmas aineistolainaus on näyte ohjaajan positiivisesta palautteesta saavutetusta muutoksesta:

“...jo onnellinen viime talvena, kun mä sain painonnousun pysähtymään.” (R 1, Osallistuja nro 3, 8. kokoontuminen)

“Se on kyllä hyvä saavutus.” (R 1, Ohjaaja nro 1, 8. kokoontuminen)

Ryhmä 2

Ryhmässä 2 osallistujien huolenpidolliset tarpeet tulivat esiin opetuskeskustelujen aikana. Ryhmäohjauksen alussa ryhmän 2 ohjaaja vahvisti osallistujien jo tekemiä muutossuunnitelmia ja antoi positiivista palautetta jo asetetuista tavoitteista. Muutosesteissä ohjaaja kuunteli, antoi myötätuntoa, yksilöllisiä neuvoja ja ratkaisuehdotuksia. Huolia ja ongelmia pohdittiin ryhmässä. Ohjaaja antoi osallistujille myös haasteita, kehotti näitä koko elämäntyylin muutokseen ja toteuttamaan muutosta koko perheessä oman muutoksen tukemiseksi. Kuuntelun ja myötäelämisen lisäksi ohjaaja kuitenkin kehotti osallistujia suunnitelmallisuuteen ja ennakointiin, esimerkiksi syömisen hallinnassa, ja vahvisti osallistujien toisilleen antamia neuvoja (taulukko 14, liite 7).

Ohjaaja vastasi liikuntavaihtoehtoja koskeviin kysymyksiin, antoi niistä positiivista palautetta sekä kehotti osallistujia pitämään liikuntapäiväkirjaa. Osallistujien sairauksista huolimatta hän kehotti näitä liikkumaan ja palkitsemaan onnistumista, jolloin palkinto etukäteen suunniteltuna toimisi muutostoiminnan kannustajana. Ohjaaja rohkaisi osallistujia uusiin liikuntamuotoihin ja välinehankintoihin. Huumoria ohjaaja käytti ohjauksessa usein eri tilanteissa, muun muassa lieventämään muutoksen vaativuutta. Kun osallistujat tunsivat elintapamuutoksen liian vaativaksi, ohjaaja kannusti heitä välitavoitteiden laa-
timiseen. Muutokseen liittyviä tilanteita tarkasteltiin ohjauksessa osallistujien ympäristöstä käsin siten, että osallistujien oma ongelmanratkaisu ja itsenäisyys kehittyisivät (taulukko 14, liite 7). Seuraavaan aineistolainaukseen sisältyy ryhmän 2 osallistuja nro 8:n ja nro 2:n aikomuspuhetta, jossa osallistujat olivat tietoisia muutoksen keinoista, mutta toteutussuunnitelma ja tuki muutokseen ryhtymiseen puuttuivat. Opetuskeskustelussa ohjaaja perusteli muutoksen tarpeellisuutta, mutta jätti osallistujille pohdittavaksi lähiympäristön tuen tarpeen muutoksen aloittamisessa:

“...että 63-vuotiailla naisilla on ollu huomattavaa, siis voimien tulemista, tässä on kohta punttia ruvettava...” (R 2, Osallistuja nro 8, 7. kokoontuminen)

“...tosiaan ikäihmisten kuntosali nousevassa määrin on ollut tapetilla... kun se voima sieltä katoa, ehkä ne lihakset siellä säilyy, mut voima hukkaa.” (R 2, Ohjaaja, 7. kokoontuminen)

“Kyllähän meillä ympärillä tänä päivänä valinnanvaraa on ... mutta, jos.” (R 2, Osallistuja nro 2, 7. kokoontuminen)

“Aivan. Se on se, kuka ottaa niskasta.” (R 2, Ohjaaja, 7. kokoontuminen)

“Niin.” (R 2, Osallistuja nro 2, 7. kokoontuminen)

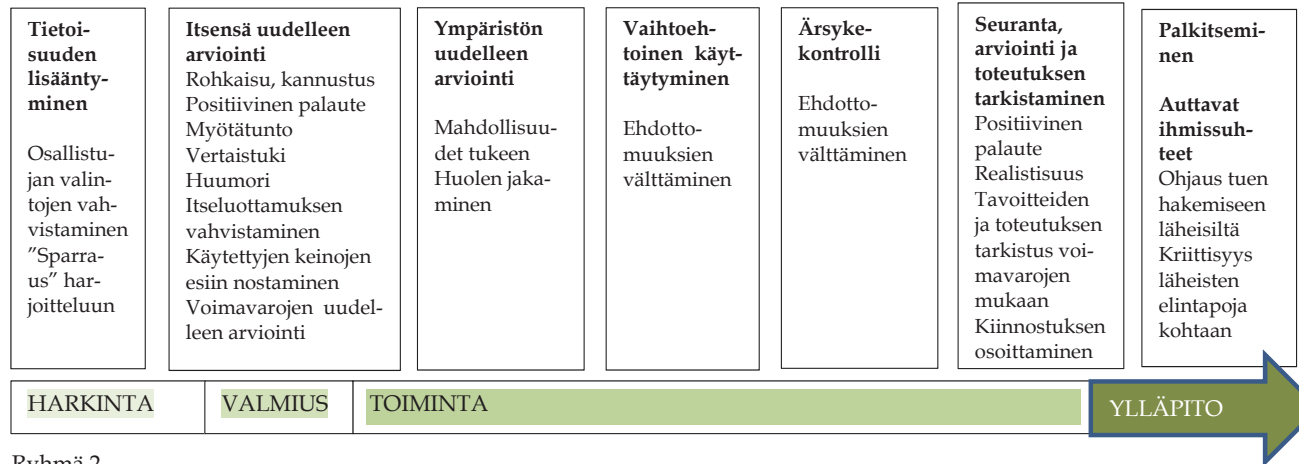
6.4.3 Ohjaajien huolenpidolliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa

Ohjaajien huolenpidolliseen näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa on koottu kuvioon 7. Osallistujien muutosprosessit, joita ohjaajat tukivat, olivat tietoisuuden lisääntyminen, itsensä uudelleen arviointi, ympäristön uudelleen arviointi, vaihtoehtoinen käyttäytyminen, ärsykekontrolli, muutoksen seuranta, arviointi ja toteutuksen tarkistaminen, palkitseminen sekä auttavat ihmissuhteet. Molemmissa ryhmissä tukemisessa kuitenkin painottuivat itsensä ja ympäristön uudelleen arviointi-, muutoksen seuranta-, arviointi- ja toteuttamissuunnitelman tarkistamisprosessit. Ryhmässä 2 esiintyi moninaisempia menetelmiä ja keinoja ja niitä käytettiin useammassa muutosprosessissa kuin ryhmässä 1 (kuvio 7, liite 6 ja 7, taulukko 13 ja 14).

Ryhmän 1 ohjaajat tukivat osallistujien tietoisuuden kasvua vahvistamalla osallistujien ehdottamia valintoja oikeiksi. Itsensä uudelleenarviointiprosessia ohjaajat tukivat rohkaisemalla, kannustamalla ja antamalla positiivista palautetta. Ohjaajat antoivat myötätuntoa, ohjasivat osallistujaa arvioimaan voimavarojaan ja vahvistivat tämän itseluottamusta muutokseen. Ohjaajat käyttivät huumoria yhteisyyden luomiseksi ryhmässä, lieventämään suurien muutoshasteiden aiheuttamaa jännitystä ja jatkoivat osallistujien aloittamaa huumoria. Ohjaajat jakoivat ympäristöön liittyviä huolia ja toisaalta taas ohjasivat etsimään tukea ympäristöstä. Vaihtoehtoisen käyttäytymisen ja ärsykekontrollin prosesseja ohjaajat tukivat ohjaamalla osallistujia ehdottomuuksien välttämiseen. Muutoksen seuranta-, arviointi- ja toteuttamisen tarkistusprosessia ohjaajat tukivat osoittamalla kiinnostusta, antamalla positiivista palautetta ja ohjaamalla tarkistamaan tavoitteita suhteessa voimavaroihin. Uusia tavoitteita ohjaajat kehittivät laatimaan realistisesti. Ohjaajat ohjasivat hakemaan tukea läheisiltä, mutta olemaan myös kriittinen näiden elintapoja kohtaan (kuvio 7, liite 6, taulukko 13).

Ryhmän 2 ohjaaja tuki osallistujan itsensä uudelleen arviointia antamalla myötätuntoa, jakamalla tämän huolia, kannustamalla jatkamaan muutosta realistisin tavoittein ja huolehtimalla haasteiden ja voimavarojen tasapainosta. Muutoksen haasteiden lieventämiseksi ja osallistujien arvokkuuden säilyttämiseksi ohjaaja käytti huumoria. Osallistujia ohjattiin tunnistamaan ympäristössä olevia, muutokseen vaikuttavia tekijöitä, muuttamaan niitä tai vähentämään niistä riippuvuutta. Ohjaaja kannusti osallistujia vaihtoehtoiseen käyttäytymiseen, antoi niihin liittyviä haasteita ja ohjasi välttämään ehdottomuuksia muutossuunnitelmassa. Myös ärsykekontrollin yhteydessä ohjaaja kehotti välttämään ehdottomuuksia, kannusti harjoittelemaan syömisen hallintaa ja välttämään emotionaalista syömistä. Onnistuneesta ärsykekontrollista ohjaaja antoi positiivista palautetta. Seuranta-, arviointi- ja toteutuksen tarkistamisproesseja ohjaaja tuki vahvistamalla osallistujan havaintoja omasta muutoksesta, antamalla positiivista palautetta ja kannustamalla palkitsemaan itseä onnistumisista. Ohjaaja ohjasi osallistujia arvioimaan tuen tarvetta muutokseen ryhtymisessä, mutta toisaalta, olemaan kriittinen läheisten elintapojen suhteen silloin, kun ne eivät tukeneet omaa muutosta (kuvio 7, taulukko 14, liite 7).

Ryhmä 1



Ryhmä 2



KUVIO 7 Ohjaajien huolenpidon näkökulmaan liittyvät menetelmät ja keinot osallistujien muutosprosessien tukemisessa ryhmissä 1 ja 2.

6.4.4 Huolenpidollisen näkökulman yhteenveto ja vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Yhteneväisyydet ja eroavaisuudet ryhmissä 1 ja 2

Ryhmässä 1

Ohjaajat tukivat osallistujia huolenpidollisin keinoin itsearviointikierroksilla näiden kertoessa esiin tulleista muutosesteistä, jotka aiheuttivat pettymyksen tunteita, vähensivät osallistujien itseluottamusta ja muutoksessa tarvittavia voimavaroja. Ohjaajat mukauttivat muutoksen haasteet osallistujien voimavaroihin pyrkimällä välttämään liian suurten vaatimusten aiheuttamia paineita ja käyttivät monipuolisia huolenpidollisia keinoja tukemisessa. Ohjaajien huolenpidolliseen tukeen kuitenkin liittyi samanaikaisesti neuvonta, opastus ja yksilöllinen ohjaus.

Ryhmässä 2

Huolenpidollinen tuki liittyi osallistujan itsensä ja ympäristön uudelleen arviointiprosesseihin, ärsykekontrolliin sekä muutoksen seuranta- ja arviointiprosessiin. Ohjauksen alkuvaiheessa pitkät luentomaiset jaksot, ohjaajan asiantuntijarooli ja luokkamuotoinen tilanne vähensivät osallistujien mahdollisuutta esittää huolenpidollisia tarpeitaan, joita he myöhemmin toivat esiin opetuskeskustelujen yhteydessä. Tarpeet liittyivät usein hallitsemattoman syömisen aiheuttamiin pettymyksiin. Ohjaajan huolenpidolliseen tukeen liittyi aina samanaikaisesti neuvonta, opastus ja haasteisiin kannustaminen. Läheisten tuen puuttuessa ohjaaja kannusti osallistujia itsenäiseen muutokseen. Ohjaaja tuki osallistujien itseluottamusta antamalla positiivista palautetta etenkin osallistujien esittämistä muutoksen keinoista.

Molemmissa ryhmissä ohjaajat näkivät läheisten tuen tärkeänä muutoksessa. Samoin molemmissa ryhmissä ohjaajat ohjasivat osallistujia muuttamaan koko perheen ruokailutottumuksia osallistujan muutoksen tukemiseksi, mutta myös siksi, että koko perheen tottumuksia oli syytä muuttaa. Kummassakaan ryhmässä läheisten tuki ei sisältynyt varsinaisiin tietosisältöihin, vaan osallistujat nostivat asian esiin, jolloin ohjaajat antoivat neuvoja ja kysyivät tuen saamisesta seuraavien itsearviointien yhteydessä. Molemmissa ryhmissä ohjaajat käyttivät huumoria luomaan yhteisyyden tunnetta, lieventämään muutospaineiden aiheuttamaa jännitystä ja jatkoivat osallistujien eri tilanteissa aloittamaa huumoria.

Vertailu teoreettiseen viitekehykseen

Prattin (Pratt ym. 2001a, Pratt 2002) mukaan ohjaajan voi olla vaikea liikkua tavoitesuuntautuneen ohjauksen ja huolenpidon välillä, mikä tuli esiin molemmissa ryhmissä siten, että ohjaajien emotionaalista tukea seurasi aina yksilöllinen opastus tai neuvo. Huolenpidollisen näkökulman (Pratt 2002) mukaan ohjaajan tulee tukea erityisesti osallistujan ponnisteluja ja ohjata osallistujia palkitsemaan itseään saavutuksista. Tulokset ovat samansuuntaisia molemmissa

ryhmissä; ohjaajat kannustivat ponnisteluihin ja korostivat osallistujan osuutta tuloksissa, jolloin tulos jo itsessään toimisi palkitsemiskeinona. Ryhmän 2 ohjaaja myös käsitteli itsensä palkitsemista ryhmässä. Ohjaajien kannustuksen tarkoitus oli osallistujien itseluottamuksen ja itsenäisyyden kasvu muutoksessa, mitä pidetään huolenpidollisen näkökulman tavoitteena. Aiempien kokemusten muutosta estävää vaikutusta etenkin ryhmän 1 ohjaajat pyrkivät poistamaan sitouttamalla osallistujia PPP-mallin periaatteisiin (ks. Pratt ym. 2001a, Pratt 2002).

Prattin (Pratt ym. 2001a, 2002) mukaan ryhmän hallinta voi muodostua haasteelliseksi, jos siinä on hyvin erilaisia tai useita paljon tukea vaativia osallistujia mikä tuli esiin etenkin ryhmässä 1 ohjaajien antaessa yksilöllistä ohjausta osallistujien sairauksista tai puutteellisesta toimintakyvystä johtuen. Pratt (Pratt ym. 2001a, Pratt 2002) ehdottaa epäonnistumisen pelkojen vähentämistä vuorovaikutteisuuden, tunteiden ilmaisun ja vertaistuen avulla, joita kaikkia esiintyi molemmissa ryhmissä. Lisäksi molempien ryhmien ohjaajat käyttivät huumoria lieventämään epäonnistumisen tunteita. Ryhmien yhteisöllisyyttä (ks. Pratt ym. 2001a, 2002) lisäsivät itsearviointikierrokset, osallistuminen ryhmäkeskusteluun ja pienryhmätoiminta.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys liittyy koko tutkimusprosessiin aiheen valinnasta alkaen raportin kirjoittamiseen (Silverman 2013). Tässä tutkimuksessa sen eettisyyttä tarkastellaan tutkimusaiheen valinnan, tutkimuksen suunnittelun, kohderyhmän valinnan, aineiston keruun, tutkittavien aseman, analyysin ja raportoinnin kannalta.

Tutkimuksen aihe edistää väestön terveyttä, mikä on yleisesti hyväksytty arvo yhteiskunnallisessa päätöksenteossa (Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010, Silverman 2013, 161 ja 163). Ryhmäohjausta suositeltiin alueella toteutetussa D2D-ehkäisyohjelmassa (Saaristo ym. 2009), johon molemmat ryhmäohjaukset liittyivät. Ryhmien ohjaajiin otettiin ensin yhteyttä ja heille kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, aineistonkeruun menetelmästä, ja he kirjoittivat vapaaehtoisesti suostumuksen ryhmäohjausten videointiin (ks. Silverman 2013, 161–162, 165).

Suunnitteluvaiheessa tutkija sai sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnalta luvan kysyä ryhmän 1 ja kansalaisopiston rehtorilta luvan kysyä ryhmän 2 osallistujien suostumusta tutkimukseen. Molemmissa ryhmissä ryhmäohjauksen aloitustilaisuudessa osallistujille selvitettiin tutkimuksen aihe, tavoitteet ja aineistonkeruun menetelmä, jotta osallistujat olisivat tietoisia siitä, mitä suostumus tutkimukseen merkitsisi. Osallistujilla oli tässä vaiheessa tieto myös ryhmäohjauksen kestosta. Molemmissa ryhmissä osallistujat kirjoittivat vapaaehtoisen suostumuksen kokoontumisten videoinnista. Osallistujilla oli koko ajan oikeus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen. Edellä olevaa menettelyä on pidetty hyvänä tapana tutkimuslupamenettelyssä (ks. Silverman 2013, 161–162, 165).

Videointi tutkimusmenetelmänä ei aiheuta vahinkoa tutkimukseen osallistujille (ks. Silverman 2013, 161), mutta voi vaikuttaa ohjaajien ohjaukseen ja osallistujien keskusteluun. Tutkimuksessa on noudatettu osallistujien anonymiteettia; tutkimusta koskevat tiedot ovat luottamuksellisia, osallistujien nimiä ei ole luovutettu ulkopuolisille ja osallistujien nimet ovat vain tutkijan tiedossa.

(Ks. Burns & Grove 2011, 445, Silverman 2013, 161–162, 172.) Eettisiä periaatteita on noudatettu myös raportoinnissa. Lainauksista on poistettu henkilöllisyyteen, työtehtäviin tai työpaikkaan liittyvät ilmaukset. Tutkittavia on kunnioitettu heistä kirjoitettaessa, aiempiin tutkimuksiin on viitattu asiallisesti ja niiden merkitys on tuotu esiin, mitä on pidetty hyvänä raportointitapana (ks. Burns & Grove 2011, 443).

Tutkimustuloksia on tarkoitus käyttää painonhallinnan ohjausmenetelmien kehittämiseen, jolloin yksilöillä olisi paremmat mahdollisuudet hallita painoaan ja siten välttää sairastuminen tyyppin 2 diabetekseen. Tulosten ja suositusten soveltaminen ryhmäohjauksen kehittämisessä lisää asiakkaiden osallisuutta terveydenhuoltopalveluissa ja on terveydenhuollon resurssien käytön kannalta suotavaa. Aihetta voidaan näin pitää uskottavana ja vakuuttavana (ks. Burns & Grove 2011, 107, 134, Silverman 2013, 161, 163).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

7.2.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tässä tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden, tutkimusprosessin ja tulosten luotettavuuden näkökulmista. Luotettavuuden arviointia kuvataan tulosten siirrettävyyden, sisällön johdonmukaisuuden, uskottavuuden ja refleksiivisyyden perusteella (Graneheim & Lundman 2004).

Siirrettävyys

Tutkimuksen tulosten siirrettävyyden arvioimiseksi seuraavassa kuvataan ryhmäohjaukseen osallistuvien ja ohjaajien valikoitumista, ryhmien muodostumista, osallistujien aktiivisuutta ryhmätoimintaan, ryhmäohjauksen fyysisiä puitteita ja videoinnin vaikutusta tutkittaviin.

Painonhallintaryhmät 1 ja 2 valittiin tutkimukseen alueella käynnistyvän tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyprojektin perusteella. Ryhmän 1 osallistujat valikoituivat tutkimuksen kohderyhmäksi tyyppin 2 diabeteksen korkean riskin seulonnan yhteydessä sairaanhoitajan vastaanotolta tai lääkärin suosittelemina ja ryhmään 2 vapaaehtoisesti lehti-ilmoituksen ja alueella pidetyn tyyppin 2 ehkäisyprojektin tiedotustilaisuuden perusteella. Molemmissa ryhmissä diabeteksen riskipisteiden keskiarvo oli korkea ja BMI:n keskiarvo 33, jolloin laihduttaminen on tärkeää tyyppin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi. Tyyppin 2 diabetes yleistyy iän myötä, mitä taustaa vasten molemmat ryhmät olivat sopivia tutkimukseen; ryhmässä 1 osallistujien keski-ikä oli 49 vuotta ja 54 vuotta ryhmässä 2. Tuloksiin on kuitenkin voinut vaikuttaa keskeyttäneistä johtuva ryhmän valikoituminen.

Ryhmän 1 kymmenestä osallistujasta keskeytti kaksi ja ryhmän 2 kahdestakymmenestä viisi osallistujaa. Osallistuminen kokoontumisiin oli vähäistä.

Ryhmän 1 osallistujat olivat mukana keskimäärin viisi kertaa yhdeksästä ja ryhmän 2 osallistujat seitsemän kertaa kolmestatoista kokoontumisesta, mikä vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Vähäisen osallistumisaktiivisuuden voidaan ajatella kertovan heikosta sitoutumisesta elintapamuutokseen ja ryhmään. Tulokset ovat kontekstisidonnaisia. Jos tutkimus olisi tehty esimerkiksi työterveyshuollon piirissä, osallistujat olisivat olleet iältään nuorempia, mahdollisesti enemmän liikuntaa harrastavia, jolloin tulokset olisivat saattaneet olla toisenlaiset (ks. Burns & Grove 2011, 444–445, Silverman 2013, 285–295).

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että molemmissa ryhmissä osalle osallistujista tavoite-käsite oli epäselvä tavoitteiden laatimisen yhteydessä. Tavoitteiden yhdistäminen omaan toimintaan ei ollut tuttua osallistujille, minkä vuoksi ryhmässä 1 ohjaajan haluttiin antavan valmiit tavoitteet. Ryhmässä 2 osallistujat halusivat tarkennusta, minkälaisista tavoitteista oli kysymys laatimisen yhteydessä. Tavoitteiden jako lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteisiin tai ruokavaliota ja liikuntaa koskeviin tavoitteisiin edellyttäisi runsaammin aikaa ohjauksessa, mutta sitä ei suunnitelmassa ollut.

Ryhmien koot ovat voineet vaikuttaa keskusteluun osallistumiseen ohjauksessa. Ryhmässä 1 aloitti 10 osallistujaa ja keskimäärin heitä oli yhdessä kokoontumisessa vain viisi, joten mahdollisuudet osallistua keskusteluun olivat selvästi paremmat kuin ryhmässä 2, jossa ryhmän aloitti 20 ja keskimäärin heitä oli yhdessä kokoontumisessa 11. Pieni ryhmäkoko voi kuitenkin heikentää siirrettävyyttä suurempiin ryhmiin. Molemmissa ryhmissä videointikertoja oli useita, joten tutkittavien voi olettaa tottuneen kameran läsnäoloon, koska he ilmaisivat itseään vapaasti. Kuitenkin naissukupuolen suurempi edustus, keskiikä, ryhmän aktiiviset, dominoivat tai hiljaiset osallistujat ovat voineet vaikuttaa keskustelun sisältöön. Yksilö voi muuttaa käyttäytymistään, kun tietää olevansa tutkimuksen kohteena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158), minkä vuoksi voidaan ajatella, että ryhmässä 1 videointi on voinut vaikuttaa myös osallistujien itsearviointeihin. Toisaalta luotettavuutta lisää se, että videoinnin avulla saatiin suoraan tietoa ryhmäohjaustapahtumasta tutkimuksen kohteena (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002). Tulosten siirrettävyydessä on huomiotava, että suurin osa osallistujista oli naisia, joiden aiempien tutkimusten mukaan on ollut vaikea saada tukea elintapamuutokselle (Hankonen ym. 2009, Aggarwal ym. 2010).

Ryhmien puitteet poikkesivat myös toisistaan: ryhmä 1 kokoontui kokoushuoneessa, mikä rakenteeltaan tuki keskustelua, ja ryhmä 2 luokkahuoneetilatissa, jossa pulpetit olivat peräkkäin, mikä taas häytti osallistujien näkökontaktia keskustelun aikana. Lisäksi uinti- ja kuntosalioipastus tapahtuivat julkisissa tiloissa, mistä syystä niitä ei voitu videoida, jolloin arvokasta tietoa on voinut jäädä tallentamatta. Luotettavuutta taas parantaa se, että tutkija ei osallistunut ohjaukseen, ainoastaan niiden videointiin ulkopuolisena tarkkailijana.

Tutkimukseen osallistuvat ohjaajat olivat kokeneita ohjaamaan osallistujiin verrattavaa väestöä ja tottuneita käyttämään erilaisia keinoja ohjauksessa, minkä perusteella aineiston voidaan katsoa olevan luotettavaa. Molempien ryhmien ohjaajilla oli kokemusta yksilöohjauksesta ja kahdella kolmesta ohjaa-

jasta myös ryhmäohjauksesta. Ohjaajalla, jolta puuttui ryhmäohjauskokemus, oli kuitenkin pitkäaikainen yksilöohjauskokemus perusterveydenhuollon asiakkaita, joista hänen ryhmänsä osallistujat oli koottu. Kaikki ohjaajat olivat saaneet PPP-ryhmäohjaajakoulutuksen ja ohjaajat noudattivat PPP- painonhallinnan ryhmäohjaussisältöä. Kuitenkin videointi on saattanut vaikuttaa ohjaajiin niin, että he toimivat siten, kuin olettivat heiltä odotettavan (ks. Burns & Grove 2011, 444). Näihin tekijöihin perustuen ryhmäohjauksesta saatu tieto on neutraalia ja luotettavaa ja tuloksia voi siirtää muulle perusterveydenhuollon alueelle Suomessa.

Tulosten siirrettävyyteen vaikuttavat myös tutkimuksen taustateoriat. Prattin ohjausnäkökulmat rajoittavat soveltamista, koska ne eivät huomioi riittävästi ryhmän vuorovaikutuksellisia tekijöitä ja yksilön oppimista ryhmässä. Mallin ohjaajapainotteisuus, autoritaarisuus ja tiedonsiirron korostuminen rajoittavat sen käyttöä, kun painonhallinnassa vaikeutena usein on tiedon soveltaminen. Malli ei tue riittävästi osallistujien välistä kokemusten jakamista, ongelmien käsittelyä ja tiedon rakentumista ryhmässä. Myöskään se ei sisällä tiedon aktiivista hakemista eri lähteistä.

Mallin toiminallista näkökulmaa on vaikea toteuttaa sopivien tilojen ja varustusten puuttuessa. Näkökulman sisältämä yksilöllinen opastus sopii pienten erityisryhmien ohjaamiseen, mutta vie ohjauksen voimavaroja eikä tue osallistujan aktiivista roolia. Toiminnalliseen näkökulmaan sisältyvä identiteetin muutoksesta keskustelu kuitenkin sopii ryhmäohjaukseen. Prattin kehityksellinen näkökulma sopii lähtökohdaksi painonhallintaan liittyvän ristiriitaisen tiedon käsittelyyn sekä yksilön itsearviointiin ohjaamiseen. Ryhmässä toteutettu itsearviointi antaa myös vertaismallin muille osallistujille ja vahvistaa kontrollin tunnetta muutoksessa. Huolenpidolliseen näkökulmaan sisältyvät luotettavan ilmapiirin luominen ja tunteiden ilmaisu sopivat hyvin ryhmäohjaukseen, mutta yksittäisiin ongelmiin keskittyminen vie koko ryhmän ohjausaikaa. Liiallinen haasteiden alentaminen taas voi vähentää osallistujan tavoitesuuntautuneisuutta, jolloin ponnistelujen aikaansaama pystyvyyden tunnetta ei muodostu. Näkökulmaa tulisi laajentaa ohjaajalta saadun tuen lisäksi myös ryhmän jäseniltä ja läheisiltä saatuun tukeen.

Tutkimuksessa TTM oli keskeinen lähtökohta sekä ohjaajakoulutuksen että D2D-hankkeen ohjausstrategioissa. Mallin laajuus rajoittaa sen käyttöä ryhmäohjauksessa kokoontumisten määrän rajallisuuden vuoksi, mutta mallin eri osia voidaan kuitenkin hyödyntää. Muutosvaiheen arviointia käyttämällä ryhmästä voidaan muodostaa motivaatiotasoltaan yhtenäinen. Muutoksen motivointiin ei tällöin kulu aikaa, ja motivoitumattomat eivät kysymyksillään tai eroavilla mielipiteillään hidasta ohjausta ja muiden etenemistä. Pitkälle ajanjaksole ajoitetussa ryhmässä osallistujien muutosvaihe voi kuitenkin jo tilannetekijöistä johtuen muuttua eivätkä kaikki osallistujat ole aina samassa vaiheessa.

Osallistujien samankaltaisuus ei mallissa tule esiin, mikä olisi tärkeää vertaismallin, kysymysten ja ohjeiden hyödyntämisen kannalta. Interventiotyyppistä riippuen TTM:a voidaan ryhmäohjauksessa hyödyntää muutostarpeen arvioinnissa, tavoitteiden ja toimintasuunnitelman laatimisessa ja omaseurantaan

ohjaamisessa. Tavoitteiden jatkuva tarkistaminen tulee kuitenkin heikosti esiin mallissa. Mallia voidaan erityisesti hyödyntää osallistujien muutosprosessien käsittelyssä, kuten fyysisen ja psykososiaalisen ympäristön arvioinnissa sekä mielialaa ja ärsykekontrollia koskevissa prosesseissa. Muutoksen ylläpitämistä ja siihen liittyviä prosesseja malli ei kuitenkaan sisällä riittävästi.

Sisällön johdonmukaisuus

Sisällön johdonmukaisuus liittyy aineistonkeruuseen, ohjaustilanteen vastavuuteen todellisuudessa, valittujen teorioiden ja sisällönanalyysin sopivuuteen tähän tutkimukseen, tutkijan tulkintoihin ja analyysin tarkkaan kuvaamiseen. Tutkimustulosten, johtopäätösten ja suositusten ymmärrettävyys tutkijayhteisölle sekä ehkäisevää työtä tekeväälle terveydenhuoltohenkilöstölle liittyvät myös sisällön johdonmukaisuuteen (Burns & Grove 2011, Silverman 2013).

Sisäistä johdonmukaisuutta tukee kahden eri teoreettisen näkökulman yhdistäminen, joista toinen kuvaa ohjausta ja toinen osallistujan muutosprosessia. Tulokset olisivat voineet olla toisenlaiset, jos ohjaajien toiminnan tai osallistujien muutosprosessin kuvaamiseen olisi käytetty jotain muuta teoriaa tai mallia. Ohjaajien ilmaisut kuitenkin sijoittuivat sisällönanalyysissa hyvin Prattin (2002) ohjausnäkökulmien mukaisiin luokkiin. Lukija voi seurata alkuperäisilmaisuihin johdettuja tulkintoja ja muodostettuja luokkia liitteistä 6 ja 7 sekä taulukoista 4–5 ja 9–14 (ks. Graneheim & Lundman 2004). Yhteen luokkaan, sosiaaliseen uudistamiseen (social reform) tuli vain muutama puheenvuoro, mikä on tutkimusaiheen luonteen näkökulmasta ymmärrettävää, ja luokka jätettiin pois analyysistä. Myös ohjaajien elintapamuutoksen tukemisessa käyttämät ilmaisut sopivat TTM:n osallistujan muutosprosesseihin ja tutkimustuloksissa ohjaajien käyttämät menetelmät ja keinot on kuvattu TTM:n mukaisesti (kuviot 4–7).

Sisällönanalyysin vaiheet on kuvattu luvussa 5.2. Kokonaiskuvan saamiseksi aineistoa luettiin ennen analyysimerkintöjä useaan kertaan ja tutkimuspäiväkirjaa käytettiin analyysisuunnitelman tarkistamiseen. Liian aikaisen luokituksen välttämiseksi aineistoa luettiin useaan kertaan myös analyysivaiheessa. Luokkien eroavaisuuksien noudattaminen, samassa tulkintatavassa pitäytyminen ja päällekkäisyyksien välttäminen luokittelussa edellytti järjestelmällisyyttä, esimerkiksi tiedonsiirron ja kehityksellisen näkökulman erottamisessa, jossa viimeksi mainittu kohdistui osallistujan tietorakenteisiin. Samoin tarkkuutta vaati tiedonsiirron liittyminen ryhmäohjauksen liikunnalliseen osioon sekä huolenpidolliseen näkökulmaan liittyvät tieto sisältävät neuvot (Graneheim & Lundman 2004).

Eri ohjausnäkökulmien havainnollistamiseksi taulukoissa olevaa tietoa on tuloksissa täydennetty ohjaajien suorilla lainauksilla, esimerkiksi miten ohjaajat ohjasivat osallistujia painohallinnan periaatteiden käyttöön, muutostarpeiden havainnointiin, tavoitteiden laatimiseen tai niiden arviointiin. Havainnollistamisessa on käytetty myös ohjaajien kielellisiä ilmaisuja, joilla he tukivat osallistujien muutosta. Alkuperäislainauksista johdetut kielellisten ilmaisujen tulkintaesimerkit, kuten huumori, rohkaisu ja kannustus tai kysymysten käyttö muu-

tostarpeen herättämisessä tulevat esiin liitteissä 6–7 ja suorina lainauksina tekstissä (ks. Graneheim & Lundman 2004, Kyngäs & Elo 2008).

Tavoitteiden laatimista koskevia puheenvuoroja oli ryhmässä 2 huomattavasti enemmän kuin ryhmässä 1, koska ohjaaja joutui ohjaamaan osallistujia tavoitteiden laatimiseen toistamiseen. Tavoitteiden laadintaa koskevien puheenvuorojen analyysissä TTM analyysirunkona antoi runsaasti alaluokkia. Niiden johtamisessa yläluokkiin pyrittiin loogisuuteen, ja lukija voi seurata luokkien muodostumista liitteistä 10 ja 11 (ks. Graneheim & Lundman 2004, Kyngäs & Elo 2008).

Tulosten luotettavuutta lisää myös induktiivisen sisällönanalyysin käyttö (Burns & Grove 2011, 94). Sitä käytettiin osallistujien puheenvuorojen luokitteluun, kun havaittiin niiden lukumäärän kasvu molemmissa ryhmissä ohjauksen edetessä ja haluttiin saada niiden sisältö esiin.

Uskottavuus

Uskottavuus tässä tutkimuksessa tarkoittaa tutkimuskohteen ja kerätyn aineiston valintaa, litteroitua aineistoa, analyysin sopivuutta aineistoon, merkitysyksikköjen valintaa, luokkien sisältöjä ja niiden muodostamista aineistosta. Tutkimus kohdistui tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn ryhmäohjaukseen ja aineisto kerättiin niihin kohdistuvissa ryhmäohjaustilanteissa vuosina 2004–2005. Näin ollen tulosten uskottavuutta heikentää tutkimusaineiston ikä. Videoinnin avulla saatiin tietoa suoraan ryhmäohjaustilanteista. Prattin (2002) ohjausnäkökulmia voidaan pitää sopivana luokittelurunkona ja sen puutteita on tarkasteltu kappaaleessa Sisäinen johdonmukaisuus. Analyysissä pyrittiin siihen, ettei olennaista tietoa jäisi analyysin ulkopuolelle tai että luokat eivät sisältäisi niihin kuulumatonta tietoa (ks. Graneheim & Lundman 2004). Nauhojen purkamisen tekstiksi suorittivat tutkija ja kyseisellä alueella terveydenhuoltoalalla työskennellyt sihteeri, joten voidaan olettaa, että ohjaajien ja osallistujien käyttämä kieli ja sanasto olivat tuttuja ja litterointi tapahtui luotettavasti (ks. Burns & Grove 2011, 93).

Uskottavuuteen liittyy samanlaisuuksien ja erilaisuuksien arviointi ja tulkinta analyysissä. Uskottavuutta voidaan tässä perustella sillä, miten hyvin tutkija ja vertaisluokittelun suorittanut henkilö tuntevat aihealueen ja ovat yksimielisiä aineiston luokittelusta (ks. Graneheim & Lundman 2004). Tutkija on terveydenhoitajan tehtävissä antanut elintapaohjausta kymmenen vuoden ajan ja lisäksi toiminut perusterveydenhuollossa hoitotyön johtamisessa ja siinä ollut kehittämässä asiakasohjausta, joten tutkimusaihe ja siihen liittyvä toimintaympäristö ovat tuttuja (ks. Burns & Grove 2011, 445).

Tutkimuksen ajan tutkija piti päiväkirjaa ja sitä käytettiin tilanteiden tarkistamiseen. Ryhmäohjaustilanteiden videointi vei ryhmässä 1 noin vuoden ja ryhmässä 2 kahdeksan kuukautta, jolloin ryhmäohjaus ilmiönä, ohjaajat ja osallistujat tulivat tutkijalle tutuiksi, mikä lisää puheenvuorojen tulkintojen luotettavuutta. Analyysin aikana puheenvuoroja tarkistettiin videonauhoilta. Tulkin-taesimerkit (liitteet 6–9) todistavat tulkinnan ja toisen asiantuntijan vertaisanalyysi vahvistaa luokkien muodostamisen. Analyysin kohteena oli aina kokonai-

nen lause tai virke, jolloin tulkintaa ei ole tehty liian kapean merkitysyksikön perusteella. Analyysin eteneminen alkuperäisilmauksesta pelkistettyyn ilmaukseen ja edelleen ala- ja yläluokkaan on kuvattu liitteissä 10 ja 11 (ks. Graneheim & Lundman 2004).

Refleksiivisyys

Kuvailevassa tutkimuksessa tutkimuskohdetta ei manipuloida, vaan tarkoitus on arvioida nykyistä tilannetta, tunnistaa käytännössä ilmeneviä ongelmia, löytää uusia merkityksiä käsitteiden välillä, tuoda esiin tapahtumien esiintymistiheyksiä, mahdollisia yhteyksiä käsitteiden välillä ja tulkita esille saatua tietoa (ks. Burns & Grove 2011, 256–259). Painonhallintaryhmiä videoitiin pitkä aika, ryhmää 1 lähes vuosi ja ryhmää 2 kahdeksan kuukautta, jolloin oli mahdollisuus oppia tuntemaan tutkimuskohde ja löytää uusia merkityksiä ohjauksessa, mikä vahvistaa tulkintojen luotettavuutta. Tulkinnoissa on pyritty puolueettomuuteen. Tutkimuksen aikana pidettiin tutkimuspäiväkirjaa ja pohdittiin ryhmäohjausta ilmiönä, mihin pohjautuen tutkimussuunnitelma tarkentui. Aiempi käsitys ryhmäohjauksesta selkiytyi tutkimuksen myötä.

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään alkuperäisilmauksien tulkintaesimerkkien (liitteet 6, 7, 8, 9, 10 ja 11) mukaan liittämällä (ks. Elo & Kyngäs 2008, Burns & Grove 2011, 444–445). Ohjaustilanteita kuvattaessa ohjaajien ilmaisujen lisäksi mukaan otettiin myös osallistujien ilmaisuja osoittamaan, minkälainen vuorovaikutustilanne oli johtanut tulkintaan (ks. Burns & Grove 2011, 445–446). Tuloksiin sisällytetyt aineistolainaukset olivat ohjaajien tyypillisiä ilmauksia elintapamuutoksen ohjauksessa ja niiden valintaan vaikuttivat myös tutkimuksen taustateoriat (Elo & Kyngäs 2008, 112–113, Burns & Grove 2011, 96–97, 445, Silverman 2013, 285–295).

Tulkintojen luotettavuuden varmistamiseksi osasta aineistoa tehtiin vertaisanalyysi (Patton 2002), jossa kaksi tutkijaa luokitteli samanaikaisesti ohjaajien ohjausnäkökulmia koskevien puheenvuorojen (deduktiivinen) ja osallistujien puheenvuorojen (induktiivinen) sisällön. Vertaisanalysoinnin suoritti sairaanhoitaja, jonka työtehtäviin sillä hetkellä kuului diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittäminen, joten hänen voidaan olettaa olevan perehtynyt tutkimuksen aiheeseen ja ymmärtävän ryhmäohjauksessa käytetyt käsitteet. Tähän perustuen vertaistulkintojen voidaan katsoa olevan uskottavia. Vertaisanalyysin luotettavuuskerroin oli yli 90,6 %, mikä perusteella aineiston tulkinnan luotettavuus voidaan katsoa hyväksi.

Tutkimustuloksista johdettujen suosituksien perustana on ollut tutkijan käsitys ryhmäohjauksesta menetelmänä, aiemmat tutkimustulokset, asiakkaan roolin vahvistuminen terveydenhuoltopalveluissa, perusterveydenhuollon tehtävät tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja kuntien velvollisuudet ehkäisevässä terveydenhuollossa. Suositukset perustuvat useisiin tutkimustuloksiin. Tutkimuksen tulokset on siirrettävissä muualle perusterveydenhuollossa toteutettaviin, tutkimuksen kohteena olevaa ikäryhmää koskeviin painonhallintaryhmiin,

koska ylipaino on yleistä Suomessa ja taudin riskitekijöitä on suurella osalla väestöä.

7.2.2 Määrällisen menetelmän luotettavuus

Tarkemman kuvan saamiseksi ryhmäohjauksesta määrällistä menetelmää käytettiin ohjauksen eri toimintojen keston mittaamiseen ja ohjauksen ohjaaja- tai osallistujakeskeisyyden kuvaamiseen. Tunnuslukujen käyttöön liittyy tutkimuksessa useita tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa virheitä. Ensiksi, ohjaajien käyttämää ohjausaikaa mitattaessa luotettavuuteen vaikuttaa se, että videolta oli ajoittain vaikea erotella, milloin ohjaus oli opetus- tai ryhmäkeskustelua, koska ohjaajat ajoittain antoivat osallistujille runsaasti puheenvuoroja, mutta antoivat sen lomassa tietoa sen mukaan, miten keskustelu eteni. Pitkät luento-osuudet oli sen sijaan helppo erotella videoilta ja sisällyttää tiedonsiirtoon. Toiseksi, ryhmäohjauksen ohjaaja- ja osallistujakeskeisyyttä kuvattaessa eri kokoontumiskerroilla ohjaajien ja osallistujien puheenvuorojen lukumääriin voi sisältyä virheitä. Eri kokoontumiskertojen puheenvuorojen määrään voivat vaikuttaa osallistujien ja keskeyttäneiden määrä, osallistujien ikä, kokoontumisen aihe, sen mielenkiintoisuus ja osallistujien muutoskokemukset aiheesta. Ryhmäohjauksen edetessä ryhmä tunsu toisensa paremmin, mikä myös voi vaikuttaa puheenvuoroja lisäävästi. Kolmanneksi, verrattaessa kahden eri kokoontumisen puheenvuorojen lukumääriä niihin voivat vaikuttaa samat tekijät kuin edellä on lueteltu, mutta lukumäärien välillä oli kuitenkin niin suuri ero, että sen perusteella katsottiin voitavan tehdä päätelmä puheenvuorojen lisääntymisestä ryhmäohjauksen edetessä molemmissa ryhmissä (taulukko 7, ks. Burns & Grove 2011, 426–427, 444–445).

7.3 Keskeiset tulokset, johtopäätökset ja vertailu aiempiin tutkimuksiin

7.3.1 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Tutkimuksella saatiin laadullista tietoa ohjaajien toiminnasta yksilön elintapamuutosten tukemisessa painonhallinnan ryhmäohjauksessa. Aiemmissä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmissä tutkimukset ovat kohdistuneet osallistujien ruokavalio- ja liikuntamuutosten, painon, vyötärön ympäröityksen, veren rasva- ja sokeri-arvojen mittaamiseen (liite 1). Prattin (2002) ohjausnäkökulmia käyttämällä ohjaajien toimintaa PPP-ryhmäohjauksessa pystyttiin analysoimaan ja näkökulmiin liittyvät ohjaajien uskomukset, tarkoitukset ja toiminta tunnistamaan eri kokoontumiskerroilla. Analyysin perusteella tutkimuksessa päädyttiin käyttämään myös määrällistä menetelmää, jonka avulla saatiin tarkempaa tietoa tiedonsiirron ohjaaja- tai osallistujakeskeisyydestä. Aiemmissä tutkimuksissa Prattin (2002) ohjausnäkökulmia on tutkittu niiden käytön ja vallitsevuuden mukaan opetuksessa sekä on pohdittu, miten eri näkökulmat opetuksessa ovat

vaikuttaneet oppimisen organisointiin, sitoutumiseen, tehtäväkeskeiseen työskentelyyn ja tuloksiin (Rowbotham 2007, Deggs ym. 2008, Alschuler 2012, Danhoff 2012, Wang 2012, Hyndman 2014).

Tässä tutkimuksessa Prattin (2002) ohjausnäkökulmat yhdistettiin muutosvaihemallin (Prochaska & Norcross 2003) prosesseihin, minkä avulla ohjaajien ryhmäohjauksessa käyttämät menetelmät ja keinot osallistujan elintapamuutoksen tukemisessa eri muutosprosesseissa pystyttiin kuvaamaan. Transteoreettisen muutosvaihemallin (Prochaska & Norcross 2003) käyttöä ja sen soveltuvuutta ruokavalio- ja liikuntainterventioihin on tutkittu laajasti (Tuah ym. 2011, Mastellos ym. 2014). Muutosvaihemallin prosesseihin liittyvä tutkimus on aiemmin kohdistunut niiden käyttöön, yksilön etenemiseen prosesseissa, niihin liittyviin strategioihin ja yksilön saamaan tukeen siinä yhteydessä. Tavoitteisiin kohdistunut tutkimus on aiemmin sisältynyt mallin käyttöön ja soveltuvuuteen, motivaatioon, sitoutumiseen, muutosvaiheisiin, niissä eteenpäin siirtymiseen, omaseurantaan ja arviointiin (Hindle & Carpenter 2011, Admiraal ym. 2013). Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa tavoitteiden laadinnan ja arvioinnin ohjaamisesta ryhmäohjauskontekstissa. Analyysirunkona käytetty muutosvaihemalli antoi tavoitteiden laatimisen analyysiin perspektiiviä. Itsearvioinnin ohjaamisen analyysissä muutosvaihemalli antoi myös loogisen rungon.

Huolimatta internetissä yleistyvistä painonhallintaohjelmista kontaktiryhmäohjaukselle on edelleen käyttöä. Viimeaikaisissa tutkimuksissa internetin käyttö on täydentänyt ryhmäohjausta (Carnie ym. 2013) ja esim. DVD-tallenteita on käytetty ryhmäohjauksen tukena (Almeida ym. 2015). Pienryhmäohjauksella on saatu hyviä tuloksia painon alenemisessa (Dutton ym. 2014), kun taas internet-käyttöisissä, tavoitteita ja seurantaa sisältävissä ryhmäohjauksissa keskeyttäneiden määrä on jo alkuvaiheessa ollut suuri (Walthouwer ym. 2015). Keskeyttäneet ovat taustaltaan olleet vähän koulutettuja ja keskeyttämiset ovat tapahtuneet laajan kysymysosion ja itsenäisesti laadittavan muutossuunnitelman jälkeen. Myös tiedostojen latausten vaatima pitkä aika on johtanut keskeyttämisiin (Walthouwer ym. 2015). Elintapojen muutos on ollut vähäistä myös sukurasitukseen liittyvässä, internetpohjaisessa diabeteksen ehkäisyprojektissa (Wijdenes ym. 2013).

Keskeiset tulokset ja johtopäätökset ovat seuraavat:

Tiedonsiirto-näkökulma:

- Tiedonsiirto oli ajankäytöllisesti vallitsevin ohjausnäkökulma. Lisäksi tietoa sisältyi myös muihin ohjausnäkökulmiin. Tiedonsiirto tuki osallistujien muutostarpeiden tunnistamista, tavoitteiden laadintaa ja keinojen valintaa koko ryhmäohjauksen ajan. Ryhmäohjauksen laajat tietosisällöt aiheuttivat ohjaajille valintatilanteita käsiteltävien aiheiden sekä tiedonsiirron ja ryhmäohjauksen muiden osioiden välillä. Yksisuuntaisessa tiedonsiirrossa ohjaajan asiantuntijarooli vahvistui osallistujien tehdessä

kysymyksiä ja ohjaajan vastatessa niihin, mikä taas lisäsi ohjaajakeskeisyyttä.

- Ohjaajakeskeinen yksisuuntainen, luentomainen tiedonsiirto muuttui ryhmäohjauksen edetessä osallistujakeskeiseksi ryhmäkeskusteluksi, jossa osallistujat toivat esiin elintapojen muutoskokemuksiaan ja tietoa vaihdettiin myös osallistujien kesken. Ohjaajat muuttivat yksisuuntaista tiedonsiirtoa osallistujakeskeiseksi ohjaukseksi, kun osallistujat halusivat tuoda esiin muutoskokemuksiaan.
- Tavoitteiden laadinnassa ohjaajat painottivat osallistujan muutosvalmiutta, osatavoitteiden käyttöä ja asteittaista, hidasta muutosta. Tavoitteet liittyivät uuden tiedon antamiseen koko ryhmäohjauksen ajan, mutta kirjallisten tavoitteiden laatimiseen ohjaaminen oli vähäistä ja niitä tarkastettiin harvoin. Suuressa ryhmässä ohjeita jouduttiin toistamaan käsitteiden ymmärtämisen varmistamiseksi ja siinä hyödynnettiin pienryhmätyöskentelyä. Psykososiaalisen ympäristöön liittyvää tietoa käsiteltiin painonhallinnan ryhmäohjauksessa vähän.

Toiminnallinen näkökulma:

- Toiminnallinen näkökulma oli molemmissa ryhmissä toiseksi vallitsevin ohjausnäkökulma. Kuntotestit antoivat omaseurannalle lähtökohdan, ja liikuntalajien esittelyssä hyödynnettiin kunnallisia ja yksityisiä liikuntatarjoajia.
- Osallistujia kannustettiin etsimään hyötyliikuntamahdollisuuksia, rohkaistiin itsenäiseen liikuntamuutosten toteuttamiseen, sen kirjalliseen omaseurantaan ja tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsiville annettiin yksilöllistä ohjausta. Liikunnan merkityksellisyyttä muutoksessa korostettiin.
- Ryhmäohjaustilat eivät olleet sopivia liikuntaohjaukseen. Liikuntaohjaus edellyttää monipuolisia tiloja, tilojen ja välineiden tarkoituksenmukaisuutta ja riittävyttä.
- Liikuntaohjauksen toteuttaminen ryhmäohjauksessa, johon sisältyy useita toimintoja ja paljon tiedonsiirtoa, on vaativaa aikataulun ja myös siirtymien kannalta.
- Eri liikuntalajien esittely ryhmäohjauksessa ei tue liikunnan tavaksi muodostumista. Eri liikuntatekniikoiden hallinta voi olla ohjaajalle haaste, jos ohjaukseen sisältyy useita liikuntalajeja.
- Tuki- ja liikuntaelinvaivoja sairastavat tarvitsevat yksilöohjausta ennen aktiivisen liikunnan aloittamista.

Kehityksellinen näkökulma:

- Osallistujien itsearviointi ryhmässä 1 oli ajallisesti lähes yhtä vallitseva kuin toiminnallinen näkökulma. Itsearvioinnin avulla ohjaajat saivat tietoa osallistujien muutoksen etenemisestä, käytetyistä keinoista ja tilaisuuden tukea osallistujan muutosta. Nämä tilanteet edellyttivät ohjaajalta ongelmanratkaisu- ja tilannetaitoja sekä ajanhallintaa.

- Ruoka- ja liikuntapäiväkirjojen sekä askelmittarin käyttö oli vapaaehtoista ja jäi vähäiseksi, mutta niitä käyttävät toimivat ryhmässä itsearviointin malleina. Päiväkirjaa pitävät arvioivat muutostaan muita systemaattisemmin ja perusteellisemmin.
- Järjestelmälliset, kirjalliset itsearviointit edesauttoivat ohjaajan palautteen antamista ja muutoksen tukemista. Itsearviointi tarjoaa ohjaajalle tarttumapintaa tukea osallistujaa tämän muutosprosesseissa ja käyttää siinä kielellisiä keinoja.
- Itsearviointi edistää osallistujan tietoisuutta oman muutoksen etenemisestä ja siinä käytettyjen keinojen käyttökelpoisuudesta.
- Suuressa ryhmässä itsearviointien puuttuessa päiväkirjojen käyttö oma-seurannan tukena ei vakiinnu.
- Suuressa ryhmässä ja luokkamuotoisessa ohjauksessa ohjaajan on vaikea saada tietoa osallistujien tietorakenteista ja niiden muuttamiseksi tarvittavia keskusteluja on vaikea käydä.
- Ohjaus ennakoitiin saavutettujen muutosten ylläpitämiseksi voi tukea muutoksen pysyvyyttä.
- Aiemmat painonhallintaan liittyvät tietorakenteet nähtiin ohjauksessa sekä esteenä että uuden tiedon lähtökohtana.

Huolenpidollinen näkökulma:

- Itsearviointit antavat osallistujille mahdollisuuden tuoda esiin huolenpidon tarpeitaan ja ohjaajalle mahdollisuuden vastata niihin. Ryhmän suuri koko rajoittaa huolenpidon tarpeiden esiin tulemistä.
- Ohjaajat huomioivat osallistujien tunteiden ilmaisun, käyttivät erilaisia kielellisiä keinoja tukiessaan osallistujien itsetuntoa ja mukauttivat elintapamuutoksen osallistujien voimavaroihin. Osallistujia kannustettiin itsenäiseen muutokseen ja muuttamaan myös läheisten elintapoja oman muutoksen tueksi. Luokkamuotoisessa ohjauksessa ja suuressa ryhmässä kielellisten keinojen käyttö oli vähäisempää.
- Huolenpidollisiin tarpeisiin vastaaminen itsearviointin yhteydessä on haasteellista, koska ohjaajan tulee samanaikaisesti tukea osallistujan tavoitteiden saavuttamista.
- Jos ryhmässä on useita huolenpidollista tukea tarvitsevia osallistujia, tuen antaminen osallistujille hidastaa koko ryhmän ohjausta ja osallistujat etenevät eri tahdissa.
- Läheisten tuen eri muodot voisivat kuulua ohjaussisältöihin ja niistä tulisi keskustella ryhmässä, jotta ne konkretisoituisivat osallistujille. Koska kaikille läheisten tuki ei ole mahdollista, yksilöä tulisi tukea myös itsenäisyyteen muutoksessa.
- Tukea tulisi antaa erityisesti muutoksen aloittamisvaiheessa osallistujan muutospäätöksen yhteydessä.
- Huumoria voidaan käyttää ohjauksessa ryhmän vuorovaikutuksen ja yhteisyyden luomiseen, lieventämään jännitystä ja pitämään yllä osallistujan eheyttä muutosprosessin haasteissa.

- Osallistujien muutosprosesseista ohjaajat tukivat eniten tietoisuuden lisääntymistä, muutostarpeiden arviointia ja muutoksen omaseurantaa, näitä vähemmän taas fyysisen ja psykososiaalisen ympäristön arviointia, ärsykekontrollia, vaihtoehtoista toimintaa ja itsensä palkitsemista. Tukemisessa ohjaajat käyttivät useita eri keinoja.

7.3.2 Vertailu aiempiin tutkimustuloksiin

Tiedonsiirto-näkökulma

Osallistujien tarkkaa valikointia lähtötilanteessa on aiemmissa tutkimuksissa pidetty tärkeänä (Vermunt ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ryhmän 1 osallistujat valikoituivat vastaanotolta, mutta kokoamisessa ei käytetty muutosvaihe- luokittelua (Prochaska & DiClemente 2003) ja ryhmään 2 osallistujat saivat tulla vapaasti. Aikaisempien tutkimusten mukaan osallistujien muutosvaihetta on vaikea enää arvioida ohjauksen aikana (Kasila ym. 2003). Tässä tutkimuksessa ohjaajat motivoivat osallistujia pysyviin elintapamuutoksiin tyypin 2 diabetesta ja sen riskitekijöitä koskevalla tiedolla. Ylipainon haitallisten seurauksien ja sairauksien on todettu motivoivan elintapojen muutokseen myös aiemmissa tutkimuksissa (Hindle & Carpenter 2011, Spöndly-Nees ym. 2014). Motivaatiolla on etenkin ohjauksen alussa ollut tärkeä osuus muutoksen tukemisessa (Pinto ym. 2008, Huisman ym. 2010, Lin & Lin 2010, Gudzone ym. 2012). Tulokset ovat kuitenkin osittain olleet ristiriitaisia. Parantuneella motivaatiolla ei ole havaittu vaikutusta liikunta-aktiivisuuteen (Gillison ym. 2015). Aiemmissä tutkimuksissa motivaatiota on vahvistettu myös liittämällä se osallistujan tulosodotuksiin (Hindle & Carpenter 2011). Tässä tutkimuksessa osallistujat toivat esiin sairauksien hoitotasapainoon liittyviä tulosodotuksia, mutta niistä keskustelu jäi vähäiseksi etenkin ryhmässä 2 ajanpuutteen vuoksi. Toisaalta on myös suositeltu liian suurten tulosodotusten madaltamista ja liikunnassa korostettu painonhallinnan sijasta elämänlaatua (Segar ym. 2008, Swift ym. 2014).

Tässä tutkimuksessa osallistujia ohjattiin laatimaan realistisia sekä konkreettisia osatavoitteita ja valitsemaan itse tavoitetasonsa. Realistisia painonhallinnan tavoitteita vastaanotolla tapahtuvissa keskusteluissa on asetettu vähän (Antognoli ym. 2014). Realistisia, mitattavia tavoitteita (Huisman ym. 2010, Hindle & Carpenter 2011, Gray ym. 2013, Swift ym. 2014), yksilön omaa vastuuta tavoitteiden laatimisessa (Hindle & Carpenter 2011, Caldwell ym. 2009, Miller ym. 2015) ja tavoitteisiin sitoutumista (Alahuhta ym. 2010, Huisman ym. 2010, Miller ym. 2015) on myös aiemmissä tutkimuksissa pidetty tärkeänä. Tässä tutkimuksessa ohjaajat varoittivat liian suurista ja pitkälle aikavälille asetuista tavoitteista, joita kuitenkin on pidetty sopivina silloin, kun ohjaus on ollut pitkäkestoista ja osallistuja on edennyt muutoksessaan ylläpitovaiheeseen (ks. Hindle & Carpenter 2011).

Osallistujia ohjattiin itsenäiseen tavoitteiden laatimiseen molemmissa ryhmissä. Vaikka uusi tieto nosti osallistujien muutostarpeita esiin koko ryhmäohjauksen ajan, tavoitteiden tarkistaminen jäi osallistujien itsenäiseksi tehtäväksi. Tavoitteita on aiempien tutkimusten mukaan laadittu yhdessä ohjaajan

kanssa (Leemrijse ym. 2012, van Dillen ym. 2015), tarkastettu ohjauksessa ja ohjattu laatimaan pareittain (Gray ym. 2013), mikä tässä tutkimuksessa olisi voinut tukea niitä osallistujia, joilla oli epäselvyyttä tavoite-käsitteen merkityksestä. Konkreettisiin tavoitteisiin ohjaamisessa on käytetty esimerkkeinä myös mittoja (Gray ym. 2009, Sathish ym. 2013). Tässä tutkimuksessa lautasmallit antoivat tavoitteisiin konkreettisuutta. Tavoitteiden ja toteutus suunnitelman laadinta sekä osallistujan vastuu ovat painottuneet aiemmissä tutkimuksissa (Leemrijse ym. 2012, Gray ym. 2013, Littlecott ym. 2014, van Dillen 2015), kun tässä tutkimuksessa ohjaus ajallisesti painottui tiedonsiirtoon.

Molempien ryhmien ohjaajat antoivat tietoa toteutusmalleista ja keinoista, mitä on pidetty myös aiemmissä tutkimuksissa tärkeänä (Pinto ym. 2008, Bélanger-Gravel ym. 2013, Spörndly-Nees ym. 2014). Tässä tutkimuksessa ohjaajat ohjasivat osallistujia ruoka- ja liikuntapäiväkirjan käyttöön muutostarpeen havaitsemisen ja omaseurannan vuoksi. Aiemmissä tutkimuksissa ruokapäiväkirjan käyttö ohjauksessa on edistänyt osallistujaa ruokavaliomuutosten toteuttamisessa ja painon hallinnassa (Alahuhta ym. 2010, Schusdziarra ym. 2011, Akers ym. 2012, Gray ym. 2013). Omaseuranta on pidetty tärkeänä strategiana painonhallinnassa (Alahuhta ym. 2010, Hindle & Carpenter 2011, Gray ym. 2013), sen on todettu lisäävän yksilön kontrollia ja muutosmotivaatiota (Anderson ym. 2011, Bélanger-Gravel ym. 2013, Spörndly-Nees ym. 2013) ja jopa päivittäisen painon, liikunnan määrän sekä ruokavalion omaseuranta on suositeltu (Akers ym. 2012). Tässä tutkimuksessa ryhmässä 1 painoa ja vyötärön ympärystä mitattiin jokaisen käynnin yhteydessä, ryhmässä 2 harvemmin.

Osallistujien seurantaprosessin ohjaamisessa on aiemmin havaittu suuria puutteita (Moore ym. 2013). Aiemmissä tutkimuksissa yksilöillä on muutoksen toteuttamisessa ilmennyt runsaasti esteitä (Vermunt ym. 2013), minkä vuoksi niiden käsittely on tärkeää (Gudzune ym. 2012, Aschbrenner ym. 2013, Spörndly-Nees ym. 2014). Esteisiin liittyvää keskustelua on ohjauksessa kuitenkin esiintynyt vähän (van Dillen 2015). Tässä tutkimuksessa esteitä käsiteltiin ryhmässä 1 säännöllisesti kotitehtävien ja päiväkirjojen avulla, mitä keinoja on aiemmissä tutkimuksissa suositeltu (Keränen ym. 2009, Saaristo ym. 2009).

Ohjaajat tukivat osallistujan fyysisen ympäristön uudelleen arviointiprosessia muita muutosprosesseja vähemmän. Aiemmissä tutkimuksissa fyysisen ympäristön antama tuki muutoksessa on havaittu tärkeäksi (Vermunt ym. 2013). Aiemmissä tutkimuksissa yksilön ympäristöstä vapautumisen on todettu enustavan muutosvaiheissa eteenpäin siirtymistä (Horwath ym. 2013). Myös osallistujan ärsykekontrollin tukeminen jäi ohjauksessa vähäiseksi, etenkin ryhmän 1 ohjauksessa, vaikka aiemmissä tutkimuksissa on ärsykekontrollin oppimista korostettu (Pelaez-Fernandez & Extremera 2011, Spörndly-Nees ym. 2013, Vermunt ym. 2013). Viimeaikaisissa tutkimuksissa itsesätelyn tukeminen on ollut yhteydessä yksilön toteutus suunnitelmaan sitoutumiseen, omaseurantaan ja toteutunut vain ruokavaliomuutoksissa (Gillison ym. 2015).

Toiminnallinen näkökulma

Tässä tutkimuksessa osallistuminen liikuntaharjoituksiin oli vähäistä eikä eri liikuntamuotojen esittely tukenut liikunnan muodostumista osallistujille tavaksi, mitä on suositeltu (Gray ym. 2009). Ryhmiin kohdistuvat liikuntainterventiot eivät myöskään aiemmissa tutkimuksissa ole toteutuneet suunnitellusti, seuranta ja arviointiprosessit ovat jääneet vähäisiksi (Moore ym. 2013) ja liikuntaryhmiin osallistuminen on ollut vähäistä (Admiraal ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ohjaajat ohjasivat osallistujia hyödyntämään ympäristön liikuntamuutoksia tukevia tekijöitä, mikä tulos on aiempien tutkimustulosten suuntainen (Pinto ym. 2008, Huisman ym. 2009). Ohjauksessa annettiin useita eri malleja ja vaihtoehtoja säännöllisen liikunnan toteuttamiseksi ja ohjattiin askelmittarin käyttöön, jonka on todettu pitävän yllä motivaatiota (Baker ym. 2011).

Pelkällä liikunta-aktiivisuudella voidaan saavuttaa vain vähäinen painon lasku ilman energiamäärän alentamista, minkä vuoksi painonhallinnassa suositellaankin molempien keinojen samanaikaista käyttöä (Swift ym. 2014). Liikunta on kuitenkin todettu tärkeäksi ehkäistäessä painon takaisin kertymistä, ja ilman painon pudotustakin liikuntaa suositellaan sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn (Swift ym. 2014). Myös tässä tutkimuksessa ohjaajat korostivat liikunnan monipuolisia hyötyjä terveydelle.

Vähäisten liikuntataitojen on todettu olevan yhteydessä huonoon fyysiseen kuntoon (Kaasalainen ym. 2013) ja liikuntaan liittyvien esteiden poistamisen on todettu edistävän painonhallintaa (Teixeira ym. 2010). Tässä tutkimuksessa ohjaajat ohjasivat osallistujia tekniikan hallintaan ja antoivat yksilökohtaista ohjausta valmentavista harjoituksista sekä vaihtoehtoisista liikuntatavoista, jotta liikunta mahdollistuisi. Ryhmässä 1 osallistujia testattiin ryhmäohjauksen alkuvaiheessa, mitä on pidetty tärkeänä (Murphy ym. 2010, Gray ym. 2013), ja ohjaajat tukivat osallistujien useita muutosprosesseja liikunnan aloittamiseksi, mitä on suositeltu aiemmissa tutkimuksissa (Romain ym. 2014). Vapaa-aikatoimen osallistuminen liikuntaohjausten toteutukseen on nähty hyödyllisenä (Murphy ym. 2010, Gray ym. 2013). Tässä tutkimuksessa vapaa-aikatoimi oli mukana molempien ryhmien liikuntaohjausten toteuttamisessa.

Ympäristön psykososiaalisilla tekijöillä on todettu olevan yhteys liikunnan säännöllisyyteen (Littlecott ym. 2014) ja sosiaalisen tuen eri muotojen kehittäminen on nähty tarpeelliseksi liikunnan lisäämisessä (Gray ym. 2013, Kaasalainen ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ohjaajat kuitenkin tukivat osallistujia itsenäisiin liikuntasuorituksiin, joka tukisi itseluottamusta, eivätkä osallistujat olisi riippuvaisia muiden tuesta. Yksilöiden riippuvuutta terveydenhuollon ammatillisista muutoksista ei ole aikaisemmissa tutkimuksissa nähty positiivisena asiana (Webb ym. 2014).

Useiden liikuntamuotojen esittely vei ryhmäohjauksesta aikaa, mikä ei kuitenkaan edistänyt liikunnan muodostumista tavaksi (ks. Jallinoja ym. 2008, Gray ym. 2009). Viimeaikaisissa liikuntainterventioissa onkin keskitytty vain yhteen liikuntamuotoon (Grey ym. 2009, Procter ym. 2014) ja ohjaus toteutettu liikunta- tai vapaa-aikatoimessa (Murphy ym. 2010, Gray ym. 2013) tai työpaik-

kayhteisöissä (Procter ym. 2014). Osallistujat ovat kokeneet myönteisenä liikuntatoimen antaman ohjauksen ja ryhmän muodostamisen saman BMI-tason mukaan (Gray ym. 2013). Liikunta-aktiivisuutta ennen interventiota on myös arvioitu (Murphy ym. 2010, Gray ym. 2013) ja onnistuneissa liikuntainterventioissa tavoitteet on laadittu yhdessä ohjaajan kanssa (Richards & Cai 2015). Työmatkaliikunnassa säätila, työpäivän pituus sekä motivaation ja tuen puute ovat tulleet toteuttamisen esteiksi (Procter ym. 2014).

Viimeaikaisissa painonhallintaohjelmissa liikuntaa ovat ohjanneet vertaisohjaajat ja sitä on järjestetty varsinaisten ryhmäohjauskokoontumisten ulkopuolella (Gray ym. 2013, Sathish ym. 2013). Vertaisohjaus on koettu myönteisenä, mutta ohjauskoulutus on nähty tarpeellisena (Gray ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ohjaajat tukivat osallistujien seuranta- ja arviointiprosesseja, minkä on todettu lisäävän liikuntaa ja vähentävän sen esteitä (ks. Carels ym. 2005, Gray ym. 2013). Ohjaajat korostivat liikuntaa elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä. Aiemmissä tutkimuksissa elämänlaatua on korostettu liikuntatavoitteita laadittaessa painonpudotuksen sijaan (ks. Segar ym. 2008).

Kehityksellinen näkökulma

Tässä tutkimuksessa ohjaajat ohjasivat osallistujia oman muutosprosessin tuntemiseen, mikä viimeaikaisten tutkimusten mukaan on ollut yhteydessä toteutussuunnitelmaan sitoutumiseen ja omaseurantaan (ks. Gillison ym. 2015). Aiemmissä tutkimuksissa painonhallintakeskustelut perusterveydenhuollon vastaanottotilanteissa ovat olleet vähäisiä (ks. Antognoli ym. 2014). Molempien ryhmien ohjaajat käyttivät runsaasti kielellisiä ilmaisuja, kuten kysymyksiä, tarkennuksia, kommentteja, kannustusta, rohkaisua ja osallistujan puheen vahvistamista keinona tämän tietorakenteiden muuttamisessa. Ohjaajat pyrkivät muuttamaan osallistujien tietorakenteita pienten ja pysyvien muutosten aikaansaamiseksi selvittämättä kuitenkaan, millaista aiempaa ohjausta nämä olivat saaneet. Tutkimusten mukaan ohjaajan olisi kuitenkin hyvä tietää, minkälaista ohjausta osallistuja on aiemmin saanut (Salmela ym. 2012), jotta voi mukauttaa ohjauksensa siihen.

Osallistujan tietoisuutta muutoksensa etenemisestä ja siinä käytettyjen keinojen käyttökelpoisuudesta on pidetty tärkeänä (Alahuhta 2010). Tässä tutkimuksessa ryhmässä 1 osallistujien tietoisuus lisääntyi itsearviointien avulla samalla kun osallistujien muutosprosessit tulivat ohjaajalle tutuksi, mikä taas ryhmässä 2 jäi tapahtumatta. Päiväkirjojen käyttö systematisoi ohjaajan palautetta ja tukea muutoksessa. Myös aiemmat tutkimukset tukevat tavoitteiden asetteluun, suunnitteluun ja toteutuksen seurantaan perustuvaa ryhmää (Greer & Hill 2011, Mulder ym. 2014). Ryhmän jäsenten samankaltaisuus vertaiskokeimuksen kannalta on tärkeää (Kasila ym. 2003), jotta osallistuja uskoo muutoksen olevan mahdollista myös hänelle, mikä taas puoltaa huolellista ryhmään valintaa. Ryhmässä 1 ohjaajat ohjasivat osallistujia ennakoimaan saavutettujen elintapamuutosten ylläpitämistä ympäristöolosuhteiden muuttuessa, jotta nämä välttäisivät aiempiin tottumuksiin palaamisen (Borg ym. 2004).

Huolenpidollinen näkökulma

Ohjaajat liikkuvat ohjauksessa tavoitteita tukevan ohjauksen ja huolenpidon välillä ja käyttivät siinä suostuttelua, joka on aiemmissa tutkimuksissa havaittu yhdeksi neuvontatyyliksi (ks. Kiuru ym. 2004). Ohjaajat ilmaisivat empatiaa, joka on aiemmissa tutkimuksissa nähty tärkeänä (ks. Clark 2010, Jeoung ym. 2014, McEvoy & Plant 2014, Eisenberg ym. 2015). Aktiivisessa kuuntelussa ohjaajat ilmaisivat kuuntelun lyhyin sanoin, muotoilivat osallistujan puhetta uudelleen, kokosivat yhteen tämän lauseita tai tulkitsivat tämän viestejä, osoittivat ymmärtämystä ja myötätuntoa, mitkä keinot on todettu aiemmissa tutkimuksissa johdonmukaisiksi ja vuorovaikutusta edistäviksi (ks. Danby ym. 2009, Clark 2010, Jeoung 2014, Eisenberg ym. 2015). Viimeaikaisissa elintapojen muutosta koskevista tutkimuksista on muutoksen psykososiaalisia tekijöitä korostettu (ks. Aggarwal ym. 2010, Littlecott ym. 2014) ja samoin kuin osallistujien ohjaamista sosiaalisen tuen hakemiseen (ks. Alahuhta ym. 2010, Greer ja Hill 2011, Vermunt ym. 2012). Tässä tutkimuksessa ohjaajat ohjasivat ryhmäohjauksen alkuvaiheessa osallistujia hakeutumaan yleisiin liikuntaryhmiin, joissa ryhmän yhteneväisyys ja sosiaaliset suhteet loisivat mahdollisuuksia liikunta- ja muutoksille (ks. Booth & Booth 2011, Korhonen ym. 2011, Dunlop ym. 2013). Ryhmän itsensä on myös nähty tarjoavan sosiaalisen kontekstin ja osallistujakeskeisen mallin (Greer & Hill 2011, Moore ym. 2013, Littlecott ym. 2014, Webb ym. 2014) ja turvallisen paikan puhua (Gray ym. 2009), mitkä tulivat esiin myös tässä tutkimuksessa.

Osallistujien keskinäistä, muutosta edistävää tukea tulisi aiempien tutkimusten mukaan lisätä (ks. Visram ym. 2009, Aschbrenner ym. 2013, Toth-Capelli ym. 2013). Tässä tutkimuksessa ohjaajat antoivat osallistujille positiivista palautetta näiden toisilleen antamista neuvoista ja kannustivat yhteiseen ongelmanratkaisuun. Keskinäisen tuen on todettu vaikuttavan myös osallistumisaktiivisuuteen (Toth-Capelli ym. 2013), mikä tässä tutkimuksessa tuli esiin osallistujien puheenvuorojen lisääntymisenä ohjauksen edetessä. Painonhallintaan on kuitenkin liitetty pitkäaikaisen tuen tarve, jolloin tukea olisi saatava perheeltä tai ystäviltä (ks. Visram ym. 2009, Huisman ym. 2010, Spörndly-Nees ym. 2014), kun taas ammattihenkilöihin liittyvää riippuvuutta muutoksen toteuttamisessa on pidetty kielteisenä (Webb ym. 2014).

Viimeaikaisissa tutkimuksissa on korostettu läheisiltä saadun tuen eri muotoja, kuten suunnittelun tuki (Huisman ym. 2010, Littlecott ym. 2014), liikuntasuorituksesta muistuttaminen ja harjoitusseura (Littlecott ym. 2014), jotka eivät tässä tutkimuksessa tulleet esiin. Tukeen liittyvää keskustelua on ohjauksessa esiintynyt vain vähän (ks. van Dillen ym. 2015), vaikka perheen tuki on ollut tärkeä muutokseen sitoutumisessa (Aggarwal ym. 2010, Jiang ym. 2012) ja perheen terveelliset elintavat ja perheen tuki ovat edistäneet muutoksia (Aggarwal ym. 2010, Booth & Booth 2011, Fitzsimons ym. 2008). Toisaalta, sosiaalisen tuen paranemisella ei ole havaittu yhteyttä liikunta-aktiivisuuden paraneamiseen (Gillison ym. 2015). Tässä tutkimuksessa ohjaajat ohjasivat osallistujia

muuttamaan koko perheen ruokailutottumuksia oman muutoksensa tueksi ja kannustivat osallistujia itsenäiseen muutokseen tuen puuttuessa.

Ryhmäohjauksella on ollut yhteys osallistujan itseluottamuksen lisääntymiseen (Webb ym. 2014). Tässä tutkimuksessa ohjaajat pyrkivät vahvistamaan osallistujien itseluottamusta ja lieventämään emotionaalista syömisestä johtuvia pettymyksiä. Emotionaalisen syömisestä hallinta on todettu olevan tärkeä keino muutoksen ylläpitämisessä (Teixeira ym. 2010) erityisesti naisilla, joiden elämässä ei ole tilaa muutoksille (Hankonen ym. 2009), ja jo tiedossa oleva tuen puute ehkäisee muutoksen toteuttamista (Aggarwal ym. 2010). Läheisten tukeen liittyvät toiminnot (ks. Littlecott ym. 2014, Miller ym. 2015) suositellaan kirjattavan myös tavoitteisiin.

Huumoria on aiempien tutkimusten mukaan käytetty potilassuhteen luomiseen, joustavaan vuorovaikutukseen, jännityksen lieventämiseen sekä eheyden ja arvokkuuden säilyttämiseen (Wojciechowski 2007, Tanay ym. 2014, Tremayne 2014). Huumorin käytöstä hyötyvät sekä henkilöstö että asiakkaat (Tanay ym. 2014). Tässä tutkimuksessa ohjaajat käyttivät huumoria spontaaneissa tilanteissa, usein osallistujien aloittaessa sen, luomaan yhteisyyttä ryhmässä ja lieventämään muutosta aiheuttamaa jännitystä.

7.4 Suositukset

Tuloksia voidaan hyödyntää painonhallinnan ryhmäohjauksessa ohjauksen sisältöjen ja painoalueiden valinnassa, ohjausmenetelmien ja erityyppisten painonhallinnan ryhmäohjausten kehittämisessä. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää moniammatillisen painonhallintaprosessin kehittämisessä esimerkiksi perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen välillä, vertaisohjauksen tai tukiryhmien kehittämisessä joko itsenäisenä toimintana tai ammattimaista ohjausta täydentävänä ohjauksena. Osittain tuloksia voidaan hyödyntää myös elintapamuutosten yksilöohjauksessa.

1. Ryhmäohjauksen kehittäminen. Ryhmäohjausta voisi kehittää eri tavalla painottuviksi ohjausmalleiksi, jolloin erilaista tukea tarvitsevat henkilöt saisivat heille sopivaa ohjausta. Ryhmän osallistujat tulisi koota siten, että heidän muutostalvamiutensa olisi samalla tasolla ja samanlaista tukea tarvitsevat tulisivat samaan ryhmään. Valinnassa tulisi huomioida myös ikä, aiemmin saatu ohjaus ja tiedontaso. Tiedon määrää, tietosisältöjen valintaa, tiedonsiirtotapaa ja vaihtoehtoisten menetelmien käyttöä tulisi jo ryhmäohjauksen suunnitteluvaiheessa pohtia ja tarvittaessa ryhmäohjauksen aikanakin muuttaa toteutusta, koska osallistujat vaikuttavat paljon ryhmän toimintaan. Materiaalien jaossa voisi apuna käyttää sähköisiä välineitä tai verkkoa, jotta osallistujat olisivat ajan tasalla käsiteltävissä aiheissa poissaolotapauksissa.

Osallistujien itsearviointeihin ja kokemustiedon jakamiselle tulisi ohjauksessa varata riittävästi aikaa ja ryhmän tulisi tämän vuoksi olla pieni. Alkuvaiheessa osallistujien muutostarpeita ja muutostalvmiutta elintapojen eri alueilla

tulisi käsitellä riittävästi, jotta ohjaaja saisi riittävästi tietoa osallistujien muutosprosesseista ja muutoksen aloitus olisi vaativuudeltaan sopivaa osallistujalle.

2. Liikuntaryhmäohjaus. Liikuntamuutoksiin kohdistuva painonhallinnan ohjaus voisi kuulua kunnallisen liikuntatoimen tai urheiluseurojen toimintaan, missä ympäristö, tilat ja välineet tukisivat ohjausta terveydenhuollon toimintaympäristöä paremmin. Ryhmiin tulisi kuitenkin sisällyttää tavoitteiden laatiminen, seuranta- ja arviointiprosessi. Ohjauksessa voidaan hyödyntää ryhmän yhteisöllisyyttä, ryhmän osallistujien tarjoamaa vertaismallia ja osallistujien valitsemia liikuntamuotoja. Toistuvat liikuntaharjoitukset edistäisivät liikunnan muodostumista tavaksi. Malli tarjoaisi pysyvän harjoitusseuran, mahdollisesti myös ryhmän ulkopuolella ryhmän aikana tai sen loputtua. Ryhmä voisi auttaa osallistujia siirtymään myöhemmin yleisiin liikuntaryhmiin. Osallistujien valinta olisi tehtävä osallistujien toimintakyvyn perusteella.

3. Tulosodotukset ja tavoitteiden laadinta. Osallistujien tulosodotuksia tulisi kysyä jo ryhmän kokoamisvaiheessa ja ohjata osallistujia tarkistamaan niiden realistisuutta ja konkreettisuutta, jotta niiden yhdistäminen tavoitteisiin onnistuisi. Tulosodotusten hyödyntämistä lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiden laatimisessa ja osallistujien sitouttamisessa tulisi kehittää. Tavoitteiden laatimista ryhmäohjauksen alkuvaiheessa, niiden tarkistamista sen kuluessa ja pienryhmien käyttöä laadinnassa pitäisi kehittää, jotta osallistujat tottuisivat käytettäviin käsitteisiin ja tavoitteiden käyttöön yleensä. Tavoitteiden saavuttamista tulisi seurata ryhmäohjauksen jokaisessa kokoontumisessa, jotta muutos konkretisoituisi. Uutta tietoa annettaessa tavoitteita tulisi tarkistaa osallistujien muutosalmiuden mukaisesti.

4. Itsearviointi. Ohjaaja saa itsearvioinnissa tietoa osallistujan onnistumisista sekä epäonnistumisista ja voi kohdistaa tukensa tarvittaville alueille. Kirjallinen, systemaattinen omaseuranta kotona tukee suullista itsearviointia ryhmässä, antaa arvioinnille rakenteen ja sujuvoittaa sitä. Järjestelmällinen itsearviointi, jossa käytetään ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja seurantavälineinä, antaa muille ryhmän jäsenille mallin hallitusta muutosprosessista. Ryhmän kannalta osallistujan hyvin valmisteltu arviointi varmistaa jokaiselle riittävästi arviointiaikaa ja hyödyllisen ajankäytön ryhmässä. Vaihtoehtoisia käyttäytymismalleja ja kontrolloikeinoja tulisi kirjata omaseurannassa, jotta keinot muodostuisivat tavaksi. Omaseuranta ja itsearviointi ei ole yksilötapauksena, vaan koko ryhmää palveleva toiminto. Ryhmän koon tulee vastata itsearviointia. Pienryhmissä tapahtuvaa itsearviointia voisi toteuttaa myös vertaisohjauksena.

5. Fyysiset ja psykososiaaliset ympäristötekijät muutoksen toteuttamisessa. Muutoksen alkuvaiheessa yksilöä tulee ohjata arvioimaan sekä fyysistä että psykososiaalista ympäristöään. Ympäristöstä nousee ärsykejä, jotka edellyttävät yksilöltä kontrollia, mutta toisaalta ympäristö mahdollistaa yksilölle myös vaihtoehtoisia, korvaavia toimintoja. Vähäisetkin fyysiset aktiviteettia lisäävät

ympäristötekijät ja ruokavalion noudattamista haittaavat psykososiaaliset tekijät tulisi kartoittaa. Joustavaan ruokavaliokäyttäytymiseen ohjaaminen sosiaalisissa tilanteissa on tärkeää. Naisilla liikuntasuunnitelman laatiminen perheen toimintoihin sopivaksi voi edistää muutosta ja koko perheen ruokavalion ja liikuntatottumusten muuttamisesta voi olla hyötyä. Perheenjäsenet ja läheiset voivat muistuttaa liikunnasta tai toimia harjoitusseurana. Ryhmäkokoontumisten lisäksi tukea olisi saatava lähiympäristöstä tai osallistujien olisi muodostettava kontakteja tapaamisten välille esimerkiksi liikunnan yhteyteen. Myös työyhteisöön liittyvät, muutosta tukevat tekijät tai toisaalta niihin liittyvät estävät tekijät kannattaa kartoittaa suunnitelmaa laadittaessa.

6. Kielellisten keinojen käyttö ohjauksessa. Kielellisten keinojen, kuten kuuntelua koskevien ilmaisujen, tarkentavien kysymysten, kommenttien, kannustuksen, rohkaisun, positiivisen palautteen, osallistujan tiedon vahvistamisen, empatian ilmaisujen ja huumorin mahdollisuuksia ohjauksessa voidaan korostaa nykyistä enemmän. Niiden avulla ohjaaja voi rohkaista osallistujaa ryhtymään muutokseen, kannustaa ponnisteluihin, antaa emotionaalista tukea muutosesteiden aiheuttamissa pettymyksissä, vahvistaa osallistujan itseluottamusta ja kannustaa itsenäisyyteen silloin, kun läheisten tuki muutokseen on vähäistä. Kuuntelu antaa tilaa huolten ja paineiden jakamiselle ryhmässä ja kanavoi tunteita. Kielellisiä keinoja voi käyttää myös muutoshasteiden mitoittamisessa voimavaroihin sopiviksi. Huumoria voi käyttää luomaan yhteisyyttä, lieventämään haasteiden vaativuutta ja epäonnistumisia, kun se on tilanteeseen sopivaa ja spontaania. Ohjaajan ponnisteluista antama lyhytkin tunnustus toimii palkitsevana tekijänä. Ohjaaja voi ohjata ryhmää antamaan positiivista palautetta toisilleen esimerkiksi itsearviointin yhteydessä.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksesta nousevat seuraavat jatkotutkimusaiheet:

- osallistujien kokemukset ryhmäohjauksesta, erityisesti heidän kokemansa hyöty ryhmäohjauksesta ja heidän painonhallinnan ohjaukselle antamat merkitykset
- osallistujien laatimien painonhallinnan tavoitteiden kuvaaminen, niiden tarkistaminen ja arviointi
- vertaismallien hyödyntäminen ryhmäohjauksessa, vertaismalliprofiilien kuvaaminen
- ryhmäohjauksen ohjaajien ja osallistujien ryhmäkeskustelun sisältö ja vuorovaikutuksellinen rakenne
- työyhteisöön liittyvät psykososiaaliset ja fyysiset ympäristötekijät, jotka voivat edistää tai estää painonhallintaa, esimerkiksi ärsykekontrollin kautta

- liikuntaan painottuva, ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja sekä askelmittaria hyödyntävä interventiotutkimus, johon sisältyy osallistujien huolellinen valinta, alkukartoitus ja motivointi
- liikuntaryhmään sitoutuminen ja keskeyttämisten taustalla olevien tekijöiden kuvaaminen.
- ohjaajien näkemykset painonhallinnan ryhmäohjauksen kehittämisestä.
- osallistujien ryhmäohjausodotusten selvittäminen ja niiden toteuttamisesta sekä tulosodotusten käyttö tavoitteiden laadinnassa
- verkko-ohjauksen aineistojen käyttö lähiohjauksen tukena.

ENGLISH SUMMARY

Introduction

The prevalence of type two diabetes has increased along with overweight and obesity among the population during the last decades. The dietary changes and increase of physical activity are effective in decreasing the prevalence of type 2 diabetes. The research results show that even a five per-cent weight loss, especially in the long term, can prevent or postpone the onset of the disease. By using the diabetes risk score test, it is possible to identify the high risk people and direct life style counseling to this part of population. In the D2D - prevention program, group counseling was used as one of the counselling methods. The role of peer support has increased in the recent prevention programs, and the group counselling is considered important from the economical view point.

The recent intervention studies have applied social cognitive theories, such as transtheoretical change model (TTM) (Prochaska & Norcross 2003), where knowledge, goal setting, planning, implementation, follow-up and self-evaluation build a structure of the change process. TTM emphasizes readiness for the change and takes into account the environmental and psychosocial factors in the individual change processes. Nevertheless, the weight loss has been low and the regain of weight is common. Despite the fact that knowledge is considered an essential part of counseling and it is recommended to set goals, there is lack of a qualitative research in this respect. The support for the individual change processes, such as rising awareness, self-re-assessment, re-assessment of the environment, stimulus control, alternative choices, family support, follow-up, self-evaluation and rewarding have been seen important in the counselling but there is lack of description of these actions.

Daniel Pratt (2002) has described five different teaching perspectives on the adult education and learning; a transmission, a developmental, an apprenticeship, a nurturing and a social reform perspective. The five perspectives are related to the beliefs and intentions of the teacher and give direction to actions in the teaching and counseling. Through these perspectives, the counsellor in the group can flexibly emphasize several perspectives depending on the participants and the content of the counselling.

Objectives, intervention, data and analysis

The purpose of this research was to describe the counsellors' support for the participants when using several processes to obtain change of living habits related to weight management. First, the objective was to describe the counsellors' beliefs, intentions and action in the use of five teaching perspectives where TTM was included in the analysis framework in the deductive analysis. Second, the objective was to describe how the emphasis of the participant existed in the counseling where an inductive content analysis was used and frequencies and means gave more information about the talk in the group. Third, the objective

was to describe the goal setting situations; how the counselor advised the participants to formulate their goals and how the counselors supported participants in the self-assessment to achieve the goals when TTM directed the analysis.

The data consists of seventeen video-recorded group counseling meetings of two counseling groups in the D2D-prevention program. Group 1 was provided with two counselors, a nurse and a primary health care physiotherapist, and Group 2 with one counsellor and a physical education instructor from an adult education center. Group 1 had ten participants and nine meetings while Group 2 had 20 participants and thirteen group meetings. In Group 1, the participants were selected by the doctors, nurses and professionals of the occupational health care whereas in Group 2 participation was voluntary based on an announcement in the newspaper. The counselling in both groups followed "One decision a day" weight management group counseling model. In both groups, the participants were of both genders but mainly women, significantly obese and with a high risk to have type 2 diabetes. The average age of participants in Group 1 was 49 (SD 9.0) years and 54 (SD 11.1) years in Group 2.

Results

The transmission perspective was the most dominating perspective in both groups. Transmission perspective was included also in the apprenticeship, developmental and nurturing perspectives. By using transmission, the counsellors supported participants' early processes increasing the awareness and self-evaluation more often than environmental re-evaluation, alternative action and stimulus control. The purpose of the transmission was to advance an assessment of the needs of change, goal setting and an implementation stage. The planned schedule was not sufficient in relation to content that caused choices between the themes of information and between the other parts of the counseling. The one-way transmission decreased in both groups as the meetings progressed, and participants' questions, comments and experiences increased. Later, information was also exchanged between the participants.

Both groups were instructed to assess their readiness for change before the goal setting. The counselors in both groups instructed participants to set concrete, short-term and realistic sub-goals. The counselors expected that the participants proceed independently perceiving their needs of the change, choosing what they wanted to change in their living habits and setting goals in writing. However, in Group 2, the participants needed more guidance in the goal setting, and the counselor used small groups in the checking of the goals and recommended that participants share methods and tools in the implementation. Nevertheless, in both groups the goal setting was continually connected with the transmission, new information and perceiving the needs of change.

The apprenticeship perspective was the second dominating perspective in both groups and consisted of physical activity and fitness tests. By using this perspective, the counselors helped to improve the participants' awareness, self-

evaluation and the re-evaluation processes relating to physical environment while the amount of advice in assessing the psychosocial environment re-evaluation was low. The counselors instructed the participants in several physical activities independently and gave individual guidance for those who had poor physical condition or health problems, or had not exercised in a long time. The participants were guided to conduct daily follow-ups and assess the change in their physical activity. The facilities for physical exercise in both groups were insufficient.

The developmental perspective was nearly as dominant as apprenticeship perspective in Group 1 and consisted of self-assessment where the counselors received information about the participants' change processes including the progress of the process, tools they had used and obstacles they had encountered. The situations required listening, thinking, immediate problem solving, advice giving skills and time management. In spite of the recommendation to use a food diary in the self-assessment, only a few of the participants continually did this. Participants' previous knowledge, gained in other weight management groups, was seen as a base of the new knowledge or as a barrier to new information. When applying the nurturing perspective, the counselors used several linguistic methods in supporting the participants in their change of living habits, such as maintenance of focus, comments, questions, encouragement, positive feedback, comfort and cheer. The counselors adapted the demands of the change to the resources of the participants. The large number of the participants in Group 2 made it difficult to express the need of nurturing. In Group 1, the participants often expressed this need during the self-assessment.

Conclusion

Based on the findings, participation in several groups can be recommended when changing one's living habits, e.g. a physical exercise group, a high intensity group for alternative diet choices or a web-based group counselling. The extent of the transmission must be taken into account in the planning and in the use of the various methods. The development of goal setting, follow-up and self-assessment would be important. The significance of psychosocial environment and linguistic methods in the support of the change process has to be more emphasized. Further topics that arise from this research are participants' experiences and benefits from group counseling, the role of peers, the outcome expectations and the goals, the intensive physical exercise group counselling, follow-up methods, self-assessment and web counseling. It would be interesting to obtain more information also about the factors of physical and psychosocial environment in the change process.

LÄHTEET

- Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2007. Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World": One-year results of the GOAL Implementation Trial. *Diabetes Care* 30 (10): 2465-70.
- Absetz, P., Youshida, S., Hankonen, N. & Valve, R. 2008. Ryhmänohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. *Hoitotiede* 20 (5): 248-257.
- 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 (8): 1418-20.
- Admiraal, W. M., Vlaar, E. M., Nierkens, V., Holleman, F., Middelkoop, B. J. C., Stronks, K. & van Valkengoed, I.G.M. 2013. Intensive Lifestyle Intervention in General Practice to Prevent Type 2 Diabetes among 18-60-Year-Old South Asians: 1-Year Effects on the Weight Status and Metabolic Profile of Participants in a Randomized Controlled Trial. *Plos One* 8 (7) e68605. www.plosone.org.
- Aggarwal, B., Ming, L., Allegrante, J. P., & Mosca, L. 2010. Low Social Support Level is Associated with Non-Adherence to Diet at 1 Year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *Journal of Nutrition Education & Behavior* 42 (6): 380-388.
- Aguiar, E. J., Morgan, P. J., Collins, C. E., Plotnikoff, R. C. & Callister, R. 2014. Efficacy of interventions that include diet, aerobic and resistance training components for type 2 diabetes prevention: a systematic review with meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity* 11 (1): 1-22.
- Ahlgren, C., Hammarström, A., Sandberg, S., Lindahl, B., Olsson, T., Larsson, C. & Fjellman-Wiklund, A. 2015. Engagement in New Dietary Habits – Obese Women’s Experiences from Participating in a 2-Year Diet Intervention. *International Journal of Behavioral Medicine*. E-Pub June 2015. PubMed.
- Akers, J. D., Cornett, R. A., Savla, J. S., Davy, K. P. & Davy B. M. 2012. Daily Self-Monitoring of Body Weight, Step Count, Fruit/Vegetable Intake and Water Consumption: A Feasible and Effective Long-Term Weight Loss Maintenance Approach. *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics* 112 (5): 685-692.
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, D 1081, Oulu.
- Alahuhta, M., Ukkola, T., Korhonen, E., Jokelainen, T., Keränen, A. M., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (2).

- Alberti, K.G. & Zimmet, P. Z. 1998. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Medicine* 15: 539-553.
- Alberti, K. G. M. M., Zimmet, P. & Shaw, J. 2007. International diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine* 24 (5): 451-463.
- Allicock, M., Ko, L., van der Sterren, E., Valle, C., Campbell, M. & Carr, C. 2010. Pilot weight control intervention among US veterans to promote diets high in fruits and vegetables. *Preventive Medicine* 51 (3/4): 279-281.
- Almeida, F. A., Pardo, K. A., Seidel, R. W., Davy, B. M., You, W., Wall, S. S., Smith, E., Greenawald, M. H. & Estabrooks, P. A. 2014. Design and Methods of "diaBEAT-it!": A Hybrid Preference/Randomized Control Trial Design using the RE-AIM Framework. *Contemporary Clinical Trials* 38 (2): 383-396.
- Alschuler, M. L. 2012. Teaching Perspectives and Usage of Journal Writing by Clinical Faculty. ProQuest LLC, Ph.D. Dissertation, Barry University - Adrian Dominican School of Education.
- 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. *Postgraduate Medicine* 123 (5): 205-213.
- Andrade, A. M., Coutinho, S. R., Silva, M. N., Mata, J., Vieira, P. N., Minderico, C. S. & Teixeira, P. J. 2010. The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation. *Patient Education and Counseling* 79 (3): 320-326.
- Antognoli, E. L., Smith, K. J., Mason, M. J., Milliner, B. R., Davis, E. M., Harris-Haywood, S., Seeholzer, E., Smith, S. & Flocke, S. A. 2014. Direct observation of weight counselling in primary care: alignment with clinical guidelines. *Clinical Obesity* 4 (2): 69-76.
- Armitage, C. J. 2009. Is there utility in the transtheoretical model? *British Journal of Health Psychology* 14 (2): 195-210.
- 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. *Obesity Reviews* 12 (9): 709-723.
- Arneson, H. & Ekberg, K. 2005. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden. *Health Promotion International* 20 (4): 351-359.
- Ashbrenner, K., Carpenter-Song, E., Mueser, K., Kinney, A., Pratt, S. & Bartels, S. 2013. A Qualitative Study of Social Facilitators and Barriers to Health Behavior Change Among Persons with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 49 (2): 207-212.
- Baker, G. G., Mutrie, N. N., & Lowry, R. R. 2011. A comparison of goals set in steps using a pedometer and goals set in minutes: A randomized

- controlled trial. *International Journal of Health Promotion & Education* 49 (2): 60-68.
- Baldwin, A. S., Rothman, A. J. & Jeffery, R. W. 2009. Satisfaction with Weight Loss: Examining the Longitudinal Covariation Between People's Weight-loss-related Outcomes and Experiences and Their Satisfaction. *Annals of Behavioral Medicine* 38 (3): 213-24.
- Bandura, A. 1997. *Self-efficacy; the exercise of control*. New York. Freeman.
- Bandura, A. 2001. Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 52: 1-26.
- Bandura, A. 2004. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31 (2): 143-164.
- Barte, J. M., Ter Bogt, N. W., Bogers, R. P., Teixeira, P. J., Blissmer, B. B., Mori, T. A., & Bemelmans, W. E. 2010. Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity Reviews* 11 (12): 899-906.
- Barte, J. C. M., Veldwijk, J., Teixeira, P. J., Sacks, F. M. & Bemelmans, W. J. E. 2014. Differences in Weight Loss Across Different BMI Classes: A Meta-analysis of the Effects of Interventions with Diet and Exercise. *International Journal of Behavioral Medicine* 21 (5): 784-93.
- Bassilios, B., Judd, F., Pattison, P., Nicholas, A. & Moeller-Saxone, K. 2015. Predictors of exercise in individuals with schizophrenia: A test of the transtheoretical model of behavior change. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses* 8 (4): 173-182, 182A.
- Beavers, K. M., Case, L. D., Blackwell, C. S., Katula, J. A., Goff, D. C. Jr. & Vitolins, M. Z. 2015. Effects of weight regain following intentional weight loss on glucoregulatory function in overweight and obese adults with pre-diabetes. *Obesity Research & Clinical Practice* 9 (3): 266-273.
- Bellisle, F. 2014. Meals and snacking, diet quality and energy balance. *Physiology & Behavior* 20 (134): 38-43.
- Bélanger-Gravel, A., Godin, G., Bilodeau, A. & Poirier, P. 2013. The effect of implementation intentions on physical activity among obese older adults: a randomised control study. *Psychology & Health* 28 (2): 217-233.
- Bernard, P., Romain A. J., Trouillet, R., Gernigon, C., Nigg, C. & Ninot, G. 2014. Validation of the TTM Processes of Change Measure for Physical Activity in an Adult French Sample. *International Journal of Behavioral Medicine* 21 (2): 402-410.
- Booth, D. A., & Booth, P. 2011. Targeting cultural changes supportive of the healthiest lifestyle patterns. A biosocial evidence-base for prevention of obesity. *Appetite* 56 (1): 210-221.
- Borg, P., Fogelholm, M. & Kukkonen-Harjula, K. 2004. Food selection and eating behaviour during weight maintenance intervention and 2-y follow-up in obese men. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders* 4; 28 (12): 1548-1554.
- Briscoe, J. S. & Berry, J. A. 2009. Barriers to Weight Loss Counseling. Review. *The Journal for Nurse Practitioners* 5 (3): 161-167.

- Brandstetter, S., Rüter, J., Curbach, J. & Loss, J. 2015. A systematic review on empowerment for healthy nutrition in health promotion. *Public Health Nutrition* 17: 1-9.
- Burns, N. & Grove, S. K. 2011. *Understanding nursing research; building an evidence-based practice*. 5th ed. Maryland Heights. Elsevier Saunders.
- Bylund C. L., Peterson, E. B. & Cameron, K. A. 2012. A practitioner's guide to interpersonal communication theory: an overview and exploration of selected theories. *Patient Education and Counseling* 87 (3): 261-267.
- Cable, C., Chong, T. & Pratt D. D. 2012. Teaching plastic surgery from different perspectives. *Plastic and Reconstructive Surgery* 129 (6): 1428-1434.
- Caldwell, E. M., Miller Kobayashi, M., DuBow, W. M. & Wytinck, S. M. 2009. Perceived access to fruits and vegetables associated with increased consumption. *Public Health Nutrition* 12 (10): 1743-50.
- Candrilli, S. D., Meyers, J. L., Boye, K. & Bae, J. P. 2015. Health care resource utilization and costs during episodes of care for type 2 diabetes mellitus-related comorbidities. *Journal of Diabetes and its Complications* 29 (4): 529-533.
- Cameron, A. J., Shaw, J. & Zimmet, P. 2009. *Diabetes and the metabolic syndrome*. Clinical Publishing. An Imprint of Atlas Medical Publishing Ltd, Oxford.
- Carels, R. A., Darby, L. A., Rydin, S., Douglass, O. M., Cacciapaglia, H. M. & O'Brien W. H. 2005. The relationship between self-monitoring, outcome expectancies, difficulties with eating and exercise, and physical activity and weight loss treatment outcomes. *Annals of Behavioral Medicine* 30 (3): 182-90.
- Carnie, A., Lin, J., Aicher, B., Leon, B., Courville, A. B., Sebring, N. G., de Jesus, J., DellaValle, D. M., Fitzpatric, B. D., Zalos, G., Powell-Wiley, T. M., Chen, K. Y. & Cannon, R. O. 2013. Randomized trial of nutrition education added to internet-based information and exercise at the work place for weight loss in a racially diverse population of overweight women. *Nutrition & Diabetes*, 3 (12), e98-. <http://doi.org/10.1038/nutd.2013.39>.
- Cederberg, H., Stancáková, A., Kuusisto, J., Laakso, M. & Smith, U. 2014. Family history of type 2 diabetes increases the risk of both obesity and its complications: is type 2 diabetes a disease of inappropriate lipid storage? *Journal of Internal Medicine* 12. doi:10.1111/joim.12289.
- Chang, C. C. & Lin, Y. C. 2015. Physical activity and food consumption: The moderating role of individual dieting tendency. *Journal Health Psychology* 20 (5): 490-9.
- Chapelot, D. 2011. The Role of Snacking in Energy Balance: a Biobehavioral Approach 1,2". *The Journal of Nutrition* 141 (1): 158-62.
- Clark, A. J. 2010. Empathy: An Integral Model in the Counseling Process. *Journal of Counseling and Development* 88 (3): 348-356.
- Clarke, A. & Jarvis-Selinger, S. 2005. What the teaching perspectives of cooperating teachers tell us about their advisory practices. *Teaching and*

- Teacher Education: An International Journal of Research and Studies 21 (1): 65-78.
- Cleobury, L. & Tapper, K. 2014. Reasons for eating 'unhealthy' snacks in overweight and obese males and females. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 27 (4): 333-341.
- Colagiuri, S., Vita, P., Cardona-Morrell, M., Singh, M., Farrell, L., Milat, A., Haas, M. & Bauman, A. 2010. The Sydney Diabetes Prevention Program: A community-based translational study. *BMC Public Health* 10: 328-334.
- Corpeleijn, E., Feskens, E. J. M., Jansen, E., Mensink, M., Saris, W. & Blaak, E., 2007. Lifestyle Intervention and Adipokine Levels in Subjects at High Risk for Type 2 Diabetes: The Study on Lifestyle intervention and Impaired glucose tolerance Maastricht (SLIM). *Diabetes Care* 30 (12): 3125-7.
- Daivadanam, M., Absetz, P., Sathish, T., Thankappan, K. R., Fisher, E. B., Philip, N. E., Mathews, E. & Oldenburg, B. 2013. Lifestyle change in Kerala, India: needs assessment and planning for a community-based diabetes prevention trial. *Public Health* 13 (1): 1-16.
- Dahl, B. M., Andrews, T. & Clancy, A. 2014. Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: a critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 42 (1): 32-37.
- Danby, S., Butler, C.W. & Emmison, M. 2009. When 'listeners can't talk': Comparing active listening in opening sequences of telephone and online counselling. *Australian Journal of Communication* 36 (3): 91-113.
- Danhoff, K. L. 2007. A survey of graduate social work educators: Teaching perspectives and classroom environments. Available from ERIC. (1361848307; ED541536).
- Davis-Lameloise, N., Hernan, A., Janus, E. D., Stewart, E., Carter, R., Bennett, C. M. & Dunbar, J. A. 2013. The Melbourne Diabetes Prevention Study (MDPS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 14: 31-9.
- Deggs, D. M., Machtmes, K. L., & Johnson, E. 2008. The significance of teaching perspectives among academic disciplines. *College Teaching Methods & Styles Journal* 4 (8): 1-8.
- Di Noia, J. & Prochaska, J. 2010. Dietary stages of change and decisional balance: a meta-analytic review. *American Journal of Health Behavior* 34 (5): 618-632.
- Dishman, R. K., Vandenberg, R. J., Motl, R. W., & Nigg, C. R. 2010. Using Constructs of the Transtheoretical Model to Predict Classes of Change in Regular Physical Activity: A Multi-Ethnic Longitudinal Cohort Study. *Annals Of Behavioral Medicine* 40 (2): 150-163.
- Dray, J. & Wade, T.D. 2012. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review* 32(6): 558-565.
- Drieling, R. L., Jun, M., & Stafford, R. S. 2011. Evaluating clinic and community-based lifestyle interventions for obesity reduction in a low income Latino

- neighborhood: Vivamos Activos Fair Oaks Program. *BMC Public Health* 11 (1): 98-107.
- Dunbar, J., Hernan, A., Janus, E., Davis-Lameloise, N., Asproloupos, D., O'Reilly, S., Timoshanko, A., Stewart, E., Bennett, C.M., Johnson, G. & Carter, R. 2012. Implementation salvage experiences from the Melbourne diabetes prevention study. *BMC Public Health* 12: 806-15.
- Dunbar, J. A., Hernan, A. L., Janus, E. D., Vartiainen, E., Laatikainen, T., Versace, V. L., Reynolds, J., Best, J. D., Skinner, T. C., O'Reilly, S. L., Mc Namara, K. P., Stewart, E., Coates, M. Bennett, C. M. & Carter, R. 2015. Challenges of diabetes prevention in the real world: results and lessons from the Melbourne Diabetes Prevention Study. *Diabetes Research & Care* 3 (1), e000131. <http://doi.org/10.1136/bmjdr-2015-000131>.
- Dunlop, W., Falk, C. F., Beauchamp M. R. 2013. How dynamic are exercise group dynamics? Examining changes in cohesion within class-based exercise programs. *Health Psychology* 32 (12): 1240-3.
- Duru, O. K., Gerzoff, R. B., Brown, A. F., Karter, A. J., Kim, C., Kountz, D., Narayan, K. M. V., Schneider, S. H., Tseng, C., Waitzfelder, B. & Mangione, C. M. 2008. Predictors of Sustained Walking among Diabetes Patients in Managed Care: The Translating Research into Action for Diabetes (TRIAD) Study. *Journal of General Internal Medicine* 23 (8): 1194-9.
- Dutton, G. R., Nackers, L. M., Dubyak, P. J., Rushing, N. C., Huynh, T. T., Tan, F., Anton, S. D. & Perri, M. G. 2014. A randomized trial comparing weight loss treatment delivered in large versus small groups. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 11: 123-11. <http://www.ijbnpa.org/content/11/1/123>.
- Eisenberg, A., Rosenthal, S. & Schluskel, Y. R. 2015. Medicine as a performing art: what we can learn about empathic communication from theater arts. *Academic Medicine* 90 (3): 272-6.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1): 107-115.
- Endevelt, R., Peled, R., Azrad, A., Kowen, G., Valinsky, L. & Heymann, A. D. 2015. Diabetes prevention program in a Mediterranean environment: Individual or group therapy? An effectiveness evaluation. *Primary Care Diabetes* 9 (2): 89-95.
- Ewles, L. & Simnett, I. 1995. *Terveyden edistämisen opas*. Suomentaja Paula Ovaska-Romano. SKS. Helsinki.
- Farrell, T. C. & Keeping-Burke, L. 2014. The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 24 (1): 8-15.
- Faucher, M. A. & Mobley, J. 2010. A community intervention on portion control aimed at weight loss in low-income Mexican American women. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55 (1): 60-64.
- Fisher, S.L., Foster, M. & Sacks, F. 2011. Telephone coaching as effective for weight loss as in-person counseling. *Endocrine Today* 9 (12): 20-21.

- Fitzsimons, C. F., Baker, G., Wright, A., Nimmo, M. A., Ward Thompson, C., Lowry, R., Millington, C., Shaw, R., Fenwick, E., Ogilvie, D., Inchley, J., Foster, C. E. & Mutrie, N. 2008. The 'Walking for Wellbeing in the West' randomised controlled trial of a pedometer-based walking programme in combination with physical activity consultation with 12 month follow-up: rationale and study design. *BMC Public Health* 8: 259.
- Forssas, E., Sund, R., Manderbacka, K., Arffman, M., Ilanne-Parikka, P., Keskimäki, I. 2010. Diabeetikoilla yhä suuri ylikuolleisuus muuhun väestöön verrattuna. *Suomen Lääkärilehti* 65 (26-31): 2359-2367.
- Fritz, T., Caidahl, K., Krook, A., Lundström, P., Mashili, F., Osler, M., Szekeres, F. L. M., Östenson, C. G., Wändell, P. & Zierath, J. R. 2013. Effects of Nordic walking on cardiovascular risk factors in overweight individuals with type 2 diabetes, impaired or normal glucose tolerance. *Diabetes Metabolism Research and Reviews* 29 (1): 25-32.
- Fu S. S., Roth, C., Battaglia, C. T., Nelson, D. B., Farmer, M. M., Do, T., Goldstein, M. G., Widome, R., Hagedorn, H. & Zillich, A. J. 2015. Training primary care clinicians in motivational interviewing: a comparison of two models. *Patient Education and Counseling* 98 (1): 61-8.
- Fung, M. D., Canning, K. L., Mirdamadi, P., Ardern, C. I. & Kuk, J. L. 2015. Lifestyle and weight predictors of a healthy overweight profile over a 20-year follow-up. *Obesity* 23 (6): 1320-5.
- Gallagher K. M. & Updegraff, J. A. 2012. Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine* 43 (1): 101-16.
- Ghisi, G. L., Abdallah, F., Grace, S. L., Thomas, S. & Oh, P. 2014. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling* 95 (2): 160-74.
- Gillison, F., Stathi, A., Reddy, P., Perry, R., Taylor, G., Bennett, P., Dunbar, J. & Greaves C. 2015. Processes of behavior change and weight loss in a theory-based weight loss intervention program: a test of the process model for lifestyle behavior change. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 16, 12 (1): 2.
- Gorzynski, P., Faulkner, G., Greening, S. & Cohn, T. 2010. Exploring the Construct Validity of the Transtheoretical Model to Structure Physical Activity Interventions for Individuals with Serious Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34 (1): 61-64.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2): 105-112.
- Grant, R. W., O'Brien K. E., Waxler, J. L., Vassy, J. L., Delahanty, L. M., Bissett, L. G., Green, R. C., Stember, K. G., Guiducci, C., Park, E. R., Florez, J. C. & Meigs, J. B. 2013. Personalized Genetic Risk Counseling to Motivate Diabetes Prevention: A randomized trial. *Diabetes Care* 36 (1): 13-9.

- Gray, C., Anderson, A., Clarke, A., Dalziel, A., Hunt, K., Leishman, J. & Wyke, S. 2009. Addressing male obesity: an evaluation of a group-based weight management intervention for Scottish men. *Journal of Men's Health* 6 (1): 70-81.
- Gray, C. M., Hunt, K., Mutrie, N., Anderson, A. S., Leishman, J., Dalgarno, L. & Wyke, S. 2013. Football Fans in Training: the development and optimization of an intervention delivered through professional sports clubs to help men lose weight, become more active and adopt healthier eating habits. *BMC Public Health* 13: 232-249.
- Greene, G. W., Redding, C. A., Prochaska, J. O., Paiva, A. L., Rossi, J. S., Velicer, W. F., & Robbins, M. L. 2013. Baseline transtheoretical and dietary behavioral predictors of dietary fat moderation over 12 and 24 months. *Eating Behaviors* 14 (3): 255-262.
- Greer, D. M. & Hill, D. C. 2011. Implementing an evidence-based metabolic syndrome prevention and treatment program utilizing group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 23 (2): 76-83.
- Gudzune, K. A., Clark, J. M., Appel, L. J. & Bennett, W. L. 2012. Primary care providers' communication with patients during weight counseling: A focus group study. *Patient Education and Counseling* 89 (1): 152-157.
- Hankonen, N., Absetz, P., Haukkala, A. & Uutela, A. 2009. Socioeconomic status and psychosocial mechanisms of lifestyle change in a type 2 diabetes prevention trial. *Annals of Behavioral Medicine* 38 (2): 160-165.
- Hansen, N. V., Brændgaard, P., Hjørnholm, C. & la Cour, S. 2014. Qualitative research building real-life interventions: user-involving development of a mindfulness-based lifestyle change support program for overweight citizens. *European Journal of Clinical Nutrition* 68: 1129-1133.
- Henderson, M. M., Daneman, D. D., Huot, C. C., Mc Grath, J. J., Lambert, M. M., Hux, J. J. & Hanley, A. A. 2010. The Impact of Exercise Consultation on Activity Levels and Metabolic Markers in Obese Adolescents: A Pilot Study. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, Article ID 681510, 8 pages. doi:10.1155/2010/681510.
- Hindle, L. & Carpenter, C. 2011. An exploration of the experiences and perceptions of people who have maintained weight loss. *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 24 (4): 342-350.
- Hirvonen, N., Huotari, M., Niemelä, R., & Korpelainen, R. 2012. Information behavior in stages of exercise behavior change. *Journal of The American Society For Information Science & Technology* 63 (9): 1804-1819.
- Hjarnoe, L., & Leppin, A. 2013. Health promotion in the Danish maritime setting: challenges and possibilities for changing lifestyle behavior and health among seafarers. *BMC Public Health* 13: 1165. doi:10.1186/1471-2458-13-1165.
- Horwath, C., Schembre, S., Motl, R., Dishman, R. & Nigg, C. 2013. Does the transtheoretical model of behavior change provide a useful basis for interventions to promote fruit and vegetable consumption? *American Journal of Health Promotion* 27 (6): 351-357.

- Hou, S.-I., Charlery, S-A. R. & Roberson, K. 2014. Systematic literature review of Internet interventions across health behaviors. *Health Psychology and Behavioral Medicine* 2 (1): 455-481.
- Hubball, H., Collins, J. & Pratt, D. 2005. Enhancing reflective teaching practices: Implications for faculty development programs. *The Canadian Journal of Higher Education* 35 (3): 57-81.
- Huisman, S., Maes, S., De Gucht, V., Chatrou, M., Haak, H. 2010. Low goal ownership predicts drop-out from a weight intervention study in overweight patients with type 2 diabetes. *International Journal Of Behavioral Medicine* 17 (3): 176-181.
- Hunt, J., Barrett, R., Grapentine, W. L., Liguori, G. & Trivedi, H. K. 2008. Exposure to Child and Adolescent Psychiatry for Medical Students: Are There Optimal Teaching Perspectives? *Academic Psychiatry* 32 (5): 357-61.
- Hunt, K., Gray, C. M., Maclean, A., Smillie, S., Bunn, C. & Wyke, S. 2014. Do weight management programmes delivered at professional football clubs attract and engage high risk men? A mixed-methods study. *BMC Public Health* 14: 50-11.
- Hyndman, B. 2014. Exploring the differences in teaching perspectives between Australian pre-service and graduate physical education teachers. *Journal of Physical Education and Sport* 4 (4): 438-445.
- Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. 2008. Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (3): 455-462.
- Jane, M., Foster, J., Hagger, M. & Pal, S. 2015. Using new technologies to promote weight management: a randomised controlled trial study protocol. *BMC Public Health* 27 (15): 509.
- Janetski, J. H. & Lisowski, C. 2007. Living on the Edge of Diabetes: A Study Using the Diabetes Prevention Program in a Community Setting. *Diabetes Supplement* 1, 56, A229.
- Janus, E. D., Best, J. D., Davis-Lameloise, N., Philpot, B., Hernan, A., Bennett, C. M., O'Reilly, S., Carter, R., Vartiainen, E. & Dunbar, J. A. 2012. Scaling-up from an implementation trial to state-wide coverage: results from the preliminary Melbourne Diabetes Prevention Study. *Trials* 28, 13 (1): 152-157.
- Jarvis, C. 2012. Learning to lose: weight loss classes and personal transformation. *Studies in the Education of Adults* 44 (2): 136-154.
- Jiang, L., Beals, J., Zhang, L., Mitchell, C., Manson, S., Acton, K. & Roubideaux, Y. 2012. Latent Class Analysis of Stages of Change for Multiple Health Behaviors: Results from the Special Diabetes Program for Indians Diabetes Prevention Program. *Prevention Science* 13 (5): 449-61.
- Johnson, S., Paiva, A., Cummins, C., Johnson, J., Dymont, S., Wright, J., Prochaska, J. O., Prochaska, J. M. & Sherman, K. 2008. Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine* 46 (3): 238-46.

- Jeoung, Y. O., Yang, T. K., Bak, Y. I., Lim, I. S. & Sim, K-B. 2014. An ideal model of informed consent communication. Review. *Korean Journal of Medical Education* 26 (1): 9-17.
- Kaasalainen, K. S., Kasila, K., Villberg, J., Komulainen, J. & Poskiparta, M. 2013. A cross-sectional study of low physical fitness, self-rated fitness and psychosocial factors in a sample of Finnish 18- to 64-year-old men. *BMC Public Health* 1 (13): 1113. doi: 10.1186/1471-2458-13-1113.
- Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Karhila, P., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2003. Negotiation in type 2 diabetes counseling: from problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. *Qualitative Health Research* 13 (9): 1205-1224.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P. & Kettunen, T. 2003. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: A transtheoretical model-based assessment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 16 (3): 159-166.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Pietilä, I. 2009. Ohjaustyylit koululaisten napostelutottumuksia koskevassa suun terveysohjauksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46: 37-45.
- Kervinen, M., Lehto, S., Grönhagen-riska, C. & Finne, P. 2012. Effect of Vascular Comorbidities on Survival of Type 2 Diabetes Patients on Renal Replacement Therapy. *American Journal of Nephrology* 36 (6): 509-15.
- Keränen, A. M., Savolainen, M. J., Reponen, A. H., Kujari, M-L., Lindeman, S. M., Bloigu, R. S. & Laitinen, J. H. 2009. The effect of eating behavior on weight loss and maintenance during a lifestyle intervention. *Preventive Medicine* 49: 32-8.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2001. Empowering counseling--a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 16 (2): 227-238.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Gerlander, M. 2002. Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counseling* 47 (2): 101-113.
- Kettunen, T., Poskiparta, M., Kiuru, P. & Kasila, K. 2004. Muutospuhe tyyppin 2 diabetesneuvonnassa. Tapaustutkimus diabeteshoitajan ja potilaan välisestä neuvontakeskustelusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41: 352-365.
- Kettunen, T., Poskiparta, M., Kiuru, P. & Kasila, K. 2006. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: a case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication & Medicine* 3 (1): 3-14.
- Kilkkinen, A., Heistaro, S., Laatikainen, T., Janus, E., Chapman, A., Absetz, P. & Dunbar, J. 2007. Prevention of type 2 diabetes in a primary health care setting. Interim results from the Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *Diabetes Research and Clinical Practice* 76 (3): 460-62.

- Kinnunen, M., Suihko, J., Hankonen, N., Absetz, P., & Jallinoja, P. 2012. Self-Control is Associated with Physical Activity and Fitness among Young Males. *Behavioral Medicine* 38 (3): 83-89.
- Kiuru, P., Poskiparta, M., Kettunen, T., Saltevo, J., Liimatainen, L. 2004. Advice-Giving Styles by Finnish Nurses in Dietary Counseling Concerning Type 2 Diabetes Care. *Journal of Health Communication* 9 (4): 337-54.
- Klohe-Lehman, D. M., Freeland-Graves, J., Anderson, E. R., Mc Dowell, T., Clarke, K. K., Hanss-Nuss, H., Cai, G., Puri, D. & Milani T. J. 2006. Nutrition Knowledge Is Associated with Greater Weight Loss in Obese and Overweight Low-Income Mothers. *Journal of the American Dietetic Association* 106 (1): 65-75.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J.M, Walker, E. A. & Nathan, D.M. 2002. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine* 346 (6): 393-403.
- Koelen, M. A. & Lindstrom, B. 2005. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment, *European Journal of Clinical Nutrition* 59 Supplement 1: S10-5; discussion S16, S23.
- Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. & Jousilahti, P. 2009. Eating styles, self -control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetit* 53: 131-134.
- Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. *Tutkiva Hoitotyö* 3: 38-42.
- Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., Husman, P. M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A. M. & Laitinen, J. H. 2011. Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 25 (1): 62-69.
- Koski, S. 2010. Diabetesbarometri 2010. Suomen Diabetesliitto ry.
- Kramer, C. K. 2015. Weight loss is a useful therapeutic objective. *Canadian Journal of Cardiology* 31 (2): 211-215.
- Krippendorff, K. 2004. Content analysis: an introduction to its methodology. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kumkale, G. T. & Albarracín D. 2004. The sleeper effect in persuasion: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 130 (1): 143-72.
- Kushida, O. & Murayama, N. 2012. Assessment of the validity and reliability of the processes of change scale based on the transtheoretical model of vegetable consumption behavior in Japanese male workers. *Nihon Kosho Eisei Zasshi* 59 (12): 861-70.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Ouluensis. D Medica* 937. Oulun yliopistopaino. Oulu.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4): 10-15.

- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5): 250-258.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18: 4-13.
- Laakso, M. M. 2005. Prevention of Type 2 Diabetes. *Current Molecular Medicine* 5 (3): 365-374.
- Laatikainen, T., Dunbar, J. A., Chapman, A., Kilkkinen, A., Vartiainen, E., Heistaro, S., Philpot, B., Absetz, P., Bunker, S., O'Neil, A., Reddy, P., Best, J. D., Janus, E. D. 2007. Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health* 19 (7): 249.
- Lafata, J. E., Wunderlich, T., Flocke, S. A., Oja-Tebbe N., Dyer, K. E. & Siminoff, L. A. 2015. Physician use of persuasion and colorectal cancer screening. *Translational Behavior Medicine* 5 (1): 87-93.
- Leemrijse, C. J., van Dijk, L., Jørstad, H. T., Peters, R. J. G., & Veenhof, C. 2012. The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. *BMC Cardiovascular Disorders* 12, 47. doi:10.1186/1471-2261-12-47.
- Lehto, T. & Oinas-Kukkonen, H. 2011. Persuasive features in web-based alcohol and smoking interventions: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research* 22, 13 (3): e46.
- Leonhardt, C., Keller, S., Chenot, J., Luckmann, J., Basler, H., Wegscheider, K. & Becker, A. 2008. TTM-based motivational counselling does not increase physical activity of low back pain patients in a primary care setting. A cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 70 (1): 50-60.
- Lewis, B. A., Williams, D. M., Martinson, B. C., Dunsiger, S. & Marcus, B. H. 2013. Healthy for life: a randomized trial examining physical activity outcomes and psychosocial mediators. *Annals of Behavioral Medicine* 45 (2): 203-12.
- Lin, T., & Lin, C. 2010. Nursing experience using motivational interview techniques in caring for an obese patient with type 2 diabetes. *Journal of Nursing* 57 (5): 102-108.
- Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P. & Begh, R. 2015. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2 (3), CD006936.
- Lindström, J. & Tuomilehto, J. 2003. The Diabetes Risk Scores: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 26: 725-31.
- Lindstöm, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J. G., Hemiö, K., Hämäläinen, H., Härkönen, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Mannelin, M., Paturi, M., Sundvall, J., Valle, T. T., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. Finnish Diabetes Prevention Study Group. 2006. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle

- intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 11; 368 (9548): 1673-1679.
- Lindström, J., Absetz, P., Hemiö, K., Peltomäki, P. & Peltonen, M. 2010. Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity - efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland. *Public Health Nutrition* 13 (6): 993-9.
- Lippke, S., Nigg, C. & Maddock, J. 2012. Health-Promoting and Health-Risk Behaviors: Theory-Driven Analyses of Multiple Health Behavior Change in Three International Samples. *International Journal of Behavioral Medicine* 19 (1): 1-13.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45: 121-135.
- Littlecott, H. J., Moore, G. F., Moore, L. & Murphy, S. 2014. Psychosocial mediators of change in physical activity in the Welsh national exercise referral scheme: secondary analysis of a randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 27 (11): 109. <http://www.ijbnpa.org/content/11/1/109>.
- 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 Technology Assessment* 15 (2): 1-182.
- Lyons, E. J., Lewis, Z. H., Mayrsohn, B. G. & Rowland, J. L. 2014. Behavior change techniques implemented in electronic lifestyle activity monitors: a systematic content analysis. *Journal of Medical Internet Research* 15; 16 (8): e192. doi: 10.2196/jmir.3469.
- Macchi, C., Russell, C. & White, M. 2013. Shifting processes model: A conceptual model for sustainable weight management. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare* 31 (4): 326-337.
- Macdonald, D. 2015. Teacher-as-knowledge-broker in a future-oriented health and physical education. *Sport, Education and Society* 20 (1): 27-41.
- Macdonald, P., Hibbs, R., Corfield, F. & Treasure, J. 2012. The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Research* 30: 200 (1): 1-11.
- Makinen, J., Petersson, G., Nurmi, R., & Lonka, K. 2007. Health care students' differing conceptions of expertise: A challenge for inter-professional care. *Advances in Health Sciences Education* 12 (4): 441-455.
- Malemute, C. L., Shultz, J. A., Ballejos, M., Butkus, S. & Early, K. B. 2011. Goal Setting Education and Counseling Practices of Diabetes Educators. *Diabetes Educator* 37 (4): 549-563.
- Maruf, F. A., Ibikunle, P.O. & Raji, N. O. 2014. Relationships between transtheoretical model stages of change, decisional balance, self-efficacy, and physical activity level among Nigerian market vendors. *American Journal of Health Promotion* 28 (5): e118-26.

- Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., 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* 5, 2: CD008066.
- McArthur, L. H. & Pawlak, R. 2011. An Exploratory study of compliance with dietary recommendations among college students majoring in health-related disciplines: application of the transtheoretical model. *Nutrition Research and Practice* 5 (6): 578-84.
- McDonough, S. M., Tully, M. A., O'Connor, S. R., Boyd, A., Kerr, D. P., O'Neill, S. M., Delitto, A., Bradbury, I., Tudor-Locke, C., Baxter, D. G. & Hurley, D. A. 2010. The Back 2 Activity Trial: education and advice versus education and advice plus a structured walking programme for chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 11: 163. doi: 10.1186/1471-2474-11-163
- McEvoy, P. & Plant, R. 2014. Dementia care: using empathic curiosity to establish the common ground that is necessary for meaningful communication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21 (6): 477-482.
- McQuigg, M., Brown, J., Broom, J., Laws, R. A., Reckless, J. P. D., Noble, P. A., Kumar, S., McCombie, E. L., Lean, M. E. J., Lyons, G. F., Frost, G. S., Quinn, M. F., Barth, J. H., Haynes, S. M., Finer, N., Ross, H. M. & Hole, D. J. 2005. Empowering primary care to tackle the obesity epidemic: the Counterweight Programme. *European Journal of Clinical Nutrition* 59 Suppl 1: S93-S101.
- McTigue, K. M. & Conroy, M. B. 2013. Use of the internet in the treatment of obesity and prevention of type 2 diabetes in primary care. *Proceedings of the Nutrition Society* 72 (1): 98-108.
- Menezes, M. C., Mingoti, S. A., Cardoso, C. S., Mendonça, R. D. & Lopes, A. C. 2014. Intervention based on Transtheoretical Model promotes anthropometric and nutritional improvements - A randomized controlled trial. *Eating Behaviors* 18 (17C): 37-44.
- Miller, C. K., Weinhold, K., Marrero, D. G., Nagaraja, H. N. & Focht, B. C. 2015. A. Translational Worksite Diabetes Prevention Trial Improves Psychosocial Status, Dietary Intake, and Step Counts among Employees with Prediabetes: A Randomized Controlled Trial. *Preventive Medicine Reports* 2: 118-126.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. 2004. Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 18 (4): 299-308.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. 2009. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 37 (2): 129-40.
- Mitchell, S. H., Overman, P. & Forrest, J. L. 2014. Critical thinking in patient centered care. *Journal of Evidence-Based Dental Practice* 14 Supplement 235-9.

- Moore, G. F., Raisanen, L., Moore, L., Din, N. U. & Murphy, S. 2013. Mixed-method process evaluation of the Welsh National Exercise Referral Scheme. *Health Education* 113 (6): 476-501.
- Morey, M. C., Pieper, C. F., Edelman, D. E., Yancy, W. S., Green, J. B., Lum, H., Peterson, M. J., Sloane, R., Cowper, P. A., Bosworth, H. B., Huffman, K. M., Cavanaugh, J. T., Hall, K. S., Pearson, M. P. & Taylor G. A. 2012. Enhanced fitness: A Randomized Controlled Trial of the Effects of Home-Based Physical Activity Counseling on Glycemic Control in Older Adults with Prediabetes Mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society* 60 (9): 1655-1662.
- Mulder, B. C., Lokhorst, A. M., Rutten, G. E. & van Woerkum, C. M. J. 2014. Effective Nurse Communication With Type 2 Diabetes Patients: A Review. *Western Journal of Nursing Research* 22 epub.
- Murphy, S., Raisanen, L., Moore, G., Edwards, R. T., Linck, P., Williams, N., Ud Din, N., Hale, J., Roberts, C., McNaish, E. & Moore, L. 2010. A pragmatic randomised controlled trial of the Welsh National Exercise Referral Scheme: protocol for trial and integrated economic and process evaluation. *BMC Public Health* 10: 352.
- Männistö, S., Laatikainen, T., Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. FINRISKI 2012 -tutkimus 2012. Luettu 14.6.2015. www.thl.fi
- Männistö, S., Laatikainen, T., Helakorpi, S. & Valsta, L. M. 2010. Monitoring diet and diet-related chronic disease risk factors in Finland. *Public Health Nutrition* 13 (6A): 907-14.
- Nakade, M., Aiba, N., Suda, N., Morita, M. D. A., Miyachi, M., Sasaki, S. & Watanabe, S. 2012. Behavioral change during weight loss program and one-year follow-up: Saku Control Obesity Program (SCOP) in Japan. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 21 (1): 22-34.
- Naughton P., McCarthy S. N., McCarthy, M. B. 2015. The creation of a healthy eating motivation score and its association with food choice and physical activity in a cross sectional sample of Irish adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 6, 12 (1): 74.
- Noordman, J., Koopmans, B., Korevaar, J.C., van der Weijden, T & van Dulmen, S. 2013. Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. *Family practice* 30 (3): 332-340.
- Nothwehr, F. 2008. Self-Efficacy and its association with use of diet-related behavioral strategies and reported dietary intake. *Health Education Behavior* 35 (5): 698-706.
- Ogden, L. G., Stroebele, N., Wyatt, H. R., Catenacci, V. A., Peters, J. C., Stuht, J., Wing, R.R. & Hill, J. O. 2012. Cluster Analysis of the National Weight Control Registry to Identify Distinct Subgroups Maintaining Successful Weight Loss. *Obesity* 20 (10): 2039-2047.
- Ohjaajaverkko 2015, pieni päätös päivässä. Luettu 14.6.2015. <http://ohjaajaverkko.pienipaatospaivassa.fi>

- Ohlendorf, J. M. 2012. Stages of Change in the Trajectory of Postpartum Weight Self-Management. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 41 (1): 57-70.
- Okazaki, K. & Sakane, N. 2007. Does a Community-Based Single Half-Day Health Education Class Improve the Participants' Knowledge of Diabetes and Attitude Toward Self-Care Behaviors? *Diabetes Supplement 1*, 56: 220-221.
- Opdenacker, J., De Bourdeaudhuij, I., Auweele, Y., & Boen, F. 2009. Psychosocial mediators of a lifestyle physical activity intervention in women. *Psychology of Sport & Exercise* 10 (6): 595-601.
- Ostbye, T., Krause, K. M., Brouwer, R. J. N., Lovelady, C. A., Morey, M. C., Bastian, L. A., Peterson, B. L., Swamy, G. K., Chowdhary, J. & McBride, C. M. 2008. Active Mothers Postpartum (AMP): rationale, design, and baseline characteristics. *Journal of Women's Health* 17 (10): 1567-1575.
- Ovaskainen, M.-L., Tapanainen, H., Laatikainen, T., Mannisto, S., Heinonen, H. & Vartiainen, E. 2015. Perceived health-related self-efficacy associated with BMI in adults in a population-based survey. *Scandinavian Journal of Public Health* 43 (2): 197-203.
- Paradis, S. & Cabanac, M. 2008. Dieting and food choice in grocery shopping. *Physiology & Behavior* 93 (4-5): 1030-2.
- Patton, M. Q. 2002. *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA). Sage.
- Pedersen, L. R., Olsen, R. H., Frederiksen, M., Astrup, A., Chabanova, E., Hasbak, P., Holst, J. J., Kjær, A., Newman, J. W., Walzem, R., Wisløff, U., Sajadieh, A., Haugaard, S. B. & Prescott, E. 2013. Copenhagen study of overweight patients with coronary artery disease undergoing low energy diet or interval training: the randomized CUT-IT trial protocol. *BMC Cardiovascular Disorders* 13: 106.
- Peláez-Fernández, M. A. & Extremera, N. 2011. The control dilemma in eating behaviour: influence of temptation cues in restrained versus unrestrained eaters. *Psicothema* 23 (4): 587-592.
- Pells, J. J., Stout, A. L., Rodrigues-Diaz, M. M., Quigley, C. A. & Musante G. J. 2012. Brief Intensive Lifestyle Intervention Leads to Rapid Diabetes Improvements. *American Journal of Lifestyle Medicine* 6: 178-185.
- Penn, L., White, M., Lindström, J., den Boer, A. T., Blaak, E., Eriksson, J. G., Feskens, E., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S. M., Walker, M., Mathers, J. C., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2013. Importance of Weight Loss Maintenance and Risk Prediction in the Prevention of Type 2 Diabetes: Analysis of European Diabetes Prevention Study RCT. *PLoS Clinical Trials* 8 (2): 1-11.
- Peterson, J. A. 2007. Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 19 (7): 349-57.
- Pieni päätös päivässä. Luettu 14.6.2015. www.pienipaatospaivassa.fi

- Pinto, A. M., Gorin A. A., Raynor, H. A., Tate, D. F., Faca, J.L. & Wing R. R. 2008. Successful Weight-loss Maintenance in Relation to Method of Weight loss. *Obesity* 16 (11): 2456-61.
- Plotnikoff, R. C., Lippke, S., Johnson, S. T., & Courneya, K. S. 2010. Physical Activity and Stages of Change: A Longitudinal Test in Types 1 and 2 Diabetes Samples. *Annals of Behavioral Medicine* 40 (2): 138-149.
- Poskiparta, M. *Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Studies in sport, Physical Education and Health* 46. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä 1997.
- Poskiparta, M., Kettunen, T. & Liimatainen, L. 1998. Reflective questions in health counseling. *Qualitative Health Research* 8 (5): 682-693.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling* 45 (1): 69-79.
- Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. 2006. Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24 (4): 206-210.
- Pratt D. D. 2002. Good Teaching: One size fits all? *New Directions for Adults and Continuing Education* 93: 5-16.
- Pratt, D. D., Collins, J. B. & Jarvis-Selinger, S. 2001a. Development and Use of The Teaching Perspectives Inventory (TPI). *AERA* 2001: 1-9.
- Pratt, D. D., Arseneau, R. & Collins, J. B. 2001b. Reconsidering "Good Teaching" Across the Continuum of Medical Education. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 21: 70-81.
- Pratt, D. D., Boll, S. L & Collins, J. B. 2007. Towards a plurality of perspectives for nurse educators. *Nursing Philosophy* 8: 49-59.
- Pratt, D. D., Harris, P. ja Collins, J. B. 2009. The power of one: Looking beyond the teacher in clinical instruction. *Medical Teacher* 31: 133-137.
- Prochaska J. & DiClemente 1983. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an intergrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (3): 390-395.
- Prochaska, J. Q & Norcross, J. C. 2003. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. Q., Velicer, W. F., Redding, C., Rossi, J. S., Goldstein, M., DePue, J., Greene, G. W., Rossi, S. R., Sun, X., Fava, J. L., Laforge, R., Rakowski, W & Plummer B. A. 2005. Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine* 41 (2): 406-416.
- Prochaska, J. Q. & Norcross J. C. 2007. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. 6th ed. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Procter, S., Mutrie, N., Davis, A. & Audrey, S. 2014. Views and experiences of behaviour change techniques to encourage walking to work: a qualitative study. *BMC Public Health* 23 (14): 868.
- Pullen, C. H., Hageman, P. A., Boeckner, L., Walker, S. N. & Oberdorfer, M. K. 2008. Feasibility of internet-delivered weight loss interventions among

- rural women ages 50-69. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 31 (3): 105-112.
- Radcliff, T. A., Bobroff, L. B., Lutes, L. D., Durning, P. E., Daniels, M. J., Limacher, M. C., Janicke, D. M., Martin, A. D. & Perri, M. G. 2012. Comparing Costs of Telephone vs Face-to-Face Extended-Care Programs for the Management of Obesity in Rural Settings. *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics* 112 (9): 1363-73.
- Ramadas, A., Quek, K. F., Chan, C. K. Y. & Oldenburg, B. 2011. Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: A systematic review of recent evidence. *International Journal of Medical Informatics* 80 (6): 389-405.
- Richards, E. A. & Cai, Y. 2015. Integrative Review of Nurse-Delivered Physical Activity Interventions in Primary Care. *Western Journal of Nursing Research*. Saatavilla: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Riippa, I., Linna, M. & Hietala, M. 2014. Pitkäaikaissairaanhoidon (CCM) arviointi perusterveydenhuollon potilastietojen avulla - esimerkkinä diabeteksen hoidon vaikuttavuus ja palveluiden käyttö. Julkaisussa: *Terveystaloustiede 2014. Terveystaloustieteen päivä 7.2.2014*. Mäklin, S. (toim.): 46-51.
- 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 Technology Assessment* 18 (35). doi: 10.3310/hta18350.
- Rodewald, E. E. 2012. Attachment style and empathy in health care counseling: Is there an association? Capella University.
- Romain, A. J., Attalin, V., Sultan, A., Boegner, C., Gernigon, C. & Avignon, A. 2014. Experiential or behavioral processes: Which one is prominent in physical activity? Examining the processes of change 1 year after an intervention of therapeutic education among adults with obesity. *Patient Education and Counseling* 97 (2): 261-268.
- Ross, R. & Després, J. 2009. Abdominal Obesity, Insulin Resistance, and the Metabolic Syndrome: Contribution of Physical Activity/Exercise. *Obesity* 17, S1-2.
- Rovio E., Hakonen, H., Kankaanpää, A., Eskola, J., Hakamäki, M., Tammelin, T., Helakorpi, S., Uutela, A. & Havas, E. 2009. Vähän liikkuvat nuoret aikuiset - alaryhmien tunnistaminen. *Liikunta & Tiede* 46: 26-33.
- Rowbotham, M. A. 2007. Teacher perspectives and the psychosocial climate of the classroom in a traditional BSN program. University of Missouri - Saint Louis.
- Saaristo, T., Oksa, H., Peltonen, M. & Etu-Seppälä L. (toim.) 2009. Loppuraportti. Dehko 2D -hanke (D2D) 2003-2007. Suomen Diabetesliitto ry.
- Saaristo, T., Moilanen, L., Korpi-Hyövälti, E., Vanhala, M., Saltevo, J., Niskanen, L., Jokelainen, J., Peltonen, M., Oksa, H., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. &

- Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2010. Lifestyle Intervention for Prevention of Type 2 Diabetes in Primary Health Care: One-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). *Diabetes Care* 33 (10): 2146-51.
- Salmela, S. M., Vähäsarja, K. A., Villberg, J. J., Vanhala, M. J., Saaristo, T. E., Lindström, J., Oksa, H. H., Korpi-Hyövälti, E. A., Moilanen, L., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Poskiparta, M. E. 2012. Perceiving need for lifestyle counseling: findings from Finnish individuals at high risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 35 (2): 239-41.
- Salmela, S., Poskiparta, M., Kasila, K., Vähäsarja, K., & Vanhala, M. 2009. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Education Research* 24 (2): 237-252.
- Sathish, T., Williams, E. D., Pasricha, N., Absetz, P., Lorgelly, P., Wolfe, R., Mathews, E., Aziz, Z., Raman, K., Zimmet, P., Fisher, E., Tapp, R., Hollingsworth, B., Mahal, A., Shaw, J., Jolley, D., Daivadanam, M. & Oldenburg, B. 2013. Cluster randomised controlled trial of a peer-led lifestyle intervention program: study protocol for the Kerala diabetes prevention program. *Public Health* 13 (1): 1-23.
- Schechter, S. R., & Lynch, J. 2011. Health learning and adult education: In search of a theory of practice. *Adult Education Quarterly: A Journal of Research and Theory* 61 (3): 207-224.
- Schram, M. T., Sep, S. J. S., van der Kallen, C. J., Dagnelie, P. C., Koster, A., Schaper, N., Henry, R. M. A., Stehouwer, C. D. & A. 2014. The Maastricht Study: an extensive phenotyping study on determinants of type 2 diabetes, its complications and its comorbidities. *European Journal of Epidemiology* 29 (6): 439-51.
- Schusdziarra, V., Hausmann, M., Wiedemann, C., Hess, J., Barth, C., Wagenpfeil, S. & Erdmann, J. 2011. Successful weight loss and maintenance in everyday clinical practice with an individually tailored change of eating habits on the basis of food energy density. *European Journal of Nutrition* 50 (5): 351-361.
- Segar, M. L., Eccles, J. S. & Richardson, C. R. 2008. Type of physical activity goal influences participation in healthy midlife women. *Womens' Health Issues* 18 (4): 281-91.
- Shay, L. E., Shobert, J. L., Seibert, D. & Thomas, L. E. 2009. Adult weight management: Translating research and guidelines into practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21 (4): 197-206.
- Silverman, D. 2013. *Doing qualitative research. A practical handbook.* 4th edition. Sage. London.
- Smith, B. J., Tang, K. C. & Nutbeam, D. 2006. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International* 21 (4): 340-5.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013. *Muutosta liikkeellä! - Valtakunnallinen yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020.* STM Julkaisuja 2013:10.

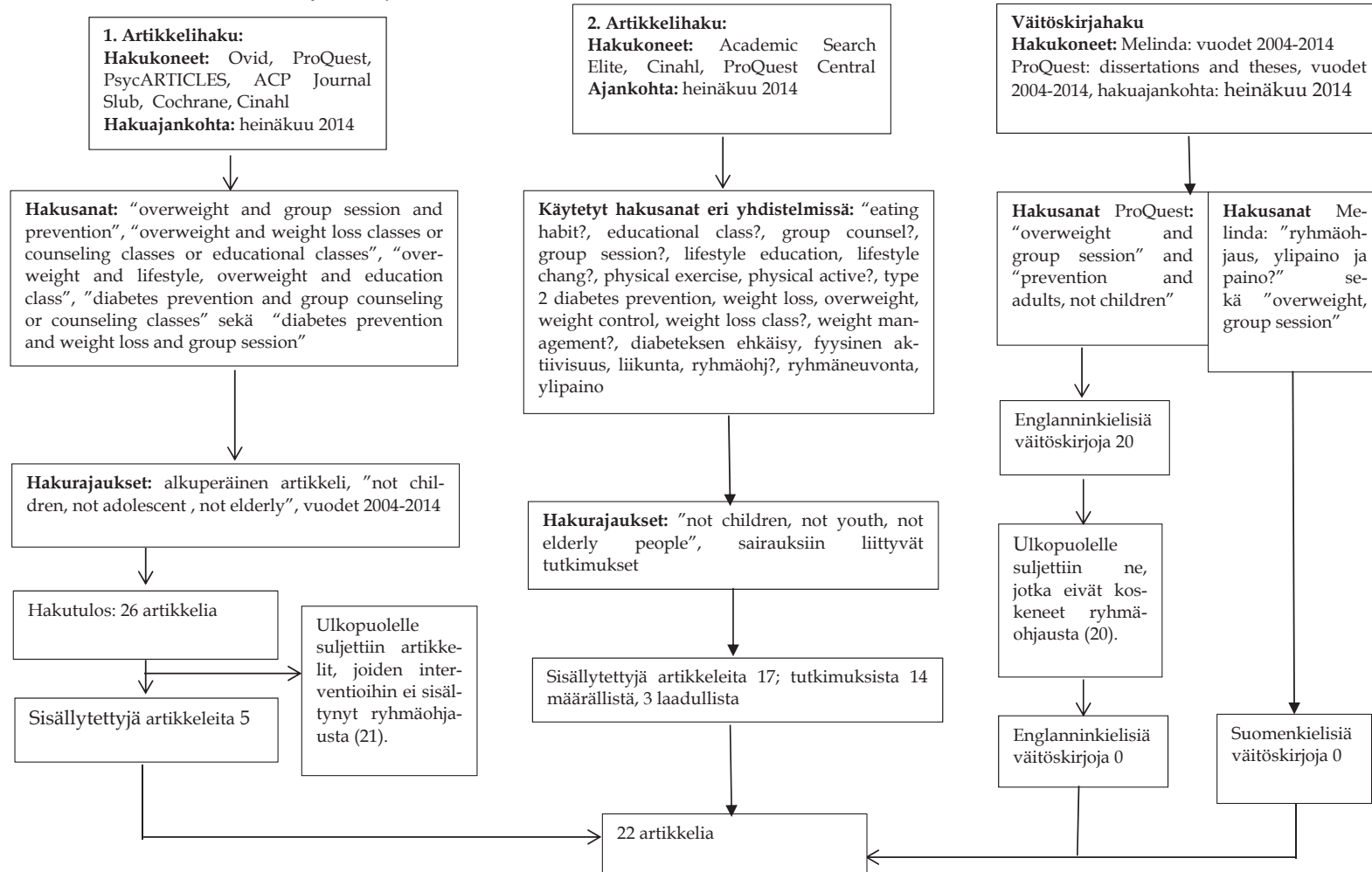
- Spörndly-Nees, S., Igelström, H., Lindberg, E., Martin, C. & Åsenlöf, P. 2014. Facilitators and barriers for eating behavior changes in obstructive sleep apnoea and obesity – a qualitative content analysis. *Disability and Rehabilitation* 36 (1): 74-81.
- Stoltz, K. B., Reysen, R. H., Wolff, L. A., & Kern, R. M. 2009. Lifestyle and the Stages of Change in Weight Loss. *Journal of Individual Psychology* 65 (1): 69-85.
- Sund, R. & Koski, S. 2009. FinDM II. On the register-based measurement of the prevalence and incidence of diabetes and its long-term complications. A technical report. Finnish Diabetes Association, Tampere.
- Sung, K.-C., Jeong, W., Wild, S. H. & Byrne, C. D. 2012. Combined Influence of Insulin Resistance, Overweight/Obesity, and Fatty Liver as Risk Factors for Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 35 (4): 717-22.
- Suomen Diabetesliitto ry. 2003a. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma. Korkean riskin strategia 2003-2010. >URL:
http://www.diabetes.fi/files/283/Tyypin_2_diabeteksen_ehkaisyohjelma_Korkean_riskin_strategia_pdf_346_kt.pdf
- Suomen Diabetesliitto ry. 2003b. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma. Väestöstrategia 2003-2010. >URL:
http://www.diabetes.fi/files/284/Tyypin_2_diabeteksen_ehkaisyohjelma_Vaestostrategia_pdf_415_kt.pdf
- Suomen Diabetesliitto ry. 2004. Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi 2003-2007. Dehkon 2D -hanke (D2D). >URL:
http://www.diabetes.fi/files/264/Dehkon_2D_hankkeen_projektisuunnitelma_pdf_362_kt.pdf
- Suomen Diabetesliitto ry. 2009. Dehkon 2D-hanke (D2D) 2003–2007. Loppuraportti. http://www.diabetes.fi/files/997/D2D_loppuraportti.pdf
- Suomen Diabetesliitto ry. 2011. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma Dehko 2000–2010. Loppuraportti. Kehitys Oy. Pori 2011.
http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf
- Swift, D. L., Johannsen, N. M., Lavie, C. J., Earnest, C. P. & Church, T. S. 2014. The Role of Exercise and Physical Activity in Weight Loss and Maintenance. *Progress in Cardiovascular Diseases* 56 (4): 441-447.
- Sörensen, L. B., Greve, T., Kreutzer, M., Pedersen, U., Nielsen, C. M., Toubro, S. & Astrup A. 2011. Weight Maintenance Through Behaviour Modification with a Cooking Course or Neurolinguistic Programming. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research* 72 (4): 181-185.
- Tanay, M.A., Wiseman, T., Roberts, J. & Ream, E. 2014. A time to weep and a time to laugh: humour in the nurse-patient relationship in an adult cancer setting. *Supportive Care in Cancer* 22 (5): 1295-301.
- Teixeira, P. J., Silva M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J., Vieira, P. N., Carraca, E. V., Santos, T. C. & Sardinha, L. B. 2010. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity* 18 (4): 725-35.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa: www.finlex.fi

- Tilastokeskus 2015. <http://www.findikaattori.fi/fi/62>
- Toth-Capelli, K. M., Brawer, R., Plumb, J. & Daskalakis C. 2013. Stage of Change and Other Predictors of Participant Retention in a Behavioral Weight Management Program in Primary Care. *Health Promotion Practice* 14 (3): 441-450.
- Towle, A. & Godolphin, W. 2011. A meeting of experts: the emerging roles of non-professionals in the education of health professionals. *Teaching in Higher Education* 16 (5): 495-504.
- Tremayne, P. 2014. Using humour to enhance the nurse-patient relationship. *Nursing Standard* 28 (30): 37-40.
- 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* 5 (10): CD008066.
- Tuomarla, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravintoa ja syömistä käsittelevä puhe laihdutusryhmissä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46 (1): 23-36.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England Journal of Medicine* 344 (3): 1343-50.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: valmentava elämäntapaohjaus. Edita, Helsinki.
- Turku, R. & Heinonen, L. 2005. Pieni päätös päivässä -projektin seuranta tutkimus. Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset. DEHKO-raportti 2005: 7. Suomen Diabetesliitto ry. >URL: <http://www.diabetes.fi>
- Tynjälä, P. 2013. Toward a 3-P Model of Workplace Learning: A Literature Review. *Vocations and Learning* 6 (1): 11-36.
- Uusitupa, M. I., Stancáková, A., Peltonen, M., Eriksson, J. G., Lindström, J., Aunola, S., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Tuomilehto, J. & Laakso, M. 2011. Impact of Positive Family History and Genetic Risk Variants on the Incidence of Diabetes: The Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes Care* 34 (2): 418-23.
- Uutela, A., Absetz, P., Nissinen, A., Valve, R., Talja, M., Fogelholm, M. 2004. Health psychological theory in promoting population health in Päijät-Häme, Finland: First steps toward a type 2 diabetes prevention study. *Journal of Health Psychology* 9 (1): 73-84.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Juvenes Oy. Helsinki.
- Van Dam, H., van der Horst, F., Knoops, L., Ryckman, R., Crebolder, H. & van den Borne, B. 2005. Social support in diabetes: a systematic review of

- controlled intervention studies. *Patient Education and Counseling* 59 (1): 1-12.
- Van Dijk, J.-W., Manders, R. J. F., Tummers, K., Bonomi, A. G., Stehouwer, C. D. A., Hartgens, F. & van Loon, L. J. C. 2012. Both resistance- and endurance-type exercise reduce the prevalence of hyperglycaemia in individuals with impaired glucose tolerance and in insulin-treated and non-insulin-treated type 2 diabetic patients. *Diabetologia* 55 (5): 1273-82.
- Van Dillen, S. M. E., Van Binsbergen, J. J., Koelen, M. A. & Hiddink G. J. 2013. Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: A critical review. *Patient Education and Counseling* 90 (2): 155-69.
- Van Dillen, S. M. E., Noordman, J., Van Dulmen, S. & Hiddink, G. J. 2014. Examining the content of weight, nutrition and physical activity advices provided by Dutch practice nurses in primary care: analysis of videotaped consultations. *European Journal of Clinical Nutrition* 68 (1): 50-6.
- Van Dillen, S. M. E., Noordman, J., Van Dulmen, S. & Hiddink, G. J. 2015. Quality of weight-loss counseling by Dutch practice nurses in primary care: an observational study. *European Journal of Clinical Nutrition* 69 (1): 73-8.
- Van Genugten, L., Van Empelen, P. & Oenema, A. 2012. From weight management goals to action planning: identification of a logical sequence from goals to actions and underlying determinants. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 25 (4): 354-364.
- Vehviläinen, S. 2014. *Ohjaustyön opas*. Gaudeamus. Helsinki.
- Vermunt, P. W. A., Milder, I. E. J., Wielaard, F., de Vries, J. H. M., van Oers, H. A. M. & Westert, G. P. 2011. Lifestyle Counseling for Type 2 Diabetes Risk Reduction in Dutch Primary Care: Results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years. *Diabetes Care* 34 (9): 1919-25.
- Vermunt, P. W. A., Milder, I. E. J., Wielaard, F., Baan, C. A., Schelfhout, J. D. M., Westert, G. P. & van Oers, H. A. M. 2013. Behavior change in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention content. *BMC Family Practice* 14: 78. doi: 10.1186/1471-2296-14-78.
- Vilkkä, H. 2007. *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Tammi. Helsinki.
- Visram, S., Crosland, A. & Cording, H. 2009. Triggers for weight gain and loss among participants in a primary care-based intervention. *British Journal of Community Nursing* 14 (11): 495-501.
- Vojta, D., Koehler, T. B., Longjohn, M., Lever, J. A. & Caputo, N. F. A. 2013. Coordinated National Model for Diabetes Prevention: Linking Health Systems to an Evidence-Based Community Program. *American Journal of Preventive Medicine* 44 (4): 301-306.
- Vähäsarja, K., Salmela, S., Villberg, J., Rintala, P., Vanhala, M., Saaristo, T., Peltonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Korpi-Hyövälti, E., Kujala, U. M., Moilanen, L., Niskanen, L., Oksa, H. & Poskiparta, M. 2012. Perceived need to increase physical activity levels among adults at high risk of type 2 diabetes. A cross-sectional analysis within a community-based diabetes

- prevention project FIN-D2D. *BMC Public Health* 12: 514. doi:10.1186/1471-2458-12-514.
- Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat -miten he sen tekevät? Terveystieteen ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. *Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja* 132.
- Wadden, T. A., Volger, S., Sarwer, D. B., Vetter, M. L., Tsai, A. G., Berkowitz, R. I., Kumanyika, S., Schmitz, K. H., Diewald, L. K., Barg, R., Chittams, J. & Moore, R. H. 2011. A Two-year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. *New England Journal of Medicine* 365 (21): 1969-1979.
- Walker, K., O'Dea, K., Gomez, M., Girgis, S. & Colagiuri, R. 2010. Diet and exercise in the prevention of diabetes. *Journal of Human Nutrition & Dietetics* 23 (4): 344-352.
- Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B. & Egede, L. E. 2015. Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. *Patient Education and Counseling* 98 (1): 34-40.
- Walthouwer, M. J. L., Oenema, A., Lechner, L., de Vries, H. 2015. Use and Effectiveness of a Video- and Text-Driven Web-Based Computer-Tailored Intervention: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 17 (9): e222. doi: 10.2196/jmir.4496
- Wang, L. 2012. Teaching Perspectives of Pre-service Physical Education Teachers in Shanghai: A Pilot Study. *Asian Social Science* 8 (1): 209-216.
- Webb, R., Davies, I., Johnson, B. & Abayomi, J. 2014. A qualitative evaluation of an NHS Weight Management Programme for obese patients in Liverpool. *Nutrition and Food Science* 44 (2): 144-155.
- Wijdenes, M., Henneman, L., Qureshi, N., Kostense, P. J., Cornel, M. C., & Timmermans, D. R. 2013. Using web-based familial risk information for diabetes prevention: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 13: 485.
- Wing, R. R., Tate, D., Espeland, M., Gorin, A., LaRose, J. G., Robichaud, E. F., Erickson, K., Perdue, L., Bahnson, J. & Lewis, C. E. 2013. Weight gain prevention in young adults: design of the study of novel approaches to weight gain prevention (SNAP) randomized controlled trial. *BMC Public Health* 13: 300. doi:10.1186/1471-2458-13-300.
- Wojciechowski, M. 2007. Tickling the funny bone: the use and benefits of humor in health care. *Magazine of Physical Therapy* 15 (12): 21-25.
- Wright, J., Velicer, W. & Prochaska, J. 2009. Testing the predictive power of the transtheoretical model of behavior change applied to dietary fat intake. *Health Education Research* 24 (2): 224-236.
- Yates, T., Davies, M. J., Henson, J., Troughton, J., Edwardson, C., Gray, L. J. & Khuntis, K. 2012. Walking away from type 2 diabetes: trial protocol of a cluster randomized controlled trial evaluating a structured education programme in those at high risk of developing type 2 diabetes. *Family Practice* 13 (1): 46-55.

LIITE 1 Painonhallinnan ryhmäohjauksia koskevia tutkimuksia.



22 artikkelia.

Scopus Advanced search 11.12.2015:
(overweight OR obesity) AND ("group session*" OR "weight loss class*" OR "counselling class*" OR "education class*") AND prevention) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2011)) AND (EXCLUDE (SUBJAREA, "BI-OC") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "ARTS") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "AGRI") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "NEUR") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "ENVI") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "ENGI") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "ECON") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "PHAR") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "BUSI") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "CENG") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "COMP") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "MULT") OR EXCLUDE (SUBJAREA, "MULT")) AND (EX-

ProQuest Advanced search 11.12.2015:
(overweight OR obesity) AND ("group session*" OR "weight loss class*" OR "counselling class*" OR "education class*") AND prevention) Proquest 29 (peer review, 2011→) rajaukset - Hakutulos **20 artikkelia**.

PubMed Advanced search 11.12.2015:
(overweight OR obesity) AND ("group session*" OR "weight loss class*" OR "counselling class*" OR "education class*") AND prevention) - PUBMED 139 (5 vuotta). Hakutulos **139 artikkelia**.

Yhteensä tulos 397. Ulkopuolelle rajattiin lapsiin ja nuoriin (110), vanhuksiin (4), diabeetikoihin (18), sydän- ja verisuonitauteihin (19) kohdistuneet tutkimukset, muihin kuin em. sairauksiin liittyvät tai rajattuihin asiakasryhmiin, kuten veteraanit, mielenterveysasiakkaat kohdistuvat (31), raskauteen liittyvä ylipaino (14), kirurgisen lihavuuden hoito (14), ryhmäohjaus liittyi muuhun, esim. kriisi tai tupakointi (27), painonhallintaan muu yhteys, esim. opetus (23), päällekkäisyys (23), aiemmin liitteeseen sisällytettyjä tutkimuksia 2. Jäljelle jääneisiin ryhmäohjaus ei sisällynyt tutkimukseen (107), yhteensä ulkopuolelle rajattuja 392. Jäljelle jäi **viisi (5) artikkelia**, jotka liitettiin tutkimuksia koskevaan liitteeseen.

Cochrane 11.12.2015: (overweight OR obesity) AND ("group session*" OR "weight loss class*" OR "counselling class*" OR "education class*") AND prevention) - PUBMED 139 (5 vuotta). Hakutulos **94 artikkelia**.
Ulkopuolelle rajattiin lapsiin ja nuoriin (21), sydän- ja verisuonitautien hoitoon ja ehkäisyyn (11), diabeteksen hoitoon (7), muiden sairauksien hoitoon (27), tapaturmien ehkäisyyn (5), pähteisiin ja mielenterveyteen (7), suun hoitoon (2), muihin painonhallinnan keinoihin (6) kohdistuvat tutkimukset, päällekkäisyydet (4), ei sisällynyt ryhmäohjausta (3). Jäljelle jäi yksi artikkeli, joka jo oli lähteissä.

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin 27 artikkelia.

Tekijät ja ehkäisy-ohjelma	Tutkimuksen tarkoitus	Ryhmäohjauksen lähestymistapa, rakenne ja ohjaustekniikat	Tulokset
Absetz ym. 2007 GOAL Lifestyle Suomi	Ryhmäohjauksen vaikutukset korkean diabetesriskin omaavien painoon ja veren rasva-arvoihin.	Perusterveydenhuollossa toteutettu ryhmäohjaus, ehkäisyohjelmasta 352 kutsuttua. Health Action Process -malli. Ohjaajina sairaanhoitaja- tai sh ja fysioterapeutti- pari, kunnan liikuntapalvelujen esittely ja yksi ohjauskerta. Viisi ryhmäohjausta kahden viikon välein 8 viikon aikana, kuudes 8 kk:n kuluttua. Tavoitteen asettelu, ruoka- ja liikuntapäiväkirjan käyttö.	Ryhmäohjauksella oli tilastollisesti merkitsevä tyyppin 2 diabeteksen riskin aleneminen 12 ja 36 kk:n kuluttua aloittamisesta.
Allcock ym. 2010 Yhdysvallat	Satunnaistettu tutkimus. Motivoivan, yksilöllisen puhelinohjauksen ja ryhmäohjauksen vaikutuksen vertailu hedelmien ja vihannesten käytön lisäämisessä.	Kohderyhmänä 195 veteraania, 6 kk interventio. Vertailuryhmässä ryhmäohjaus, materiaali ja painoa koskeva puhelinyhteys, interventioyryhmässä niiden lisäksi yksilöllinen materiaali ja motivoiva puhelinohjaus.	Motivoiva yksilöllinen puhelinohjaus ja räätälöidyn materiaalin käyttö olivat hedelmien ja vihannesten lisäämisessä tehokkaampia kuin ryhmäohjaus, johon liittyi vain painon seuranta koskeva puhelinkontakti.
Almeida ym. 2014 The diaBeat-project, Yhdysvallat	Interaktiivisen teknologian käytön yhdistäminen puhelinohjaukseen diabeteksen ehkäisyssä. Kolmen eri intervention sisältävä satunnaistettu tutkimus.	Kohderyhmänä korkeassa diabetesriskissä olevat. Ruokavalio- ja liikuntaohjaus 1. pienryhmäohjauksessa, 2. pienryhmä + 12 kk puhelinseuranta 3. DVD-materiaalin avulla ruokavalio- ja liikuntaohjaus + puhelinseuranta. Henkilökohtainen elintapojen muutossuunnitelma.	Tuloksia ei vielä raportoitu.
Anderson ym. 2011 Yhdysvallat	Ryhmäohjauksen ja yksilöohjauksen vertailu. Määrällinen tutkimus.	Osallistajat: 38 20-65 v. obeesia miestä. 24 viikkoa kestävä ryhmä- ja yksilöohjauksen vertailu. Ohjaaja: ravitsemusneuvoja. Ryhmäohjaus: liikuntatavoitteiden asettaminen, ateriankorvikkeet sekä päivittäin 5 ann. kasviksia tai hedelmiä, päiväkirjan käyttö omaseurannassa ja viikoittainen puhelinohjaus.	Ryhmäohjaukseen osallistuneet pudottivat painoaan huomattavasti enemmän kuin yksilöohjausta saaneet.
Beavers ym. 2015. HELP PD -ohjelma, Yhdysvallat	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus. Painon alenemisen vaikutus diabeteksen riskitekijöihin.	Kohderyhmä: 138 osallistujaa, 59 + tai -9.7 v., ylipainoisia tai lihavia, prediabeteksen omaavia. Interventio: 6 kk+ 18 kk painon ylläpitämiskausi, kontrolliryhmänä tavallinen hoitomalli. Ohjaaja terveysalan ammattihenkilö, joka sai ohjausta ravitsemusterapeutilta. Viikoittaiset ryhmäkokoontumiset (8-12 osallistujaa) 6 kk, sen jälkeen kuukausittain 24 kk saakka. Kontrolliryhmässä ravitsemusterapeutin yksilöohjaus x 2 6 kk:n aikana.	Muodostettiin luokat painonpudotuksen mukaan 6 ja 24 kk seurannan perusteella: Pudottajat/painon ylläpitäjät, Pudottajat/painon takaisin kertyminen, Pysyvä paino. Diabeteksen riskitekijät; FPG, insuliini ja insuliiniresistenssi alenivat merkittävästi painoa pudottavilta ja ylläpitäviltä.

(jatkuu)

Liite 1 (jatkuu)

Tekijät ja ehkäisy-ohjelma	Tutkimuksen tarkoitus	Ryhmäohjauksen lähestymistapa, rakenne ja ohjaustekniikat	Tulokset
Borg ym. 2004 Suomi	Arvioida 2-v. kestävä ruokavalio-ohjauksen vaikutuksia ruokavalion sisällöllisissä muutoksissa.	Osallistujat: 36 lihavaa 35-50 v. miestä. 2 kk matala-energinen ruokavalio, sen jälkeen 6 kk:n ajan viikoittainen pienryhmäohjaus, ohjaajana ravitsemusterapeutti. Seuranta 23 kk. Ruokapäiväkirjan käytön, relapsien estämisen ja liikunnan ohjaus.	Pitkäaikainen ruokavalion muutosten ylläpitäminen oli vaikeaa. Aiempiin tottumuksiin palaaminen oli yhteydessä syömisestä heikkoon hallintaan.
Carnie ym. 2013 Yhdysvallat	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Painonpudotuksen vertailu kahdessa ryhmässä.	Kohderyhmä ylipainoiset tai lihavat, työssä käyvät naiset, 199 osallistujaa. Internet-käyttöinen liikuntaohjaus ja vapaa kuntosalin käyttö molemmille ryhmille. Toiselle ryhmälle lisäksi viikoittainen ravitsemusterapeutin ryhmäohjaus 3 kk, sen jälkeen 1 x kk:ssa 6 kk saakka.	Liikunta- ja ravitsemusneuvontaa ryhmäohjauksessa saaneet pudottivat painoa 3 kk seurannassa enemmän kuin vain liikuntaohjausta saaneet, mutta 6 kk seurannassa ero oli hävinnyt.
Colagiuri ym. 2010 Sydney Diabetes Prevention Program, Australia	Siirtää diabeteksen ehkäisyohjelma perusterveydenhuoltoon yhteisötasolle.	Kohderyhmä: 1550, 50-65 v., korkean riskin omaavaa henkilöä. Yksi yksilöohjauskerta ja 3 ryhmäohjausta 12 kk:n aikana. Annetut viisi ruokavalioon, liikuntaan ja painonlaskuun liittyvää tavoitetta, omaseuranta ja itsearviointiprosessi.	Mittarina ruokavalion, liikunnan ja painon muutokset. Lisäksi vyötärönympäryys, veren-sokeri, verenpaine, veren rasva-arvot, elämän-laatu, psyykinen hyvinvointi, terveystalvelujen ja lääkkeiden käyttö. Tuloksia tällä hetkellä saatavilla ainoastaan osallistumisesta.
Dunbar ym. 2015 Melbourne Diabetes Prevention Study, Australia	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Painon alenemisen vertailu interventioon osallistuneiden ja kontrolliryhmän välillä.	Osallistujat: 342 diabetesriskin omaavaa 50-75 v., koottu perusterveydenhuollosta. Interventio 12 kk: yksilöohjaus 30-45 min, 5 x ryhmäohjaus 90 min joista neljä kahden viikon välein ja viimeinen 8 kk aloituksesta. Health action malli, jossa asetettiin ruokavalio- ja liikuntatavoitteet. Ohjaajat: ravitsemusterapeutti, sairaanhoitaja tai psykologitaustainen ohjaaja.	Interventioryhmässä paino aleni 1.13 kg, VY 1,35 cm, syst. verenpaine -5.2mmHg, diast. -3.2mmHg verrattuna kontrolliryhmään. Arvioidu diabetesriski aleni interventioryhmässä 9.6%, kontrolliryhmässä riski nousi 3.3%.
Dutton ym. 2014 Yhdysvallat	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus. Painonpudotuksen vertailu suuren (20 osallistujaa) ja pienen (12 osallistujaa) ryhmän välillä.	Osallistujat: 66 lihavaa aikuista, keski-ikä 50 v. BMI ka. 36.5. Viikoittainen 90 min ryhmäohjaus 6 kk, yksilö-ohjaus 12 kk asti. Ohjaaja: psykologi, kaksi avustajaa. Luento, keskustelu ja tiedon soveltaminen ruokavalioon ja liikuntaan, ohjaus tavoitteen asetteluun, omaseurantaan, ongelmanratkaisuun, ärsykekontrolliin ja relapsin hallintaan.	Pienten ryhmien osallistujat pudottivat merkittävästi enemmän painoa 6 kk (-6.7 vs. -3.2 kg) sekä 12 kk (-7.0 vs. -1.7) kuluttua. Pieniin ryhmiin osallistuvat sitoutuivat ohjaukseen ja omaseurantaan paremmin kuin suureen ryhmään osallistuvat.

(jatkuu)

Liite 1 (jatkuu)

Tekijät ja ehkäisy-ohjelma	Tutkimuksen tarkoitus	Ryhmäohjauksen lähestymistapa, rakenne ja ohjaustekniikat	Tulokset
Grant ym. 2013 Yhdysvallat	Satunnaistettu tutkimus. Selvittää diabetesriskitestiin perustuvan ohjauksen vaikutusta korkean ja matalan riskin yksilöillä.	108 osallistujaa, keski-ikä 58 v. Yksilöllinen ohjaus ennen 12 viikkoa kestäväan ryhmäohjaukseen osallistumista. Osallistumisaktiivisuus: 6.8 + tai - 4.3 kertaa, 31% osallistujista pudotti painoaan yli 5% painostaan.	Diabeteksen geneettiseen riskiin liittyvä ohjaus ei merkittävästi muuttanut motivaatiota, ehkäisyohjelmaan sitoutumista eikä painon pudotusta korkean ja matalan riskin yksilöitä verrattaessa.
Gray ym. 2009 Camelon-projekti, Skotlanti	Selvittää ryhmäohjauksen vaikutus painonpudotukseen, ei-kontrolloitu tutkimus.	Terveystoimittaja ja ravitsemusterapeutti ohjaajina, viikoittaiset ryhmäkokoontumiset 12 kertaa, kokoontumisen kesto 60 min. Osallistujat 23- 74-vuotiaita miehiä, ryhmän koko: 12 miestä. Tavoitteen asettelu, suunnitelman laatiminen. Ruokapäiväkirja ja lautasmalli.	Yli 44% saavutti 5% tai sen yli menevän painonpudotuksen.
Greer & Hill 2011. MBO:n ehkäisy Yhdysvallat	Ryhmäohjauksen vaikutuksen mittaaminen tiedollisten testien sekä painon ja vyötärönympäryksen avulla.	L.E.A.R.N -malli. 10 viikkoa kestävä elintapaohjaus. Tietotesti alussa, lopussa ja jokaisen ohjauksen jälkeen. Vuorovaikutukseen ja vertaistukeen perustuva ohjaus.	Vertaistuki ja itsehoito parantuivat ryhmän aikana. Vertaistuki, itsehoito ja jatkuvuus todettiin tärkeiksi tekijöiksi elintapamuutoksessa. Tuloksissa ei ollut eroa BMI:ssä 5 viikon aikana, mutta 10 viikon kuluttua vyötärönympäryksessä.
Janetski & Lisowski 2007 Yhdysvallat	DPP-tutkimuksen interventiomallin siirtäminen prediabetespotilaille maaseutuolosuhteisiin. Määrällinen tutkimus.	33 osallistujaa. Ryhmä 2 h / viikko neljän viikon ajan, sen jälkeen kuukausittain tunnin kestävä ohjaus vuoden ajan. Ohjauksesta 2/3 ravitsemus-, 1/3 liikuntaohjausta. Valmiit tavoitteet, kuukauden maksuton kuntosalijäsenyys, tunnin henkilökohtainen liikuntaohjaus ja ohjattu liikuntaryhmä viikoittain kuukauden ajan, askelmittari. Omaseurannassa liikunta- ja ruokapäiväkirja, joka tarkastettiin.	Seurantamittarit: paino, vyötärön ja lantion ympäryys, verenpaine ja kehon rasvaprosentti. Kaikki 2 kk mukana olleet hyötyivät interventiosta em. mittareilla mitattuna. Vuoden kuluttua ryhmään jäi 37% osallistuneista.
Janus ym. 2012 Melbourne Diabetes Prevention Study Australia	Ryhmäohjauksen vaikutus diabeteksen riskin alenemiseen. Määrällinen tutkimus.	Osallistujat: 92, 50 -75 v. korkean riskin omaavaa henkilöä. Viisi 90 min ryhmäohjausta, kuudes 8 kk kuluttua. Ruokavalion, liikunnan ja psykososiaalinen itsearviointi. Seuranta 12 kk kuluttua.	Tilastollisesti merkittävät muutokset painossa, vyötärönympäryksessä veren sokeri- ja rasva-arvoissa sekä verenpaineessa. Kuidun määrä ravinnossa lisääntyi, tyydyttyneen rasvan määrä väheni. Interventioryhmässä vähintään 5%:n painonlasku, kontrolliryhmässä 0%.

(jatkuu)

Liite 1 (jatkuu)

Tekijät ja ehkäisyohjelma	Tutkimuksen tarkoitus	Ryhmäohjauksen lähestymistapa, rakenne ja ohjaustekniikat	Tulokset
Jarvis 2012. Iso-Britannia	Selvittää kaupallisiin painonhallintaryhmiin osallistuneiden kokemusten perusteella ryhmien hyötyjä ja jäsenyyden vaikutuksia osallistujille. Laadullinen tutkimus.	Aineistona osallistujien narratiivit.	Merkittäviä elämäntyylin ja ruokailutottumusten muutoksia. Onnistumisen kokemuksia, muutoksia itseluottamuksen kasvussa ja sosiaalisissa suhteita. Toisaalta riippuvuutta organisaatioista sekä kritiikin puute painoon ja kehonkuvaan kohdistuvista asenteista ryhmissä.
Keränen ym. 2009. LITE Life style intervention treatment Suomi	Ryhmäohjausta sisältävän tehostetun ja lyhytkestoisen ohjauksen vertailu; ohjauksen vaikutus syömiseen, painonpudotukseen, muutosten ylläpitämiseen sekä niiden väliin yhteyksiin.	Tehostetun ohjauksen kesto 20 viikkoa, 5 yksilö- ja 5 ryhmäohjausta joka toinen viikko. Ohjaajana ravitsemusterapeutti, vertailuryhmässä sairaanhoitaja. Syömistottumusten tunnistaminen ja parantaminen; ruokailutiheys, annoskoko, lautasmalli, rasvojen vaihtaminen, kuitu, alkoholin, välipalojen ja makeisten välttäminen. Kotitehtävät. Painonseuranta jokaisella käynnillä. Naisia ja miehiä, keski-ikä 50 v. Seuranta-aika 18 kk.	Sekä tehostettu että lyhytaikainen ohjaus paransivat syömisikäyttäytymistä ja painonlaskua. Tietoinen rajoittaminen, alentunut kontrolli, emotionaalinen syöminen ja ahminta ovat yhteydessä painon pudotukseen ja sen ylläpitämiseen. Epäonnistuneeseen painonpudotukseen yhdistyivät kontrolloimaton syöminen ja ahminta.
Korkiakangas ym. 2011 Suomi	Sisällön analyysi ryhmäohjaukseen osallistuneiden henkilöiden liikuntaan motivoivista tai estävistä tekijöistä. Laadullinen tutkimus.	Perusterveydenhuollossa toteutettu ryhmäohjaus. 11 ryhmää, joista 5 videokokousmenetelmällä ja kuusi ryhmätapaamisilla toteutettua. Kohderyhmä: 74 korkean riskin henkilöä, keski-ikä 49 v. Ohjauksen kesto 90 min 2 viikon välein, seurantakokoonnutuminen 6 kk kulluttua. Ohjaajana ravitsemusterapeutti. Tutkimus perustuu 5 videokokouksen nauhoitettuun materiaaliin.	Liikunnasta nauttiminen, liikuntaan liittyvät sosiaaliset suhteet, kannustus, terveyshyödyt ja painonhallinta motivoivat liikuntaan. Arvoina halu kuulua aktiivisesti liikkuviin ihmisiin, aktiivisten henkilöiden ihannointi ja halu olla esimerkkinä lapsille. Esteinä säätekijät, terveysongelmat, ajan ja kiinnostuksen puute ja työesteet. Korkea riskisillä vähemmän esteitä ja enemmän motivaatiotekijöitä.
Laatikainen ym. 2007 GGT Australia	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Diabeteksen preventio-ohjelman GOAL mallin mukainen interventio: T2D:n riskitekijöiden alentaminen elintapamuutosten avulla.	Health Action Process -lähestymistapa. 6 x 90 min ryhmäohjausta 8 kk:n aikana. Naisia 172, miehiä 65. Ohjaajina sh, fysioterapeutti ja ravitsemusneuvoja. Tavoitteen asettelu, suunnitelman laatiminen ja itsearviointi. Ruokavalio- ja liikuntaohjaus, ryhmätuki sekä ohjaus sosiaalisen tuen hakemiseen.	Tilastollisesti merkittävät muutokset painossa, vyötärön ympäryksessä, veren sokeri- ja rasva-arvoissa sekä verenpaineessa. Osallistuvuus: 43% osallistui kaikkiin kuuteen ohjaukseen. Motivaatio, omaoimisuus ja muutoksen tuki ovat välttämättömiä.

(jatkuu)

Liite 1 (jatkuu)

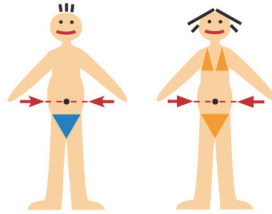
Tekijät ja ehkäisyohjelma	Tutkimuksen tarkoitus	Ryhmäohjauksen lähestymistapa, rakenne ja ohjaustekniikat	Tulokset
Lindström ym. 2010 GOALS, Suomi	Elintapaohjausmallin siirto koskemaan ikääntyviä henkilöitä perusterveydenhuollossa. Määrällinen tutkimus.	Sosiaalikognitiivinen lähestymistapa; tavoitteiden asettelu, itsesätely, seuranta. Yhteisölähtöinen 8 kk ryhmäinterventio, 352 osallistujaa. Kokoontumiset 5x 2 viikon välein, yksi 6 kk kuluttua. Terveyskeskuksesta riippuen terveydenhoitaja, fysioterapeutti ja ravitsemusterapeutti, kunnallisiin liikuntapalveluihin ohjaus.	Vaatimaton tulos painonhallinnassa, -0.8 kg. Ruokavaliomuutokset positiivisia, liikuntamuutokset vaatimattomia. Esiin nousi tarve moniammatillisen, systemaattisen painonhallintaprosessin kehittämiseksi.
McQuigg ym. 2005 Counterweight programme Iso-Britannia	Mallin siirtäminen perusterveydenhuoltoon ja sen vaikutus osallistujien painonhallintaan.	Kutsuttuja 3200. Yksilöohjauksen vaihtoehtona ryhmäohjaus, joka sisälsi kuusi 60 min tapaamista joka toinen viikko 3 kk:n ajan, vuorovaikutteisuus ja aktiivinen oppiminen lähestymistapoina.	Mallin käyttöönottoprosentti perusterveydenhuollossa 76 %. Koko projektin tuloksissa yli 12 kk osallistuneista 35 %:lla painonlasku 5 % tai sen yli.
Saaristo ym. 2010 FIN-D2D Suomi	T2D:n interventiomallin toteuttaminen perusterveydenhuollossa	Muutosvaihemalli. Ryhmä- ja yksilöohjaus valinnaisina ruokavali- ja liikuntatottumusten muuttamiseksi korkean diabetesriskin omaaville. Ryhmäohjauksen toteuttamismuodot vaihtelivat. 2798 osallistujaa.	Painonlasku 1 vuodessa noin 1 kg. Vähäininkin painonlasku alensi diabetesriskiä. Yli 5 % painoa laskeneilla 3.5 interventiokäyntiä /vuosi, kun ksm. 2.9 käyntiä/vuosi. Vähäininkin käyntimäärä tehoas painon alentamiseen.
Sathish ym. 2013. Kerala diabetes program, Intia	Satunnaistettu, kontrolloitu ryhmäohjauksen vaikutuksia koskeva tutkimus korkean riskin henkilöille.	11 vertaisohjaajan ja 2 asiantuntijan ryhmäohjausta. Osallistujia 34, 30-60 v. Tavoitteiden asettelu ja niiden arviointi. Suunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja ylläpitämisen vertaistuki. Omaseuranan työkirja. Seuranta-aika 24 kk.	Mittareina T2D:n ilmaantuvuus, biokemialliset muuttujat ja elintapamuutokset. Tuloksia ei vielä saatavilla.
Vojta ym. 2013 YMCAn DPP-projekti, Yhdysvallat	Prediabetes-potilaille tarkoitettua ryhmäohjauksen vaikutusten arviointi.	1723 osallistujaa, 16 ryhmäohjausta, kesto 12 kk. tavoitteiden laadinta, kuukausittainen seuranta, ohjaajana elämäntapavalmentaja.	Painonlasku ksm. 5%.
Wadden ym. 2011 Yhdysvallat	Satunnaistettu tutkimus. Yksilöohjauksen ja yhdistetyn yksilö- ja ryhmäohjauksen vertailu.	390 osallistujaa, kesto 2 vuotta. Yksilöohjaus 3 kk välein, johon yhdistetty kuukausittain tapahtuva elintapoihin kohdistuva ryhmäohjaus. Ravintokorvikkeiden käyttö sekä orlistat ja sibutramiinihoito.	Ryhmäohjaus, joka sisälsi ravintokorvikkeita tai lääkehoidon, oli tehokkain. Ohjauksen vaikutus jäi, vaikka sibutramiinin vaikutus poissuljettiin.

(jatkuu)

Liite 1 (jatkuu)

Tekijät ja ehkäisyohjelma	Tutkimuksen tarkoitus	Ryhmäohjauksen lähestymistapa, rakenne ja ohjaustekniikat	Tulokset
Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009 Suomi	Laadullinen tutkimus. Laihdutusryhmissä muodostuvat ruokavalioon ja syömiskäyttäytymiseen liittyvät käsitykset ja käytännöt.	17 viikoittaista ryhmäkäyntiä. Syömiskäyttäytymisen hallinnasta ja syömisestä toimintamalleista keskustelu.	Vertaistuki ilmeni muutosyrityksistä keskusteluna ja toimintamallien jakamisena. Aiempia tietorakenteita tukeva tieto hyväksyttiin helpoiten.
Yates ym. 2012 Walking away from type 2 diabetes Iso-Britannia	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus: ryhmäohjauksen vaikutus korkean riskin omaavien liikuntamuutoksiin ja tyypin 2 diabeteksen ilmaantumiseen.	Kesto 36 kk. Aloituksessa kolmen tunnin ryhmäohjaus, puolivuositteiset puhelinohjaukset ja kolme vuosittaista ryhmäohjausta. Ryhmän koko 6-10 henkilöä, kaksi valmennettua ohjaajaa. Ohjauksessa painotus liikunnassa. Askeliin liittyvä tavoitteen asettelu, lyhyen aikavälin tavoitteet, suunnitelman laatiminen. Askelmittari seurannan perusta. Liikuntamäärän asteittainen nosto.	Interventio 2010-2014. Mittareina liikunnan lisääntyminen, tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus, antropometriset ja biokemialliset muuttujat sekä elämänlaatu. Tuloksia ei vielä saatavilla.

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

- 1. Ikä**
- Alle 45 v. (0 p.)
 45–54 v. (2 p.)
 55–64 v. (3 p.)
 Yli 64 v. (4 p.)
- 2. Painoindeksi**
 (Laske oma painoindeksisi. Laskuohje seuraavalla sivulla)
- Alle 25 kg/m² (0 p.)
 25–30 kg/m² (1 p.)
 Yli 30 kg/m² (3 p.)
- 3. Vyötärönympärys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)**
- | MIEHET | NAISET | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Alle 94 cm | <input type="checkbox"/> Alle 80 cm | (0 p.) |
| <input type="checkbox"/> 94–102 cm | <input type="checkbox"/> 80–88 cm | (3 p.) |
| <input type="checkbox"/> Yli 102 cm | <input type="checkbox"/> Yli 88 cm | (4 p.) |
- 
- 4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?**
- Kyllä (0 p.)
 Ei (2 p.)
- 5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**
- Päivittäin (0 p.)
 Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)
- 6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?**
- En (0 p.)
 Kyllä (2 p.)
- 7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**
- Ei (0 p.)
 Kyllä (5 p.)
- 8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**
- Ei (0 p.)
 Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)
 Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)
- Riskipisteitä yhteensä**
- Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on
- alle 7 Pieni:** arviolta yksi sadasta sairastuu
7–11 Jonkin verran lisääntynyt: arviolta yksi 25:stä sairastuu
12–14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu
15–20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu
yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu

LIITE 3 Muutosvalmiuden arviointi- ja muutosaluelomake.

Asiakkaan oma arvio muutoksensa vaiheesta

En halua muuttaa mitään	Harkitsen muutosta	Päätän muuttaa tapojani Kokeilen uusia tapoja	Olen muuttanut elämäntapojani pysyvästi
-------------------------	--------------------	--	---

Muutosjana

Dehkon 2D-hanke

Mistä muutos on helpointa aloittaa?

Arvioi mahdollisuuksia muuttaa toimintaasi asteikolla 0 - 10:

	En ole lainkaan kiinnostunut/ ei ole tarvetta	Olen erittäin kiinnostunut
1. Painonhallinta	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
2. Ruokailu	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
3. Liikunta	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
4. Tupakointi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	
5. Alkoholi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10	

Dehkon 2D -hanke 2004

LIITE 4 Pieni päätös päivässä – painonhallinnan ryhmäohjauksen sisältö ryhmässä 1.

Kokoontuminen	Sisältö
1.	<p>Esittäytymiskierros Säännöistä sopiminen Kokoontumisajankohdista sopiminen Metabolinen oireyhtymä Diabetes Riskipistelomakkeen täyttäminen puuttuvilta osallistujilta Toiveita kurssin sisällöksi osallistujilta Elämänikäinen liikkuminen - harjoitus Minä ja liikunta-tehtävä joko tunnilla tai kotona tehtäväksi Miten valmis on panostamaan painonhallintaan? - janatehtävä Aamu Afrikassa -liikuntatuokio Vatsalihasliikkeet ja venytys kotitehtäväksi</p>
2.	<p>Kuulumiskierros Lukutehtävän (ravitsemusta koskeva) antaminen kotiin Riskipistelomakkeiden kokoaminen Siirtyminen fysioterapian tiloihin, jossa punnitukset, mittaukset ja kuntotestit.</p>
3.	<p>Kävelytestin ajankohdan suunnittelu Elämäniloa -rentoutusharjoitus Edellisen kerran kuntotestien tulosten tarkastelu Kuulumiskierros Askelmittarin käyttö Liikunnan vaikutukset elimistöön Materiaalin jakamista: Ateriaehdotuksia, Hallitse painosi Elintapojen muutosten kartoitus- ja seurantalomake tarkasteltavaksi sekä lomake eri painotusalueista (ateriarytmi, rasvan määrä, repsahdus jne) mietittäväksi Punnitukset ja mittaukset Kuntokorttien jako</p>
4.	<p>Kävelytestin ajankohdasta sopiminen Rinkihieronta alkurentoutuksena Liikunnan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset Energian kulutus eri liikuntalajeissa Materiaalin jako: kuntokalenteri, liikuntapiirakka Kuntokalenterin liikuntaohjeita Kunnan liikuntatoimen ohjelman jako Kuitu-, suola- ja rasvatestilomakkeiden jako, ohjaus netin käyttöön testien yhteydessä Muutoksen kartoitus- ja seurantalomakkeen sekä omien tavoitteiden kokoaminen Punnitukset ja mittaukset Pallojumppa yhden osallistujan kanssa</p>

(jatkuu)

Liite 4 (jatkuu)

Kokoontuminen	Sisältö
5.	<p>Kuminauhajumppa Kysymys testien tekemisestä Kuulumiskierros, samalla kommentteja tehdystä kävelytestistä Perusaineenvaihdunta, energiankulutus, ravintoaineet ja energiamäärä, monisteita Liikuntapiirakka uudelleen esille keskustelussa Muutokseen liittyviä iskulauseita Ruoka-ainepyramidi</p>
6.	<p>Kuulumiskierros Materiaalin jako rasvoista Suola Suola- ja kuitutesti Seuraavan kerran liikunnan suunnittelua Punnitus, mittaukset Muistutus laboratoriokokeista Kuntopiiri fysioterapian tiloissa</p>
7.	<p>Syksyn kokoontumisajankohdasta sopiminen (viimeinen kerta) Pienten päätösten periaate Syksyn laboratoriokokeista sopiminen Kehotus lukea annettua materiaalia Liikunnan peruuntuminen, ohjaaja estynyt Kuulumiskierros (vain kaksi osallistujaa ehtii kertoa) Punnitukset ja mittaukset Kuntotestit uusitaan</p>
8.	<p>Osallistujien riskipisteiden tarkastelua Kuulumiskierros vuoden aikana tehdyistä ruokavaliomuutoksista Vältä napostelua, älä syömistä Kuulumiskierros liikuntatottumusten muutoksista Kehotus täyttää liikuntakalenteria, arkiliikunta Askelmittarin käyttö Painon ja veriarvojen tarkastelua ryhmätasolla Punnitukset ja mittaukset</p>

LIITE 5 Pieni päätös päivässä – painonhallinnan ryhmäohjauksen sisältö ryhmässä 2.

Kokoontuminen	Sisältö
1.	Yleiset järjestelyt Osallistujien esittelyt pareittain; henkilön tausta, miksi tullut ja odotukset ryhmästä Tuoteselosteiden keruutehtävä kotitehtäväksi Kursin ohjelman esittely Motivaatiojanan muodostaminen osallistujista Minä ja liikunta -tehtävä kotiläksyksi Ihanteellisen aamupalan tai lounaan kirjoittaminen ja välittäminen sähköpostitse opiskelijalle - kotitehtäväksi Nettiosoitteiden antaminen osallistujille tiedonhankintaa varten
2.	Metabolinen oireyhtymä ja 2 tyypin diabetes Nopeat hiilihydraatit Minä ja liikunta -kotitehtävän läpikäyminen pienryhmissä Omien painopistealueiden valinta, tehtävät kootaan Kotitehtävän antaminen: Henkilökohtaiset tavoitteet seuraavaksi 2 kuukaudeksi ja mitä se käytännössä tarkoittaa Riskipistelomakkeen täyttäminen tunnilla, kootaan Ruokapäiväkirjatehtävä 2 seuraavaksi viikoksi tai koko kurssin ajaksi Kuntokalenterin ja kuntokortin jakaminen osallistujille
3.	Ohjeistus mittauksiin Tiedotus terveystilasta Edellisen ja tämän kerran materiaalin jako Omien tavoitteiden pohdinta uudelleen kotiläksyksi Ruokapäiväkirja- ja tuoteselostetehtävästä muistuttaminen Perustietoa ravitsemuksesta: ravintoaineet ja energiantarve Vapaaehtoinen lukutehtävä rasvoista Sauvakävely
4.	Punnitukset Ilmoitus, että tuoteselostetehtävä tulee seuraavalla kerralla Ilmoitus, että ruokapäiväkirjoja katsotaan seuraavalla kerralla Restonomiopiskelijan ilmoitus lounaiden arvioinneista ja tiedustelu sähköpostiosoitteita Riskipistelomakkeiden palautus ja ohjaus diabetes- tai dehko -hoitajalle Ravintorasvat Omat tavoitteet – kotitehtävän läpikäyminen pienryhmissä Liikuntatuokio; ryhti (palikkatorni), alaraajat, venyttely, oikea hengitystapa
5.	Ravintorasvat jatkuvat Suola Tuoteseloste-kotitehtävän purku pienryhmissä; suolan, rasvan, hiilihydraattien, kuidun ja energian määrä Liikuntatuokio; ylävartalon ja -raajojen kevytjumppa ja venyttely Kirjalliset venyttelyohjeet osallistujille Seuraavan viikon liikuntatuokion (jättipallot) aiheesta sopiminen

(jatkuu)

Liite 5 (jatkuu)

Kokoontuminen	Sisältö
6.	Materiaalin jakoa: kevyitä ruokaohjeita, verenpainelehtinen, diabeetikon ruokavalinnat, erilaisista suoloista moniste Opiskelija jakaa lasketut energiamäärät osallistujien antamille ateriavaihtoehtoille paperilla /sähköisesti Ruoka-ainepyramidi, lautasmallit ja erilaiset vaihtoehdot Oman energiantarpeen laskeminen Pienryhmät: Mitä voisi tehdä toisin omassa ruokavaliossa?
7.	Uimahalliin menon suunnittelua Muutosvaiheet liikuntaan sovellettuna Erilaiset liikuntalajit Terveys, toiminta- ja suorituskky Sairastumisriski ja liikunta Energiankulutus ja eri liikuntamuodot Painoluokka ja perusaineenvaihdunnan energiamäärä Kotitehtävän antaminen: Liikuntani valttikortit, liikunnan lisääminen ja seuraaminen kahden viikon ajalle
8.	Loppukevään aikataulu 18.4. punnitus, 25.4. kuntosali ja uimahalli Materiaalin jakoa: lautasmallit Pienryhmä: liikunnan työ- ja kotikortti, liikuntasuunnitelma Ryhmätyön purku koko ryhmässä Liikunnan esteet Syömisen hallinnan itsearviointi tunnilla yksin tai pienryhmässä tai kotiläksyksi Palkitseminen (osallistujien esille tuoma aihe) Seuraavan kerran aihe: repsahdus
9.	Loppukevään aikataulu Punnitus, vyötärönympäryksen mittaus Rentoutuminen, hengitys, pieni rentoutusharjoitus istuen Kotitehtävä: Mitä muutoksia on tehnyt ruokavaliossa? Aihe ensin pienryhmissä, sitten yhteisesti läpi Ruokapäiväkirjojen katsominen sovitaan seuraavalle kerralle, opiskelija katsoo ennen kuva-suunnistusta Motivaatiojanaan muodostaminen osallistujista Tavoitejanaan muodostaminen ensi syksyille ryhmäläisistä Repsahduskalenterin jako ja käytön ohjeistus Palautteen pyytäminen kurssista kotiläksyksi

LIITE 6 Alkuperäisilmauksista johdetut ohjausnäkökulmia koskevat tulkintaesimerkit, ryhmä 1.

Ohjausnäkökulma ja kokoontuminen	Alkuperäinen ilmaus	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
Tiedonsiirto, 1. kokoontuminen	"ne toimet, mitä me tehdään terveytemme hyväksi, niin ne voi vähentää sitä riskiä..." "... perimän lisäksi myös nää meidän elämäntavat, että miten me tätä elämää arjessa toteutetaan."	Tieto riskistä ja mahdollisuudesta vaikuttaa sen alenemiseen motivoi muutokseen.	Osallistujat näkevät elintapa-muutoksen hyödyt ja tekevät muutospäätöksen. Muutoksen vastuuttaminen osallistujalle.	Riskiä koskevalla tiedolla motiivointi. Osallistujan vastuun korostaminen riskin alentamisessa. Houkutteleva ja suostutteleva ohjausstrategia.
Tiedonsiirto, 1. kokoontuminen	" Aivan ja siks toisekseen kyllä se muukin porukka tottuu."	Ympäristön sosiaaliset tekijät voivat tukea yksilön muutosta. Yksilö voi vapautua ympäristön mielipiteistä.	Osallistuja pitää muutospäätöksensä ja pyrkii muuttamaan ympäristöä muutokselle suotuisaksi.	Ohjaus pitämään oma muutos-päätös ja muuttamaan sosiaalista ympäristöä oman muutoksen tukemiseksi.
Tiedonsiirto, 1. kokoontuminen	"Tuo on varmaan hyvä konsti. Aika askeettiseksi elämän tietysti menee, jos kaikki kieltää iteltään,...ei varmaan onnistu heti kerralla."	Vertaismallin käyttö ja vaihtoehtoinen käyttäytyminen edistävät muutosta. Tavoitteiden on oltava realistiset ja suunnitelman joustava.	Osallistuja kokeilee eri keinoja vaihtoehtoiseen käyttäytymiseen ja välttää ehdotonta kieltämistä.	Toisen osallistujan neuvon vahvistaminen vaihtoehtoiseen käyttäytymiseen. Ehdottomuuksien välttämiseen ohjaus.
Tiedonsiirto, 3. kokoontuminen	"Oletko tehnyt tietoisien päätöksen, että et syö...?"	Tietoisuus muutoksesta edistää vastuun ottamista ja toteuttamista.	Osallistuja tekee muutospäätöksen ja tulee tietoiseksi muutoksestaan.	Osallistujan tietoisuuden lisääminen muutoksesta.
Tiedonsiirto, 3. kokoontuminen	"Nyt me lähdemme katsomaan... mihin ne teidän tulokset viittaa...missä kohdalla te olette eli noi kuntoluokat."	Kuntotestitulokset motivoivat muutokseen. Ryhmässä yhteisöllisyys ja vertaismallit edistävät muutosta.	Osallistujat tietävät suoritus-tasonsa ja käyttävät sitä tavoitteiden ja muutossuunnitelman laatimiseen.	Testitulosten läpikäyminen ryhmässä tavoitteiden ja oma-seurannan perustaksi. Arviointiin ohjaaminen.
Toiminnallinen, 3. kokoontuminen	"Ootteko jatkanut niitä vatsalihasliikkeitä? Yrittäkää löytää semmoinen tapa tehdä se, että sen voi tehdä?"	Kysymys toimii muistutuksena. Pienten liikuntamuutosten tekeminen edistää muutosta.	Osallistujat löytävät oikean suoritustavan ja jatkavat harjoitusta kotona.	Kysymys harjoituksen jatkamisesta, muistutus oikeasta tekniikasta. Kehotus jatkaa harjoitusta.
Toiminnallinen, 3. kokoontuminen	"Niin kun huomasiitte, niin rentoutuminen on yks hirmu tärkeä osa myöskin sitä liikuntaa."	Rentoutus on osa liikuntaa ja rentoutuksen kokemus edistää sen käyttöä.	Osallistujat siirtävät rentoutuksen omiin liikuntatottumuksiinsa.	Rentoutumisharjoituksen ja sen vaikutuksien seurantaan ohjaus.

(jatkuu)

Liite 6 (jatkuu)

Ohjausnäkökulma ja kokoontuminen	Alkuperäinen ilmaus	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
Toiminnallinen, 4. kokoontuminen	"Harjoittelemaan? Kyllä, kyllä! Sä lähet harjoittelemaan sitä ihan sillä, että sillä yhdellä sukella lykkäät itseäs vähän eteenpäin ja vedät toista suksea ihan suorana ensin. Harjoittelemla."	Osallistujia tulee tukea liikunnan aloittamiseen yksilöllisesti. Osallistuja ottaa vastuuta harjoittelusta. Liikuntaa voidaan aloittaa uudelleen sairauksista huolimatta, harjoittelun kautta.	Osallistuja harjoittelee ensin hiihdossa tasapainoa tasamaalla ennen kuin aloittaa hiihdon murtomaalla. Osallistujan itseluottamus kasvaa.	Yksilöllinen tasapainoharjoittelun ohjaus, joka toimii valmennuksena hiihdon aloittamiseen. Vastaus osallistujan kysymyseen.
Toiminnallinen, 6. kokoontuminen	"Sullahan oli se askelmittari sillon, sillon tota, muutaman päivän lainassa. Mitäs se näytti sulle?"	Kertasuorituksen mittaaminen antaa tietoa ja motivoi asettamaan tavoitteita. Omaseuranta edistää muutosta.	Osallistuja oppii seuraamaan liikunnan määrää ja motivoituu askelmittarin käyttöön.	Kiinnostus osallistujan askelmittarin käytön kokeiluun. Käytön tarkistaminen.
Kehityksellinen, 2. kokoontuminen	"Antoiko tää sulle mitään uutta tietoa sun omasta käyttäytymisestä? Itsellehän nää tehään nää päiväkirjat, et saatas sitä tietoa... voi hyödyntää ja miettiä sitä, missä tilanteissa tulee syötyä."	Päiväkirja antaa monipuolista palautetietoa muutoksessa hyödynnettäväksi. Ympäristötekijöiden tunnistaminen tärkeää käyttäytymisen muutoksessa.	Osallistuja oppii käyttämään ruokapäiväkirjaa muutostarpeiden havaitsemiseen, tavoitteiden ja suunnitelman laatimiseen ja toteutuksen seurantaan.	Ruokapäiväkirjan käytön merkityksen tarkistaminen osallistujalta. Käytön tarkoituksen kertaaminen. Omaseurantaan ohjaaminen.
Kehityksellinen, 2. kokoontuminen	"Mitä se painonhallinta on omalla kohdalla ja mikä on laihdutuskuuri? ...tietoa erilaisista kuureista ja myös tästä hiilihydraattiasiasta."	Tieto muuttaa osallistujien käsityksiä ja periaatteita. Painonhallinnan periaatteet perustuvat tieteelliseen tietoon.	Osallistujat erottavat laihdutuskuurin ja painonhallinnan periaatteet ja saavat tietoa hiilihydraattien merkityksestä ruokavaliossa.	Ohjaus painonhallintaa ohjaavien periaatteiden ja kiistanalaisien ruokavalioiden pohtimiseen.
Kehityksellinen, 5. kokoontuminen	"Osahan teistä kävi siellä kävelytestissä, niin sanokaa muutama kommentti myös siitä... minkälainen kuva teille jäi itselle, ja olitteko tyytyväisiä tulokseen?"	Testitulokset antavat palautetietoa ja vaikuttavat käsitykseen omasta fyysisestä kunnosta. Testitulokset motivoivat uusien tavoitteiden laatimiseen.	Osallistuja tulee tietoiseksi omasta suoritustasostaan, tarkistaa tavoitteita tulosten perusteella.	Ohjaus oman suoritustason seurantaan ja arviointiin. Muutostarpeiden havaitsemiseen ohjaus kuntotestien avulla.

(jatkuu)

Liite 6 (jatkuu)

Ohjausnäkökulma ja kokoontuminen	Alkuperäinen ilmaus	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
Kehityksellinen, 5. kokoontuminen	"No miten sä pääsit, palasit ruotuun, ettei jääny päälle ne tavat?"	Toimivat keinot vahvistuvat niitä kerratessa. Kertaus toimii vertaismallina toisille osallistujille.	Osallistuja kertaa käyttämänsä keinot, jolloin ne vahvistuvat. Keinoja jaetaan ryhmässä.	Keinojen kertaus ja vahvistaminen kysymyksen avulla.
Kehityksellinen, 8. kokoontuminen	"Sun kannattas alottaa sitte sitä kasvisrasvajuustoo, että saisit niitä pehmeitä rasvoja. Sulla ei muutu se kovien ja pehmeitten rasvojen osuus mikskään jos, jos siinä ruokavaliossa ei tapahu muutosta."	Yksilökohtaisella neuvonnalla voidaan muuttaa tietorakenteita ja edistää tiedon soveltamista.	Muuttaa osallistujan ravintorasvoihin liittyviä tietorakenteita ja periaatteita, joita noudattamalla veren kolesteroli saadaan alenemaan.	Ohjaus soveltaa erilaisiin ravintorasvoihin liittyvää tietoa ruokavalioon. Rasvoja ja kolesterolin muodostumista koskevien periaatteiden kertaaminen.
Huolenpidollinen, 6. kokoontuminen	"... mut näinhän se on, että joillakin asioilla on tilaa sen hetkessä elämäntilanteessa ja toisilla asioilla ei."	Muutossuunnitelma sopeutetaan osallistujan voimavaroihin.	Osallistuja mukauttaa toimintasuunnitelman voimavarojensa mukaisesti.	Myötätunnon osoittaminen. Ohjaus tavoitteiden tarkistamiseen.
Huolenpidollinen, 6. kokoontuminen	"Ettei oo tullu sulle semmoseks rasiukseks tai niinku painolastiks niinku?"	Muutossuunnitelma sopeutetaan osallistujan voimavaroihin.	Osallistuja toimii voimavarojensa mukaisesti.	Osallistujan voimavarojen tarkistaminen.
Huolenpidollinen, 6. kokoontuminen	"Sää siitä näköjään hyvin selviät, jollekin toiselle se voi olla niinku vaikea paikka huomata, että tuli neljä kiloo lisää, ni no ei tätä, tätä kannata sitte jatkaa-kaan."	Taantumavaiheesta takaisin toimintavaiheeseen palaamisen ta annetaan positiivista palautetta.	Osallistuja jatkaa muutostoimintaansa taantumasta palaamisen jälkeen. Itseluottamus muutoksen toteuttamiseen säilyy.	Arvostuksen osoittaminen osallistujalle. Osallistujan voimavarojen varmistaminen.
Huolenpidollinen, 8. kokoontuminen	"Viidentoista minuutin lenkille ei edes tarvii kaveria mukaan."	Lyhyet harjoitukset toteutuvat ilman harjoitusseuraa.	Osallistuja aloittaa lyhytkestoista liikuntaa itsenäisesti.	Ohjaus itsenäisiin harjoituksiin ilman harjoitusseuraa.

LIITE 7 Alkuperäisilmauksista johdetut ohjausnäkökulmia koskevat tulkintaesimerkit, ryhmä 2.

Ohjausnäkökulma ja kokoontuminen	Alkuperäinen ilmaus	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
Tiedonsiirto, 1. kokoontuminen	"Ruokapäiväkirja. .. mitä sinne kannattaa kirjata; aika, paikka, mitä söin, annoksen koko, miksi ja kenen kanssa, miltä tuntui. ..pitää sitä vaikka pari viikkoo...vaikka koko kurssin ajan ja siitä eteenpäin."	Ruokapäiväkirja tuo esiin muutostarpeita ja antaa myöhemmin osallistujalle palautetietoa muutoksen toteuttamisesta.	Osallistuja tunnistaa päiväkirjan avulla muutostarpeitaan ja laatii sen perusteella osatavoitteita.	Ohjaus ruokapäiväkirjan käyttöön ja suositus sen kokeiluun tai jatkuvaan käyttöön.
Tiedonsiirto, 2. kokoontuminen	"Kaksi tärkeintä asiaa... mihin sä oot ite valmis panostamaan... mistä sä ehkä haluat enemmän sitä tietoa lisää. Helppo hahmottaa tätä asiaa, on niin kun se kokonaiskenttä..."	Muutosvalmius on edellytys muutoksen aloittamiselle. Muutosalueiden priorisointi motivaation mukaan edistää muutosta.	Osallistujat hahmottavat painonhallinnan laajana elintapojen kokonaisuutena, mutta aloittavat sen maltillisesti.	Ohjaus ensisijaisten muutosalueiden valintaan muutosalueomakkeen avulla.
Tiedonsiirto, 4. kokoontuminen	"Käyvään lyhyesti vähän öljyä tänään ja sitten katotaan vähän niitä, mitä te siellä kotona syötte."	Ruoka-aineiden ravintosisältöjä koskeva tieto ohjaa osallistujien valintoja.	Osallistujat soveltavat ravintorasvoja koskevaa tietoa muutoksessaan.	Ravintorasvoja koskevan luento ja opetuskeskustelu.
Tiedonsiirto, 4. kokoontuminen	"...tuoremehua, että jos juot vaikka ison lasin päivässä, no, se on jo sata kaloria heti siinä... pistää puolet sitä ja puolet vettä."	Energiapitoisuuksien soveltaminen kokonaisvaltaisesti ruokavaliomuutoksiin on olennaista.	Osallistujat soveltavat energiamääriä koskevaa tietoa ruokavaliiossaan jatkuvasti.	Tiedonsiirto energiapitoisuuksista, keinojen yhdistäminen tietoon.
Tiedonsiirto, 8. kokoontuminen	"... keskenänne, katotaan sitten kohta yhteisesti, eli mitä siellä kotiympäristössä ...voi tehdä toisin tai sit ... työympäristössä."	Liikuntatavoitteiden tarkistaminen eri ympäristöissä edistää muutosta. Yhteisöllisyys ja vertaismalli aktivoivat osallistujia.	Osallistujat jakavat pienryhmissä kokemuksiaan, löytävät vaihtoehtoja ja laativat uusia tavoitteita liikuntaan.	Liikunnan lisääminen - kotitehtävän purku pienryhmissä. Tavoitteiden tarkistamiseen ohjaaminen..
Toiminnallinen, 3. kokoontuminen	"... sauvojen kanssa... katotaan vielä, et jos siinä on semmosia ongelmakohtia, et mihinkä voijaan sit puuttua... että pääsette sitten paremmin liikkeelle."	Oikea sauvakävelytekniikka on tärkeä suorituksen kannalta.	Osallistujat oppivat oikean sauvakävelytekniikan. Yhteinen harjoitus aktivoi osallistujia.	Sauvakävelytekniikan ohjaus. Osallistujien tekniikkaan liittyvien ongelmien käsittely.

(jatkuu)

Liite 7 (jatkuu)

Ohjausnäkökulma ja kokoontuminen	Alkuperäinen ilmaus	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
Toiminnallinen, 4. kokoontuminen	Jos ei käy jumpalla tai muuta, harrasta liikuntaa... aktiivisesti... tämmönen liike jää iän myötä pois...kokeilla vähän, että missä ne omat rajat menee."	Oikean suoritustavan oppiminen ja perustelut edistävät muutosta.	Osallistujat tuntevat liikku- mattomuuden riskit, saavat kokemuksen oikeista liikera- doista ja motivoituvat liikku- maan.	Ylävartalon ja -raajojen li- hasharjoitus ja venyttely. Lii- kunnallisten haasteiden an- taminen.
Toiminnallinen, 8. kokoontuminen	"... mitä muutoksia tapahtuu siinä omassa elämässä, huomaako mitään?" Vapaa-ajan kortti ... voi vähän pohtia siihen, että mitä tykkää tehdä. Sit taas siinä se seuranta."	Liikunnan vaikutuksien seuraaminen on osa muu- toksen toteuttamista. Lii- kunnan merkityksellisyys edistää sen lisäämistä muutoksessa.	Osallistujat seuraavat ja ha- vainnoivat liikunnan vaiku- tuksia itsessään, valitsevat itselle sopivia liikuntalajeja ja pohtivat liikunnan merkityk- sellisyyttä.	Ohjaus mieleisen liikuntalajin valintaan ja liikunnan merki- tyksellisyuden yhdistäminen siihen. Ohjaus liikunnan vai- kutusten seuraamiseen.
Kehityksellinen, 4. kokoontuminen	"Miten pitäis syödä ja näin eli miettii sitä omaa syömistä eli vaikka ihan aamupalasta lähtien, että mitä siinä vois tehdä toisin, mitä vois vaihtaa johonkin muuhun...tai koko sitä päivän rytmiä miettimään."	Muutos on kokonaisval- tainen prosessi. Onnistu- minen edellyttää laajaa tapojen uudelleen arvioin- tia.	Osallistujat pohtivat syömis- tottumuksiaan kokonaisuute- na, päivärytmiin liittyen.	Ohjaus arvioida syömiseen liittyviä muutostarpeita koko- naisvaltaisesti. Haastavat ky- symykset.
Kehityksellinen, 7. kokoontuminen	"...Mikä on sitten saanu lähtemään sieltä liikkeelle?"	Oman muutosvaiheen tunnistaminen lisää tietoi- suutta muutoksesta ja sen prosesseista.	Osallistujat tietävät muutok- sen eri vaiheet ja oman muu- tosvaiheensa.	Ohjaus arvioimaan omaa muu- tosvaiheen tunnistamista.
Kehityksellinen, 9. kokoontuminen	"Joo, näistä äkkiä saa sitä miettimisen aihetta, tosiaan semmonen napostelu, vaikka mielestään ottaa vähän."	Ärsykkeiden hallinta on keskeistä tapojen muutta- misessa.	Osallistuja pohtii ärsykekont- rollia ja syömiskäyttäytymis- tään.	Ohjaus ärsykkeiden havain- nointiin ja oman syömistä hallinnan pohtimiseen.
Kehityksellinen, 9. kokoontuminen	"...jokainen saa sanoo tota omia mielipiteitään ja asioitaan...että tulee siellä niitä omia ideoita, mitä voi tehdä."	Kokemusten jakaminen ja vertaismalli pienryhmässä edistävät muutosta.	Osallistujat jakavat löytämi- ään keinoja ja kokemuksiaan pienryhmässä.	Ohjaus itsearviointiin, jossa tiedon soveltaminen, keinot ja toimivat esimerkit jaetaan.

(jatkuu)

Liite 7 (jatkuu)

Ohjausnäkökulma ja kokoontuminen	Alkuperäinen ilmaus	Ohjaajan uskomukset	Ohjaajan tarkoitukset	Ohjaajan toiminta
Huolenpito 2. kokoontuminen	"Sepä se, se on se mielialasyöminen, se on se kaikista niin kun."	Myötätunto ja huolten jakaminen tukee osallistujan itsetuntoa.	Osoittaa ongelman ymmärtäminen osallistujalle.	Kuuntelu, huolen jakaminen, myötätunto.
Huolenpito 2. kokoontuminen	"...liian tiukan linjan ottaa, niin tulee kahta kauheemmin niitä repsahduksia... pitää niin kun jotain salliakin."	Yksilön voimavarat ja tavoitteet tulee olla tasapainossa.	Osallistujan aiempiin tottumuksiin palaamisen estäminen.	Kehotus ehdottomuuksien välttämiseen ja realistisiin tavoitteisiin suunnitelmassa.
Huolenpito 2. kokoontuminen	"Jos teillä on perhe, niin kannattais opettaa säännölliset ruokailuajat kaikille, niin, ettei joku koko ajan käy jääkaapilla. Vähän kurinalaisuutta kaikille."	Tukevat ihmissuhteet ja muun perheen elintavat edistävät muutosta.	Osallistujat muuttavat läheistensä toimintaa omaa muutostaan tukevaksi.	Kehotus muuttaa läheisten käyttäytymistä osallistujan muutosta tukevaksi.
Huolenpito 9. kokoontuminen	"Tosiaan opettelemalla, vähän kerrallaan ja pien askel kerrallaan. Mikään ei tapahdu silleen niin kun lennossa."	Muutosprosessi vaatii aikaa, kärsivällisyyttä ja uusien toimintojen opettelu.	Osallistujat antavat itselle aikaa opetella uusia käytäntöjä arjessa.	Myötätunnon osoittaminen, kannustus.
Huolenpito 9. kokoontuminen	"Tuleeks miesväellä mitään, miten vois itteensä palkita?"	Palkitseminen kannustaa ylläpitämään muutosta.	Osallistujat palkitsevat itseään saavutuksistaan.	Palkitsemistapojen kysyminen.

LIITE 8 Osallistujien puheenvuorojen sisältöjen alkuperäisilmauksista johdetut tulkin-
taesimerkit, ryhmä 1.

Alkuperäisilmaus	Puheenvuoron sisältö
"... pääsenkö silloin keskiviikkona." "Mulle käy paremmin se..." "Saisko ennen joulua?"	Aikataulu, läsnäolo, materiaali
"Jos se on eri puntari, niin se ei näytä samaa kun..." "Siellä on ne kolesterolit ja minä en kaikkia ees..." "Saisinko mä tehdä sen, kun mä olin viime kerralla..."	Tutkimukset ja testit
"Joo, kyllä, joo." "Aina kun on muistettu."	Vastaus kysymykseen.
"... joo, yhenkö päivän?" "No mikä siihen sitten vaikuttaa, että onko se tasapainoeli- missä vai missä se on?"	Aiheeseen liittyvä kysymys
"Eikös se ole hyvä, että ärsyttääkin joku." "Toiset, kun on vaikeeta, ei pysty syömään ollenkaan."	Aiheeseen liittyvä kommentti
"No mä varmaan vähän katoin tarkempaan." "...on parempi systeemi syyvä vaikka kahen tunnin välein jotakin pientä." "Mä oon vuosien varrella nähny, et se suurenee ja suurenee se annos." "Säännöllisyys tähän syömiseen... et mä syön... tekee just sen, että se kostahtuu." "...selkeästi jäänyt sellainen hirvee suklaan himo..."	Oman kokemuksen esiin tuo- minen
"Mä olin pettynyt, kun en pystynyt vastustamaan." "Mä olen liikkunut melkein joka päivä." "kun ...tarjos, niin totta kai minä sen söin." "Ensimmäinen kerran niin kun tosissani." "... tunnesyöjä niin kun minussa edelleen asuu."	Oman onnistumisen arviointi
"Ei oo ollu voimavaroja." "Jos mä en liiku, mä masennun ja ... syön herkkuja." "mitä saa syödä ja mitä ei. Tää on niin vaikeeta." "Entäs jos sitten on niitä takapakkeja?"	Ongelman esiin tuominen
"Se aina suututtaa siellä pukukopissa, jos löytää..." "Sama mulla..." "...kun sanoit, että olit isokuntoinen, mä oon myös." "ostaa, kun saa halvemmalla ja syö ... kaikki."	Huolen jakaminen
"Vähärasvasta pitäis." "Se pitää annoksia pienentää."	Ratkaisuehdotus
"Oot sä käyny kokeilemassa? Se on aivan ihanaa! Siinähan tulee kato tää, tosi tehokas." " tiistaina neljästä viiteen, varmaan passaa tulla."	Toisen kannustus
"Siellä on kuitenkin niitä soutuaitteita ja vemputtimia, ihan hyviä vehkeitä." "ihan kätevä... vuoden kortin... tulee käytyä." "Siinä saa käydä milloin vaan."	Tiedon antaminen
"Mä olin... lihaviin ja laiskojen kuntoilutapahtumassa." "Jos on hyvä mieli, syötättää, jos on paha mieli, syötättää ihan samalla lailla."	Huumorin käyttö
"Toiset, kun on vaikeeta, niin ei pysty syömään."	Muu

LIITE 9 Osallistujien puheenvuorojen sisältöjen alkuperäisilmauksista johdetut tulkin-
taesimerkit, ryhmä 2.

Alkuperäisilmaus	Puheenvuoron sisältö
"Ostetaanko ne liput ite vai, vai minkälainen?" "Ens viikolla?" "Et katottas pikkasen niitä päiviä, että onko ne..."	Aikataulu, läsnäolo, materiaali
"Hyvinhän nuo meni, no sitten puntariin."	Tutkimukset ja testit
"Totta kai." "Kyllä." "Kaikkia näitä on tullut tehty."	Vastaus kysymykseen.
"Eiks hiivaleipäjauhojakin voi ihan hyvin kans käyttää pul- laan?" "Hei, mikset sä voi ottaa sitten leipää sen sijaan?" "Eiks meidän välietappi ollu se, että piti saaha 5% pois?"	Aiheeseen liittyvä kysymys
"Eipä juuri." "Siinä saattaa olla tasanteita näin, et sen pitkään siin samassa ja sit se taas menee." "Eikä sekään oo tarpeen kyllä." (karkkipäivä)	Aiheeseen liittyvä kommentti
"...kahvia, niin hapankorpun kanssa, vähän Beceliä päälle ja pikkusen sitä Polaria ja tomaattia, niin kyllä minusta se on hyvä, ei siihen pullaa tartte." "Mulla on ainakin yks sellanen vakiopiirakka, johon tulee kaiken maailman marjat...siinä ei niin hirveesti oo."	Oman kokemuksen esiin tuo- minen
"Niin se on mulla ainakin, että on liian isoja annoksia, ihan terveellistä on kyllä." "... mä kaikki oon muuttanu...kevyempää ruokaa." "Olen saanut erittäin suurta tukea siipalta." "Ruokailuajat säännölliseksi, salaattipitoista lisää."	Oman onnistumisen arviointi
"Sopeuttaa siihen kulutukseen...mutta se on vaikeeta." "... niin paljon vaihtoehtoja, sehän on yks syy. Kun vaihtaa ruokaa, niin jaksaa syödä paljon enemmän." "Ruuan mainostaminen pitäis kieltää kokonaan."	Ongelman esiin tuominen
"Tää on sitä opettelua, täytyy vaan uskoa siihen."	Huolen jakaminen
"En syö enää ahkyksi itseäni." "Mut pullaa voi tehdä myös niin, että tekee kokojyvistä." "Ota karkkipäivä, semmonen." "Jos ennen on ollu tunnin liikuntaa, niin nyt otatte kaks, niin alkaa rasva palaa."	Ratkaisuehdotus
"Tonne ...siellä ei ole pakokaasuja, siellä on ihana kävellä." "Eikä tartte mennä lujaa, vaan tärkeintä on se, et on se liike."	Toisen kannustus
"Nythän on vielä se kaurajuoma...siitä sais vielä kuitua ja terveellistä kolesterolin sieppaamiseen." "Myynnissä on sellasta kaurakuitua, mitä voi lisätä."	Tiedon antaminen
"Mikä on tullu 20 vuodessa niin ei kahessa viikossa lähde." "Minä olisin miinus sata varmaan, jos tota, jos ois kaikki py- syny siellä, mitä mä oon laihuttanu."	Huumorin käyttö
"Mä en kuule, mitä sä puhut."	Muu

LIITE 10 Tavoitteiden laatimista koskevien ohjauspuheenvuorojen sisällönanalyysi, ryhmä 1.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"...eri kohdat, mihin ehkä kannattaisi kiinnittää huomiota. On painoindeksi, ateriarytmi, rasvan määrä, ne menee alaspäin, sit siellä on sarake muutostarve, voi itelleen miettiä, että onko siihen tarvetta."	Elintapojen eri alueiden vertaaminen lomakkeen avulla oman muutostarpeen havaitsemiseksi.	Muutosaluelomakkeen käyttö muutostarpeiden tunnistamisessa.	Muutostarpeen tunnistamiseen ohjaus
"Siellä on tämmönen elintapojen muutosten kartoitus ja seurantalomake. Tässä on koottu niitä asioita, että mitkä olis ne pääasiat näissä elintavoissa, mitä vois tarkastella." ... niin tää vois olla semmonen työkalu, voisitte ihan itte miettiä, et mitä tää nyt on, onko tästä teille hyötyä."	Muutosaluelomakkeen käyttö omien elintapojen tarkastelussa. Kehotus sen hyödyn arviointiin.	Muutosaluelomakkeen käyttö muutosalueen valinnassa.	Muutostarpeen tunnistamiseen ohjaus.
"Jos on, on tarvetta, niin minkälainen se oma muutosvalmius sillon on, onko valmis tässä vaiheessa panostamaan asiaan vai ehkä joskus myöhemmin, harkitsee tai on jopa valmis, on jopa kokeillut."	Kehotus pohtia muutosvaihetta sen tarvetta osoittavalla alueella sekä aiempia muutosyrityksiä.	Muutosvaiheen tunnistamiseen ohjaus eri elintapojen alueilla.	Muutosvalmiuden arviointiin ohjaus
"... tässä oli ne olennaisimmat asiat, mihin ehkä kannattas sitten paneutua ja miettiä, mikä omalla kohdalla vois olla se tärkein"	Kehotus valita olennaisista muutosalueista itselle tärkein.	Tärkeimmän muutosalueen valinta.	Muutosvalmiuden arviointiin ohjaus
"...sitten vois miettiä, että onko valmis muutokseen ja minkälaiset tavoitteet vois asettaa."	Kehotus pohtia muutosvalmiutta ennen tavoitteen asettamista. Tavoitteiden laadun pohtiminen.	Muutosvalmius edellytys tavoitteiden asettamiselle. Tavoitteiden laatu.	Muutosvalmiuden arviointiin ohjaus. Tavoitteiden laatiminen.
"... ja omat tavoitteet, mitkä ne vois olla ja missä vaiheessa sitten ollaan siinä asiassa. Välttämättä ei joka asiaan oo mitään tarvetta laittaa tavoitetta, mutta voi laittaa."	Yksilöllisten tavoitteiden laadinta kotitehtäväksi.	Yksilöllisyys Laadinta kotitehtäväksi Kannustaminen	Tavoitteiden laatiminen
"Niin näistä niin kun ottaa yhden tai, tai sitten, ei se oo ihan pakko siihen laittaa, mut voi joskus helpottaa sitä. Siihen laittaa semmosen konkreettisen." "...voi ihan kirjoittaa nyt semmosen konkreettisen tavoitteen."	Kehotus valita esimerkkitalvoitteista itselle sopiva, konkreettinen tavoite.	Konkreettisuus Valitut muutosalueet pohjana Kirjalliset tavoitteet Varovaisuus	Tavoitteiden laatiminen

(jatkuu)

Liite 10 (jatkuu)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"... varmaan koko ryhmänkin tavoitteita aika lailla ne sun tavoitteet, että niin kun niitä omia tavoitteita, mutta ryhmänäkin voidaan laatia jonkunlaisia tavoitteita."	Yksilöllisesti laaditut tavoitteet ovat keskeisiä, yhteiset tavoitteet eivät poissuljettuja.	Itsenäisyys laatimisessa. Yksilöllisyys	Tavoitteiden laatiminen.
"Ootteks te täyttäneet niitä lomakkeita... voisin oikeestaan kerätä niitä ja ... niitä vähän tutkailla ja katsella, jos teille käy."	Kysymys tavoitelomakkeiden täyttämistä ja kokoamisesta.	Laadittujen tavoitteiden tarkastelu.	Tavoitteiden laatiminen
"vaikka rasvan määrää, pitäskö vähentää vai eikö tarvii, onko suolan määrä, pitäskö sitä vähentää vai ei."	Osatavoitteisiin ja tavoitteiden konkreettisuuteen viittäminen.	Osatavoitteet Konkreettisuus	Tavoitteiden laatu
"Niin, me haluttiin tohon otsikkoon se elämäntapa, et se osittain kuvaa myös sitä, että mihin pyritään." "se ensisijainen tavoite ei kuitenkaan ehkä oo se kilojen laskeminen vaan että opittas niitä itselle sopivia normaaleja käytäntöjä, joita sitten voi noudattaa ihan lopun elämän."	Viittaus pieniin ja pysyvien elintapoihin pyrkimiseen. Painon pudotuksen sijaan pysyvien käytäntöjen oppiminen. Viittaus normaalin arjen käytäntöihin.	Normaaliin arkeen sopivat tavoitteet. Pysyvyys Tottumukset kohteena. Realistisuus	Tavoitteiden laatu
"Et ei oo niin, että nyt kuurin pidän tässä vaiheessa vaan ja sitten taas tottumukset palaa, niin kun teillä monellakin tuntu olevan kokemusta siitä, että painoa vois pudottaa, se aika helposti käy."	Muistuttaminen aiemmista painon pudotuskokemuksista ja tottumusten takaisin paluusta.	Kriittisyys aiempien muutosyritysten tavoitteisiin. Pysyvyys	Tavoitteiden laatu

LIITE 11 Tavoitteiden laatimista koskevien ohjauspuheenvuorojen sisällönanalyysi, ryhmä 2.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>"...yksi osa-alue kerrallaan...sitä liikuntapuolta, onko siinä varaa, varaa muuttaa tapojaan tai lisätä tai näin päin pois."</p> <p>"Eli jos...mua kiinnostaa tuo liikunta, pistetään siihen ykkönen, se on mun ykköstarve, olen valmis siihen panostaan ja sitten vaikka kakkonen tuo syöminen, mut et sitten tosiaan nää muutkin...jaksaminen, painonpudotus... ruokatietyös, syöminen hallinta."</p> <p>"Kaks tärkeintä numeroidaan sinne ykkönen, kakkonen oli se sit vaikka liikunta ja ruoka ja mihin haluut tärkeimmin panostaa."</p> <p>"Painonpudotus, se oli aika monelle, ruokatietyös, syöminen hallinta, siihen ne melkein kallistu."</p>	<p>Muutosalueet muutostarpeen tunnistamisessa.</p> <p>Muutosalueiden valinta oman kiinnostuksen mukaan.</p> <p>Valintaan ohjaaminen esimerkkien avulla.</p> <p>Päätös kahdesta tärkeimmästä muutosalueesta.</p> <p>Ryhmän muutosalueiden koonti.</p>	<p>Muutostarpeen tunnistaminen</p> <p>Muutosalue-lomakkeen käyttö muutosalueen valinnassa.</p> <p>Muutosalueen valintaa koskevaan päätöksentekoon ohjaaminen.</p> <p>Ryhmän valintojen tarkistaminen.</p>	<p>Muutostarpeen tunnistamisen ohjaus</p>
<p>"mieti sitä...kuinka valmis olen panostamaan painonhallintaan!"</p> <p>"Omia tavoitteita, mitä sä ite haluat ja tietysti vähän sekin, että mihin sä oot ite valmis panostaan."</p> <p>"... Siellä oli lähes joka lapussa, että pitäis saaha, siellä oli aika huikeitakin kilomääriä."</p> <p>"...lähtee vähän semmosella realistisemmalla liikkeelle."</p>	<p>Valmius painonhallintaan.</p> <p>Oman valmiuden arviointi eri muutosalueilla.</p> <p>Liian suuret tulosodotukset.</p> <p>Kehotus realistisiin tulosodotuksiin.</p>	<p>Muutosvalmiuden arviointi</p> <p>Muutosalueet</p> <p>Tulosodotukset ja valmius</p> <p>Realistiset tulosodotukset</p>	<p>Muutosvalmiuden arviointiin ohjaus</p>
<p>"Pieniä päätöksiä tavoitteiksi, että millä lähtee liikkeelle... et jos mä haluun kaksyötä kiloo pois äkkiä, se on se väärä tavoite... pienillä liikkeelle"</p> <p>"pieniä välitavoitteita ja sit kohti sitä suurempaa päämäärää"</p> <p>"Omien tavoitteiden pohdinta."</p> <p>"Kaksi tärkeintä asiaa, tavoitetta numerorjestykseen eli...mihin te oisitte ... halukkaita panostamaan."</p>	<p>Pienillä tavoitteilla aloittaminen</p> <p>Esimerkki väärästä tavoitteesta.</p> <p>Välitavoitteilla päätavoitteeseen.</p> <p>Henkilökohtaisista tavoitteista päättäminen.</p>	<p>Osatavoitteet</p> <p>Väärästä tavoitteista varoittaminen</p> <p>Realistisuus</p> <p>Väli- ja päätavoite</p> <p>Päätös tavoitteista</p> <p>Yksilöllisyys</p> <p>Varovainen aloitus</p>	<p>Tavoitteiden valinta ja laatu</p>
<p>"Ei se tietysti huono oo, jos se kaksyötä on jossain siellä ... mutta...vähän kerrallaan liikkeelle ja sitä mukaa lisätään."</p> <p>"Elikkä henkilökohtaiset tavoitteet seuraavaksi kahdeksi kuukaudeksi ja muutama kohta sieltä, mitä käytännössä mikäkin tarkoittaa."</p>	<p>Varovaiset tavoitteet alussa, lisääminen jatkossa.</p> <p>Henkilökohtaiset lyhyen aikavälin konkreettiset tavoitteet.</p>	<p>Varovainen aloitus</p> <p>Päätös tavoitteista</p> <p>Konkreettisuus</p> <p>Vapaamuotoisuus</p>	<p>Tavoitteiden valinta ja laatu</p>

(jatkuu)

Liite 11 (jatkuu)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"...ei nyt mitään kauheeta aikarajaa, takarajaa laita siihen." "meijän perusteemaa Pieni päätös päivässä...20 kiloa ... jos meillä on vuosi aikaa, niin se on ihan mahdollista, mutta kannattasko ennen miettiä... että se viis kiloo."	Varoitus liian suurista lyhyen aikavälin tavoitteista. Osatavoitteiden suosittelu.	Pitkän aikavälin tavoitteet Lyhyen aikavälin tavoitteet Osatavoitteet	Tavoitteiden valinta ja laatu
"Elikkä vähän niitä käytännön konsteja sitten... mitä vois ite miettiä." "... jatketaan siitä, niistä tavoitteista ja käytännön hommista." "Jos teillä on yhteisiä tavoitteita syömisen hallinnan kohalta, vertailette niitä... ja sit jos on hyviä vinkkejä sen käytännön toteuttamisen kannalta." "Teillä on nyt pari viikkoo aikaa sulatella siellä tätä omaa juttua."	Tavoitteiden liittäminen keinoihin ja käytäntöön. Syömisen hallintaan liittyvien tavoitteiden vertailu. Toteuttamiseen liittyvien keinojen jakaminen pienryhmässä. Laadinta kotitehtäväksi.	Toimintasuunnitelman laatiminen Tavoitteiden vertailu. Vertaiskokemuksen käyttö suunnitelman laatimisessa. Onnistumisten kokemusten ja ratkaisumallien jakaminen.	Tavoitteiden liittyminen toimintasuunnitelmaan.
"...et mistä sä ehkä haluat enemmän sitä tietoa lisää?" "Nyt teillä ei vielä välttämättä, osalla on tietoa ja niin kun tuossa käytiin läpi, on sitä ravitsemustietoa ja on tietoa liikunnasta ja muusta, mut että mitä se vois sitten oikeesti olla ja mitä mä pystysin niin kun tekemään? Me käyvään niitä läpi vielä tarkemmin... ja pitkästi ja sillan ehkä avartuu se oma juttu, mutta että mikä tässä vaiheessa tuntuu."	Tiedolliset tarpeet muutoksen toteuttamisessa. Tiedon liittyminen tavoitteisiin ja toimintasuunnitelman laatimiseen. Ohjauksessa tiedollinen tuki. Tiedon lisääntymisen myötä tavoitteet tarkentuvat.	Osallistujan tiedon tarve. Tieto edellytys tavoitteiden laatimiselle. Tieto edellytys suunnitelman laatimiselle. Tiedon lisääntyessä tavoitteiden tarkistaminen. Itsenäisyys laatimisessa.	Tiedon käyttö tavoitteiden laatimisessa
"Pieniä asioita, miten on jo muuttanut omaa ruokavalio ja miten ehkä se kaveri pystys muuttaa sitä ruokavalio ja tota, onko sit keksinyt jonkun semmosen konstin, että ei nyt enää paakkaan kaikkee sinne suuhun, mitä sieltä kaapista löytyy, vaan että millä tavalla on sitten korvannut? ... että jos jollakulla on joku oikeen hyvä vinkki sieltä vielä kaverin kanssa jakaa."	Onnistuneiden käytäntöjen ja keinojen jakaminen pienryhmässä. Korvaavien toimintojen löytäminen ja jakaminen.	Pienryhmätyöskentely tarkistamisessa Vertaistuen käyttö Vertaismalli pienryhmässä Tavoitteiden yhdistäminen keinoihin.	Tavoitteiden tarkistaminen