

## **HYVÄÄ ELÄMÄÄ JA TIETOISTA PAINONHALLINTAA**

**Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan  
painonhallintaohjelman toimivuus ja hyväksyttävyys**

**Siniriikka Ventelä  
Pro Gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Toukokuu 2017**

# JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

VENTELÄ, SINIRIIKKA: Hyvää elämää ja tietoista painonhallintaa – Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvan painonhallintaohjelman toimivuus ja hyväksyttävyyys  
Pro Gradu -tutkielma, 56 s., 4 liites.

Ohjaajat: Raimo Lappalainen, Essi Sairanen

Psykologia

Toukokuu 2016

---

*Tausta:* Ylipainon hoidossa käytetään useimmiten kognitiiviseen rajoittamiseen pohjautuvia menetelmiä, joilla kuitenkin saavutetaan vain harvoin pysyviä tuloksia. On havaittu, että painonhallinnan onnistumista voivat selittää syömiskäyttäytymisen taustalla olevat psykologiset tekijät, kuten psykologinen joustavuus, jota hyväksymis- ja omistautumisterapiassa pyritään lisäämään. Alustavat tutkimukset ovat antaneet kannustavia tuloksia hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja elintapaohjausta yhdistävien interventioiden toimivuudesta ainakin keskipitkän välin painonhallinnassa.

*Tavoitteet:* Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja elintapaohjausta yhdistävän lyhytinterventio vaikutusta painoon, syömiskäyttäytymistekijöihin ja painonhallinnan taustalla oleviin psykologisiin prosesseihin ylipainoisilla naisilla. Mallin uutuuden takia tutkimuksen tavoitteena oli myös selvittää tutkittavien kokemuksia ohjelmasta jatkokehittämistä varten.

*Aineisto ja menetelmät:* Tutkimukseen osallistui 12 ylipainoista naista, joille järjestettiin 6 viikkoa ja 5 ryhmätapaamiskertaa kattanut hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja elintapaohjausta yhdistänyt painonhallintainterventio. Syömiskäyttäytymistekijöitä mitattiin BES- ja IES-2 -kyselyiden ja painonhallinnan taustalla olevia psykologisia tekijöitä AAQ-W, SCS-SF, WSSQ, DASS- ja MHC-SF -mittareiden avulla. Lisäksi tutkittavat punnittiin. Mittauspisteitä oli kolme: tutkimuksen alussa, lopussa ja viiden kuukauden seurannassa. Tutkittavien kokemuksia selvitettiin puolistrukturoitujen haastattelujen avulla tutkimuksen lopussa ja seurannassa.

*Tulokset:* Interventio havaittiin lisäävän erittäin paljon painoon liittyvää psykologista joustavuutta, kohtalaisen paljon itsemyötätuntoa ja vähän psykologista hyvinvointia. Interventio vähensi paljon ahmimiskäyttäytymistä, kohtalaisesti painoon liittyvää stigmaa ja hieman psykologista pahoinvointia. Interventio ei laskenut painoa, mutta pysäytti painonnousun. Tutkittavien kokemukset interventiosta olivat myönteisiä ja sitoutuneisuus ryhmään hyvä. Keskeinen kehitysehdotus koski intervention pituutta: ohjelman koettiin olevan liian lyhyt asioiden syvälliseen käsittelyyn ja isojen elintapamuutosten tekemiseksi.

*Johtopäätökset:* Jo lyhyellä hyväksymis- ja omistautumisterapiainterventiolla voidaan vaikuttaa merkittävästi syömiskäyttäytymiseen ja painonhallinnan taustalla oleviin psykologisiin prosesseihin. Psykologisia menetelmiä olisi tärkeä sisällyttää painonhallintainterventioihin etenkin henkilöillä, joilla esiintyy painoon vaikuttavia psykologisia haasteita, kuten psykologista joustamattomuutta, ahmimistaipumusta tai painoon liittyvää stigmaa.

*Avainsanat:* psykologinen painonhallinta, hyväksymis- ja omistautumisterapia, painonhallintaohjelma, lyhytinterventio, ryhmäinterventio

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ  
Department of Psychology

VENTELÄ, SINIRIIKKA: Good life and conscious weight-management – the functionality and acceptability of an acceptance and commitment therapy based weight-management program

Master's thesis, 56 p., 4 annex p.

Supervisors: Raimo Lappalainen, Essi Sairanen

Psychology

May 2016

---

*Background:* Obesity is generally treated with cognitive restrictions which rarely produce permanent results. It has been observed that weight management can be explained by psychological factors such as psychological flexibility, which acceptance and commitment therapy attempts to increase. Preliminary studies have shown encouraging results in interventions that combine acceptance and commitment therapy with behavior treatment, at least in medium term weight management.

*Aim:* Research aimed to explore the effects of short term intervention using acceptance and commitment therapy with behavior treatment on weight, eating behavior factors and psychological processes behind weight management in overweight women. Due to novelty of the model, research also aimed to explore how subjects experienced the program for the program to be developed further.

*Material and methods:* Experiment included 12 overweight women who participated in a weight management intervention spanning over six weeks and five group meetings. The intervention combined acceptance and commitment therapy with behavior treatment. Eating behavior factors were measured with BES and IES-2 questionnaires while psychological factors were measured with AAQ-W, SCS-SF, WSSQ, DASS and MHC-SF indicators. Additionally, the subjects were weighed. There were three measuring points: beginning of the study, end of the study and five-month follow-up. Experiences of the subjects were measured with semi-structured interviews both after the study and in the follow-up.

*Results:* Intervention largely increased weight related psychological flexibility, moderately increased self-compassion and slightly increased psychological well-being. Intervention largely decreased binge eating behavior, moderately decreased weight-related stigma and slightly decreased psychological distress. Intervention did not decrease weight but halted weight gain. The subjects experienced the intervention in a positive way and commitment to the group was good. Main suggestion to improve the format related to the length of the intervention: the program was felt to be too short to deeply process the subject matter and create large changes in lifestyle.

*Conclusions:* A short acceptance and commitment therapy intervention can have significant effects on eating behavior and the psychological processes behind weight management. Psychological methods would be important to include into weight management interventions, especially with people who have psychological challenges relating to weight, for example psychological inflexibility, binge eating tendency or stigma relating to weight.

*Keywords:* psychological weight management, acceptance and commitment therapy, weight management program, short intervention, group intervention

# SISÄLTÖ

JOHDANTO .....	5
Lihavuuden elintapahoito ja sen vaikuttavuus .....	6
Psykologiset menetelmät lihavuuden hoidossa .....	7
Hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteet ja yhteys lihavuuteen .....	8
Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvien interventioiden käyttö painonhallinnassa .....	10
Yhteenvedo .....	14
Tutkimuksen tavoite, tutkimuskysymykset ja -hypoteesit .....	15
TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	16
Tutkimuksen kulku .....	16
Rekrytointi .....	16
Tutkittavat .....	17
Painonhallintaohjelma .....	18
Menetelmät ja muuttujat .....	20
Aineiston analysointi .....	23
TULOKSET .....	24
Tutkittavien osallistumisaktiivisuus .....	24
Painonhallintaohjelman vaikutus painoon .....	24
Painonhallintaohjelman vaikutus syömiskäyttäytymiseen ja painonhallinnan taustalla oleviin psykologisiin tekijöihin .....	25
Painonhallintaohjelman vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin .....	31
Tutkittavien kokemukset painonhallintaohjelmasta .....	35
Miten tuloksia voitaisiin parantaa pitkällä aikavälillä – tutkittavien kokemuksia seurannasta .....	41
POHDINTA .....	43
LÄHTEET .....	51
LIITTEET .....	57
Liite 1. Loppuhaastattelun kysymysrunko .....	57
Liite 2. Seurantahaastattelun kysymysrunko .....	58
Liite 3. Rekrytointi-ilmoitus .....	59
Liite 4. Tutkimuksen vuokaavio .....	60

## JOHDANTO

Painonhallinta on vaikeaa nykyisessä ympäristössä, jossa energiatiheää ruokaa on jatkuvasti saatavilla (Brownell, 2002). Koska ihmiset ovat evoluution tuloksena taipuvaisia epäaktiivisuuteen ja mieltyneitä makeaan ja rasvaiseen ruokaan, kokee yhä useampi haasteita painonhallinnassa (Pietiläinen, Mustajoki & Borg, 2015). Suomalaisesta aikuisväestöstä ylipainoisia (BMI yli 25 kg/m<sup>2</sup>) ja lihavia (BMI yli 30 kg/m<sup>2</sup>) on jo noin 60 % (Männistö, Laatikainen & Vartiainen, 2012). Ylipainoisuus on siis nykypäivänä normaalimpaa kuin normaalipainoisuus.

Ylipainon yleisyydestä huolimatta yhteiskunnassamme ihannoidaan hoikkuutta, kun taas lihavuutta stigmatisoidaan (Puhl & Heuer, 2009). Painoon liittyvä stigmatisointi on seurausta lihavuuteen liitetyistä kielteisistä stereotyyppioista, ja se näkyy ennakkoluuloina ja syrjimisenä. Lihavuuden stigmatisoinnin on havaittu vaikuttavan myös painonhallintaan. Eräässä tutkimuksesta 79% tutkimukseen osallistuneista ylipainoisista ja lihavista naisista raportoi reagoivansa painostigmaan syömällä enemmän (Puhl & Brownell, 2006). Toisessa tutkimuksessa painoon liittyvän stigman havaittiin olevan yhdessä liikunnan välttelyyn (Vartanian & Shaprow, 2008).

Painoa korostava ilmapiiri on johtanut siihen, että laihduttamisesta on tullut miljardibisnestä (Johnston ym., 2014). Laihdutusyritykset johtavat kuitenkin vain harvoin pysyviin tuloksiin, mistä osaltaan kertoo lihavien määrän kaksinkertaistuminen 1980-luvulta 2010-luvulle (Heldán & Helakorpi, 2014). Tutkimusten mukaan vain noin 20-30% onnistuu ylläpitämään vähintään 10% painonpudotustuloksen neljä vuotta laihduttamisen jälkeen (Christiansen, Bruun, Madsen & Richelsen, 2007; Wing & Hill, 2001). Pienillä pysyvillä elämäntapamuutoksilla voitaisiin kuitenkin vaikuttaa merkittävästi riskiin sairastua moniin somaattisiin sairauksiin, sillä jo 5-10% painonpudotuksella on merkittävää vaikutusta elämäntapoihin liittyvien sairauksien ehkäisyssä (Tuomilehto ym., 2001).

Ylipainoisuus on suomalaisessa aikuisväestössä yleisempää miehillä kuin naisilla (Männistö, Laatikainen, & Vartiainen, 2012). Naisilla esiintyy kuitenkin enemmän tyytymättömyyttä painoonsa ja vartaloonsa, pyrkimystä laihduttaa, syömisen rajoittamista ja tunnesyömistä kuin miehillä (Barry, Grilo & Masheb, 2002; Tanofsky ym., 1997). Painotyytymättömyyden on havaittu olevan yhteydessä jojo-tyyppiseen laihduttamiseen, joka lisää entisestään riskiä altistua lihavuuteen liittyville terveysongelmille (Blake ym., 2013). Naiset hakevatkin tyyppillisemmin apua painonhallintaan erilaisista laihdutuskuureista (Blake ym. 2013),

jotka tuottavat vain harvoin pysyviä tuloksia (Loveman ym., 2011, MacLean ym., 2015, Anderson ym., 2001). Toimivien painonhallintamenetelmien kehittäminen tälle kohderyhmälle onkin tarpeen.

## **Lihavuuden elintapahoito ja sen vaikuttavuus**

Perinteiset painonhallintaohjelmat lähestyvät painonpudotusta tavalla, jossa ruokavaliossa ja/tai liikuntatottumuksissa pyritään tekemään muutoksia kognitiivisen ja käyttäytymisen rajoittamisen kautta eli esimerkiksi rajoittamalla syömistä, ruoan saatavuutta, ruoan ajattelua tai mielihaluja (Franz ym., 2007). Elintapaohjaus, joka käsittää ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta, määritellään myös lihavuuden ensisikaiseksi hoitomuodoksi aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksessa (2013). Elintapahoidon tavoitteena on saavuttaa elintapamuutosten avulla vähintään 5%:n pysyvä painonmuutos niin, että laihdutustahti on 0,5-1 kg viikossa.

Ruokavalioon vaikuttaminen on keskeisin lihavuuden hoitokeino (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2013). Hoidon tavoitteena on saada ylipainoinen asiakas tekemään ruokavaliossaan sellaisia terveyttä edistäviä muutoksia, joiden avulla energiansaanti vähenee ja paino laskee, mutta ruokavalion ravintosisältö ei kärsi. Tavat päästä tavoitteeseen vaihtelevat yksilöllisesti. Keskeisiä ruokavaliossa huomioitavia tekijöitä tulisi kuitenkin olla ainakin rasvansaannin kohtuullisuus sekä proteiinin- ja kuidun saannin riittävyys. Ruokavaliohoitoon tulisi sisällyttää ruokavalion säännöllisyys ja annoskoon kohtuullistaminen. Lisäksi ruokavalion energiatiheyttä tulisi pienentää lisäämällä ruokavalioon vähäenergisiä ruoka-aineita, kuten kasviksia, marjoja ja hedelmiä ja karsimalla ”tyhjiä kaloreita” esimerkiksi tyydyttyneistä rasvoista, sokerista, valkoisista viljavalmisteista ja alkoholista. Ruokavalion suositeltu ravintoainekoostumus vastaa myös painonpudotuksen aikana valtakunnallisia ravitsemussuosituksia (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2013; Fogelholm ym., 2014).

Elintapahoidot tuottavat keskimäärin 8% painonpudotustuloksen intervention aikana (MacLean ym., 2015). Osallistujien paino kuitenkin tyypillisesti nousee intervention päättymisen jälkeen (Loveman ym., 2011). Keskimääräinen painonnousu elintapaintervention jälkeen on 1-2 kg vuodessa (MacLean ym., 2015). Onkin havaittu, että vain alle kolmasosa onnistuu ylläpitämään vähintään 10% painonpudotustuloksen neljä vuotta laihduttamisen jälkeen (Christiansen ym., 2007; Wing & Hill, 2001), joskin myös heikompiä tuloksia on raportoitu. Andersonin ja kollegoiden meta-analyysissä (2001) elintapaohjaukseen perustuviin interventioihin osallistuvista henkilöistä vain 17% onnistui pitämään osan pudotetusta painosta poissa, ja keskimääräinen painonlasku oli

2,1% viiden vuoden seurannassa. Yhteenvedona voidaankin sanoa, että syömisen rajoittaminen ja käyttäytymisen kontrolli toimivat yleensä painonpudotuskeinona lyhyellä aikavälillä (Franz ym., 2007; Foster, Makris & Bailer, 2005). Pelkästään kognitiivisella rajoittamisella aikaansaatu painonpudotustulos on kuitenkin yleensä vaikeaa ylläpitää pitkäkestoisesti (Westenhoefer, 2001; Lillis & Kendra, 2014).

## **Psykologiset menetelmät lihavuuden hoidossa**

Tyypillisen painonhallintaohjauksen ovat kyseenalaistaneet tutkimustulokset, joiden mukaan syömiskäyttäytymis- ja psykologiset tekijät selittävät painonhallinnan onnistumista varsinaisen ruokavalion koostumuksen tai laadun sijaan (Karhunen ym., 2012). On esitetty, että onnistuneen painonhallintaohjelman tulisi huomioida taustalla olevat psykologiset prosessit (Elfhag & Rössner, 2005; Sairanen, 2015).

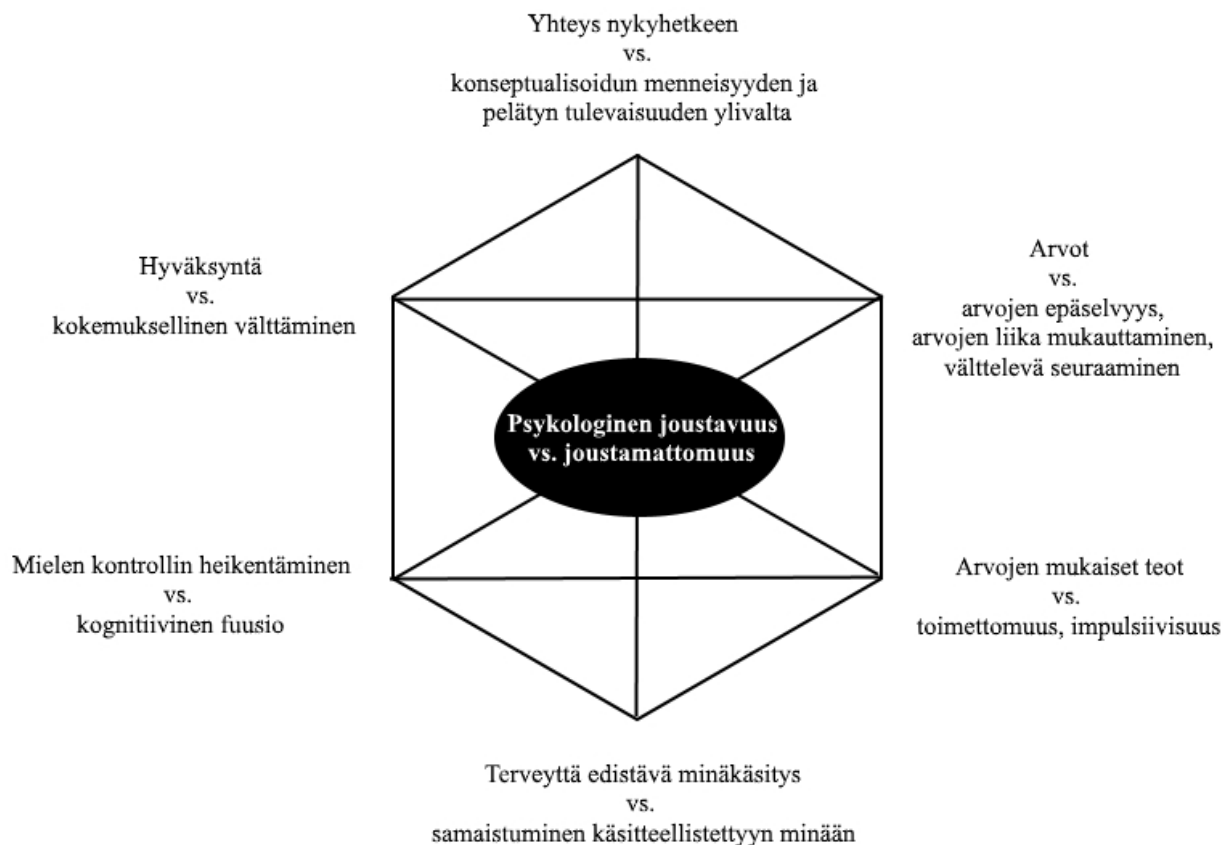
Keskeistä onnistuneessa painonhallinnassa näyttäisi olevan se, miten joustavaa syömiseen liittyvä rajoittaminen on (Sairanen, Lappalainen, Lapveteläinen, Tolvanen, & Karhunen, 2014; Westenhöfer, 2001). Joustavasti rajoittava laihduttaja suhtautuu painonhallintaan pitkäaikaisena prosessina, johon kuuluu myös ajoittaista herkuttelua, kun taas jäykästi painoan hallitsevan laihduttajan painonhallintaa leimaa kuurimaisuus ja mustavalkoajattelu: joko laihdutetaan tiukasti tai ei ollenkaan (Sairanen ym., 2014). Näillä erilaisilla rajoittamistavoilla näyttäisi olevan erilaisia vaikutuksia painonhallinnan kannalta: jäykkä rajoittaminen on yhteydessä korkeampaan painoindeksiin ja heikompiin painonhallintatuloksiin, kun taas joustava rajoittaminen on yhteydessä matalampaan painoindeksiin ja onnistuneeseen pitkän aikavälin painonhallintaan (Meule, Westenhoefer, & Kübler, 2011; Westenhoefer, 2001; Westenhoefer ym., 2013; Teixeira, Silva, Mata, Palmeira, & Markland, 2012; Sairanen ym., 2014). Joustavuuden lisääminen näyttäisikin olevan keskeinen tekijä pitkän aikavälin painonhallinnan kannalta, ja sen tulisi olla osatekijä painonhallintainterventioissa (Byrne, Cooper & Fairburn, 2003; Byrne, Cooper & Fairburn, 2004; Sairanen ym., 2014).

Kyky säädellä syömistä joustavasti turvautumatta jäykkiin sääntöihin voi osoittaa psykologista joustavuutta, jolla tarkoitetaan yksilön kykyä havainnoida nykyhetkeä ja toimia tavoitteiden ja arvojen mukaisesti tilanteen vaatimalla tavalla (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Juuri psykologisen joustavuuden on ajateltu olevan psyykkistä ja fyysistä terveyttä ylläpitävä tekijä (Kashdan & Rottenberg, 2010). Hyväksymis- ja omistautumisterapia on

psykologista joustavuutta lisäävä menetelmä, jonka toimivuudesta sekä psyykkisiin että psykosomaattisiin terveysongelmiin on paljon empiiristä näyttöä (Hayes ym., 2006; Ruiz, 2010; Bluett, Homan, Morrison, Levin, & Twohig, 2014; Hann & McCracken, 2014).

## Hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteet ja yhteys lihavuuteen

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) on suhdekehysmalliin pohjautuva menetelmä, jolla pyritään lisäämään psykologista joustavuutta (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). HOT rakentuu kuuden perusprosessin varaan, jotka ovat arvot, arvotyöskentely, terveyttä edistävä minäkäsitys, mielen kontrollin heikentäminen, hyväksyntä ja yhteys nykyhetkeen (kuva 1). Näistä kahden ensin mainitun katsotaan kuuluvan sitoutumis- ja käytöksenmuutosprosessiin ja neljän jälkimmäisen tietoisuus- ja hyväksyntäprosessiin.



Kuva 1. Hyväksymis- ja omistautumisterapian perusprosessit psykologisen joustavuuden lisäämiseksi sekä psykologisen joustamattomuuden kuhunkin prosessiin kohdistamat ongelmat



Hyväksymis- ja omistautumisterapialla voidaan vaikuttaa laaja-alaisesti psyykkisestä joustamattomuudesta johtuvaan psykopatologiaan, jonka on havaittu olevan lukuisten mielenterveyden ongelmien taustalla (Hayes ym., 2013). Keskeisiä psykologiseen joustamattomuuteen liittyviä ongelmia ovat kognitiivinen fuusio (liika samaistuminen omiin ajatuksiin), kokemuksellinen välttäminen, joustavan yhteyden menettäminen nykyhetkeen, kiintymys käsitteellistettyyn itseen, arvo-ongelmat sekä toimetttömyys, impulsiivisuus ja välttelevä sinnikkyys (Hayes ym., 2006).

Kognitiivisella fuusiolla tarkoitetaan ihmiselle ominaista tapaa pitää ajatuksiaan totena ilman että ajatusprosessiin kiinnitetään huomiota, mikä voi johtaa psykologiseen kärsimykseen (Hayes ym., 2013). Esimerkki kognitiivisesta fuusiosta lihavuudessa on painostigman eli negatiivisten ylipainostereotyyppien sisäistäminen ja tähän liittyvät negatiiviset uskomukset itsestä, millä on havaittu olevan haitallisia vaikutuksia (Ratcliffe & Ellison, 2015; Puhl & Heuer, 2009). Kognitiivinen fuusio näyttäisikin selittävän keskeisesti sitä, miten ylipaino vaikuttaa elämänlaatuun (Ferreira & Trindade, 2015). HOT:ssa pyritään lisäämään ajatusprosessin tietoista havaitsemista ja huomaamaan ero ajatuksen ja todellisuuden välillä, vähentäen näin ajatusten ja tunteiden vaikutusta minäkuvaan (Hayes, 2004). Lisäksi pyritään vähentämään samaistumista käsitteellistettyyn minään tekemällä ero sisäisten kokemusten ja tietoisuuden välille (Hayes ym., 2013) Käsitteellistetyllä minällä tarkoitetaan sitä arvottavaa käsitystä, jonka olemme luoneet itsestämme, kuten painoon ja omaan ulkomuotoon liittyvät negatiiviset ajatukset ja tunteet.

Kokemuksellinen välttämiskäyttäytyminen tarkoittaa pyrkimystä muuttaa ajatusten ja tunteiden muotoa, esiintymistiheyttä tai voimakkuutta vallitsevan olotilan helpottamiseksi (Hayes ym., 2013). Kokemuksellinen välttäminen toimii yleensä lyhyen aikavälin hallintamenetelmänä, mutta aiheuttaa pitkällä aikavälillä ongelmia (Hayes ym., 2004). Erilaisia lihavuuteen liittyviä kokemuksellisen välttämisen muotoja ovat esimerkiksi liikunnan välttely ja ahminta (Vartanian & Shaprow, 2008; Lillis, Hayes, & Levin, 2011). Aiempi tutkimus onkin osoittanut, että kokemuksellinen välttely on yhteydessä painonhallintaongelmiin (Lillis ym., 2009) Ilmiön taustalla on usein häpeä ja sisäistetty painostigma (Lillis, Levin, & Hayes, 2011). HOT:ssa kokemukselliseen välttämiseen pyritään vaikuttamaan lisäämällä hyväksyntää eli avoimen, vastaanottavaisen ja joustavan ajattelutavan liittämistä sisäisiin prosesseihin (Hayes ym., 2013).

Hyväksynnän lisäämiseksi malliin on viime vuosina yhdistetty myös itsemyötätunto (Luoma & Platt, 2015; Neff & Tirsch, 2013). Itsemyötätunnolla tarkoitetaan itseen suunnattua myötätuntoa, johon liittyy ystävällinen suhtautuminen itseen, inhimillisyys itseä kohtaan sekä tietoisuustaidot (Neff & Tirsch, 2013). Itsemyötätuntotyöskentely tarjoaa menetelmän, jolla pyritään vähentämään häpeää ja stigmaa, ja lisäämään näin hyväksyntää (Luoma & Platt, 2015). Vaikka

itsemyötätuntotyöskentely ei kuulu alkuperäiseen HOT-malliin, menetelmä näyttäisi parantavan HOT:n toimivuutta etenkin henkilöillä, joilla itsekriittisyys ja häpeän kokeminen ovat korostuneet.

Eräs psykologisen joustamattomuuden piirre on menettää joustava kontakti nykyhetkeen (Hayes ym., 2013). Tietoisuustaitoharjoittelulla pyritään lisäämään läsnäoloa nykyhetkessä joustavasti ja omia arvoja tukevalla tavalla. Tietoisuustaitoharjoittelun on ylipainoisilla ja lihavilla havaittu pienentävän painoindeksiä, vähentävän masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta ja parantavan syömistottumuksia (Rogers, Ferrari, Mosely, Lang, & Brennan, 2016).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian selkäranka on arvotyöskentelyssä (Hayes ym. 2013). Keskeistä on se, miten muuttaa tai ylläpitää käyttäytymistä arvojen ohjaamalla tavalla. Arvojen määrittely ja arvojen mukaiset teot ovatkin HOT:n päämäärä, minkä saavuttamisen työskentely muiden perusprosessien parissa mahdollistaa. Yleisiä arvo-ongelmia ovat arvojen epäselvyys, arvojen liika mukauttaminen yleisen mielipiteen takia ja välttelevä seuraaminen eli liiallinen negatiivisten tunteiden ohjaamien sääntöjen noudattaminen. Arvojen määrittelyn lisäksi oleellista on toimiminen arvojen mukaisella tavalla (Hayes ym., 2013). HOT-mallissa toimitettomuuteen ja impulsiivisuuteen liittyvään psykopatologiaan pyritään vaikuttamaan muun muassa altistuksen, taitojen opetteluun ja tavoitteiden muodostuksen avulla. HOT-interventioissa määritelläänkin useimmiten pitkän, keskipitkän ja lyhyen aikavälin käyttäytymisenmuutostavoite.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät soveltuvat hyvin ylipainoon vaikuttamiseen. Psykologisen joustavuuden lisäämisen on havaittu liittyvän painonhallintaan edistämällä painonlaskua, vähentämällä painoon liittyvää stigmaa ja parantamalla elämänlaatua (Gifford & Lillis, 2009). Psykologinen joustavuus ja syömisen joustava rajoittaminen näyttävätkin parantavan psyykkistä hyvinvointia sekä edistävän terveellisiä elämäntapoja ja painonpudotusta (Hayes ym. 2006; Ruiz 2010; Byrne, Cooper & Fairburn, 2003, Byrne, Cooper & Fairburn, 2004; Sairanen ym. 2014).

## **Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvien interventioiden käyttö painonhallinnassa**

On ehdotettu, että hyväksymis- ja omistautumisterapiamenetelmien liittäminen olemassa oleviin elintapahoitoihin voisi parantaa näiden toimivuutta (Forman, 2009). Tätä hypoteesia on testattu muutamissa tutkimuksissa (taulukko 1).

Kahdessa tutkimuksessa hyväksymis- ja omistautumisterapiainterventiossa tarjottiin koehenkilöille, jotka olivat osallistuneet erilliseen painonpudotusohjelmaan edellisen kahden vuoden aikana. Tuloksia vertailtiin kummassakin tapauksessa painonpudotusohjelmaan

osallistuneisiin tutkittaviin, joille ei tarjottu interventiota. Tapperin ja kollegoiden (2009) tutkimuksessa koeryhmälle tarjottiin neljä kahden tunnin mittaista ryhmätapaamista, joissa käsiteltiin hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) perusprosesseja. Tutkimuksessa ei havaittu ryhmien välillä tilastollisesti merkittävää muutosta painossa. Interventio sai aikaan kuitenkin muita myönteisiä muutoksia: HOT-ryhmäläisten fyysinen aktiivisuus lisääntyi ja ahmimiskäyttäytyminen väheni kontrolliryhmään verrattuna. Lillisin, Haeysin, Buntingin ja Masudan tutkimuksessa (2009) koeryhmään osallistuneille tarjottiin päivän mittainen, kuuden tunnin työpaja, joka perustui HOT-menetelmiin. Koeryhmäläisten havaittiin 3 kuukauden seurannassa pudottaneen enemmän painoa, kuin kontrolliryhmäläisten. Lisäksi HOT-ryhmäläisillä havaittiin seurannassa vähemmän painoon liittyvää stigmaa ja paremmaksi koettu elämänlaatu kuin kontrolliryhmäläisillä.

Kannustavat tulokset HOT:n käytöstä poikivat tutkimuksia, joissa hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä integroitiin painonhallintaohjelmaan. Ensimmäinen näistä oli Formanin ja kollegoiden tutkimus (2009). Tutkijat testasivat 12-viikon painonhallintaohjelmaa, jossa hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteita yhdistettiin perinteiseen, pääasiassa ravitsemukseen painottuneeseen käyttäytymisinterventioon. Tutkittavat, jotka jatkoivat ryhmässä loppuun saakka, laihtuivat intervention aikana 6,6 %, ja jatkoivat laihtumista niin, että painonpudotustulos oli puolen vuoden seurannassa 9,6 %.

Onnistunut pilottitutkimus johti laajempaan RCT-tutkimukseen, jossa hyväksymispohjaisen elintapaohjauksen (acceptance based behaviour treatment, ABT) toimivuutta verrattiin perinteiseen käyttäytymisinterventioon (standard behavior therapy, SBT) (Forman ym., 2013). Tutkimuksessa havaittiin, että painonpudotus ABT-ryhmässä oli huomattavasti SBT-ryhmää korkeampi kuuden kuukauden seurannassa.

Vastaavia tuloksia on saatu myös Niemeierin ja kollegoiden tutkimuksessa (2012), joka myös yhdisti elintapaohjausta hyväksymis- ja omistautumisterapian toimintatapoihin. Ryhmäkertoja oli kerran viikossa puolen vuoden ajan. Tutkimuksen osallistujat pudottivat keskimäärin 13% painoa, ja painonpudotustulos oli pysynyt kolmen kuukauden seurannassa. Lisäksi ohjelma lisäsi painoon liittyvää psyykkistä joustavuutta.

Lisää tutkimusta aiheesta on tälläkin hetkellä tekeillä: Lillis kollegoineen esittelivät vuonna 2015 julkaistussa artikkelissa aikovansa toteuttaa suuren, 160 tutkittavaa käsittävän tutkimuksen, jossa selvitetään kahden erilaisen 22 istunnon mittaisen painonhallintaohjelman vaikutuksia. Tutkimus käsittää kaksi ryhmää, joista toinen vastaanottaa tavanomaisen, käyttäytymisen muutokseen perustuvan intervention ja toinen HOT-menetelmiä elintapaohjaukseen yhdistävän intervention. Tutkimuksen keskeinen tavoite on selvittää, onko ryhmien välisellä

painonpudotustuloksella eroa 18 kuukauden seurannassa. Valitettavasti tutkimuksen tuloksia ei ehditty saada mukaan tämän tutkielman kirjallisuuskatsaukseen.

Taulukko 1. Saatavilla oleva tutkimustieto hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja elintapaohjausta yhdistävien interventtioiden vaikutuksista painonhallinnassa.

Tutkimus	Tutkittavat	Asetelma	Painonpudotustulos mittauspisteissä	Muita vaikutuksia
Tapper ym., 2009	Naisia: Koeryhmä: n=31, ikä 43,9±13,8, BMI 31,8±5,6  Kontrolliryhmä; n=31, ikä 37,6±12,6, BMI 31,3±6,6	Koeryhmä, jolle 4x2h mittainen HOT-pohjainen interventio  Sekä koe- että kontrolliryhmäläiset osallistuneet väh. 6 kk kestäneeseen painonhallintaohjelmaan viim. 2 v kuluessa	6kk seuranta: HOT-ryhmä -0,31%, Kontrolliryhmä +0,11%	Fyysinen aktiivisuus lisääntyi HOT-ryhmäläisillä, mutta väheni kontrolliryhmäläisillä, ahmimiskäyttäytyminen (BES) väheni HOT-ryhmäläisillä
Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009	Koeryhmä: n=40 (naisia 95%), ikä 49,8±9,8; BMI 33,59±7,61  Kontrolliryhmä: n=44 (naisia 86%), ikä 51,7±12,7, BMI 32,5±6,7	Koeryhmälle 6h mittainen HOT-interventio  Sekä koe- että kontrolliryhmäläiset osallistuneet väh. 6 kk kestäneeseen painonhallintaohjelmaan viim. 2 v kuluessa	3 kk seuranta: HOT-ryhmä -1,5% Kontrolliryhmä +0,3%	HOT-ryhmäläisillä vähemmän psyykkistä kuormittuneisuutta (GHQ), parempi elämänlaatu (ORWELL) ja vähemmän painoon liittyvää stigmaa (WSQ) kuin kontrolliryhmäläisillä
Forman, Butryn, Hoffman, & Herbert, 2009	Naisia: n=29, ikä 43,66±9,79; BMI 35,8±5,4	1 h/vko 12 vkon ajan, elintapaohjaus yhdistetty hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin	Intervention loppu: -6,6%, seuranta 6 kk: -9,6%	Parannus painoon liittyvässä elämänlaadussa (WRQL)
Forman ym., 2013	n=128, ikä 45,7±12,8; BMI 34,1±3,6	Kaksi koeryhmää: ABT (acceptance based behavioural treatment), 1x/vko viikot 1-20, joka toinen viikko viikot 21-40 (75 min/kerta) ja SBT (standard behaviour treatment)	Intervention loppu: SBT -8,7%, ABT -10,9%, Seuranta 6 kk SBT -7,4%, ABT -9,2%	Eksperttien ohjaamat ABT-ryhmät tuottivat selkeästi parempia tuloksia SBT:n verrattuna (intervention loppu: 13,2 % vs. 7,5 %; seuranta 10,1 % vs. 4,8 %)
Niemeier ym., 2012	n=21 (naisia 90%), ikä 52,2±7,6; BMI 32,8±3,4, vaikeuksia kontrolloida syömistä stressaantuneena	1 h/vko 6 kk ajan, elintapaohjaus yhdistetty hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin	Intervention loppu: -13%, Seuranta 3 kk: -13%	Painoon liittyvä psyykinen joustavuus (AAQ-W) lisääntyi

## Yhteenveto

Ylipainoisuuden yleisyyden takia pysyvien ratkaisujen löytäminen painonhallintaan on paitsi yksilön hyvinvointia, myös kansanterveyttä ja -taloutta koskeva asia (Männistö ym., 2012; Pekurinen, 2006). Yrityksistä huolimatta harvat onnistuvat pudottamaan painoa pitkäaikaisesti (Christiansen ym., 2007).

On ehdotettu, että tapa parantaa painonhallintaohjelmien vaikuttavuutta pitkällä aikavälillä on sisällyttää painonhallintaohjelmaan psykologisia elementtejä (Elfhag & Rössner, 2005). Yksi lupaava psykologinen menetelmä painonhallinnassa on hyväksymis- ja omistautumisterapia (Ruiz, 2010). Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvien komponenttien yhdistämistä elintapaohjaukseen on testattu muutamissa tutkimuksissa, joiden tulokset toistuvasti antaneet tukea hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjaisen painonhallintamallin toimivuudesta ainakin keskipitkän aikavälin (seurannat 3-12 kk) painonhallinnassa (Katterman ym., 2014, Niemeier ym., 2012, Forman ym., 2009, Forman ym., 2013, Tapper ym., 2009, Lillis ym., 2009). Hyväksymis- ja omistautumisterapiainterventioiden on havaittu myös olevan hyvin pidettyjä osallistujien keskuudessa (Niemeier ym., 2012; Forman ym., 2013). Tämä voi osaltaan vaikuttaa tuloksiin myönteisesti korkean sitoutuneisuuden ja osallistumisaktiivisuuden kautta. Esimerkiksi Niemeierin ja kollegoiden tutkimuksessa (2012) 86% osallistujista oli loppuun asti mukana 6 kuukautta kestäneessä ohjelmassa sekä 3 kuukauden seurannassa.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteiden yhdistäminen perinteiseen käyttäytymisinterventiomalliin on lupaavista tuloksista huolimatta uusi lähestymistapa painonhallintaan, eikä malli ole vielä vakiinnuttanut muotoaan tai asemaansa (Lillis & Kendra, 2014). Hyväksyntämenetelmien soveltaminen painonpudotusohjelmiin vaatiikin huolellista suunnittelua ja testaamista erilaisilla populaatioilla. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli vastata tarpeeseen kehittämällä hyväksymis- ja omistautumisterapiapohjainen painonhallintaohjelma, joka yhdistää elintapaohjausta ja hyväksymis- ja omistautumisterapiamenetelmiä, ja tutkia mallin toimivuutta ja hyväksyttävyyttä.

## Tutkimuksen tavoite, tutkimuskysymykset ja -hypoteesit

Tämän pilottitutkimuksen tavoitteena oli selvittää hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja elintapaohjausta yhdistävän painonhallintaohjelman toimivuutta ja hyväksyttävyyttä. Ohjelma perustui Hyvää elämää ja tietoista painonhallintaa -itsehoito-oppaaseen (Lappalainen, Lappalainen & Granlund, 2014), johon yhdistettiin komponentteja elintapaohjauksesta. Elintapaohjaus painottui ravitsemukseen, mutta sivusi myös fyysisen aktiivisuuden merkitystä painonhallinnassa. Ravitsemusohjauksessa otettiin huomioon yksilölliset erot ruokavaliossa, mutta sen pohjana olivat valtakunnalliset ravitsemussuositukset (Fogelholm ym., 2014).

Tutkimuskysymykset olivat:

- a) miten painonhallintaohjelma vaikuttaa painoon
- b) miten painonhallintaohjelma vaikuttaa painonhallintaan liittyviin psykologisiin prosesseihin (henkinen hyvinvointi ja psykologinen oirehdinta, psykologinen joustavuus, intuitiivinen syöminen, ahmintataipumus, painoon liittyvä stigma sekä itsemyötätunto)
- c) millaisena osallistujat kokivat painonhallintaohjelman

Olemassa olevan tutkimustiedon pohjalta esitettiin seuraavat hypoteesit:

- a) painonhallintainterventiolla onnistutaan vaikuttamaan myönteisesti painoon: paino joko laskee tai lakkaa nousemasta intervention aikana ja seurannassa
- b) painonhallintainterventiolla on myönteinen vaikutus painonhallintaan liittyviin psykologisiin prosesseihin: henkinen hyvinvointi paranee ja psykologinen oirehdinta vähenee, psykologinen joustavuus ja intuitiivinen syöminen lisääntyvät, ahmimistaipumus ja painoon liittyvä stigma vähenevät ja itsemyötätunto paranee
- c) osallistujien suhtautuminen ryhmään on myönteinen ja sitoutuneisuus hyvä; muita kokemuksia ja kehitysehdotuksia ei voitu esittää hypoteesiksi, sillä aiempaa tutkimustietoa täysin vastaavasta interventiosta ei ole.

## **TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **Tutkimuksen kulku**

Painonhallintaohjelma toteutettiin ryhmämuotoisena lyhytinterventiona elo-lokakuussa 2016. Ryhmä kokoontui kuuden viikon aikana yhteensä viisi kertaa. Lisäksi ryhmään osallistuville järjestettiin yksilötapaamiset ennen ja jälkeen ryhmäintervention sekä viisi kuukautta intervention päättymisen jälkeen. Yksilöllisessä alkutapaamisessa käytiin läpi yleisiä tutkimukseen liittyviä asioita, kartoitettiin taustatietoja ja ohjeistettiin ruokapäiväkirjan täyttäminen. Lopputapaamisessa tutkittavaa haastateltiin hänen kokemuksistaan painonhallintaohjelmasta puolistrukturoidulla kyselyllä (liite 1). Seurannassa tutkittavaa haastateltiin puolistrukturoidulla kyselyllä siitä, millaisia vaikutuksia painonhallintaohjelmasta oli hänen elämäänsä ja painonhallintaan intervention päättymisen jälkeen (liite 2). Tutkittavia pyydettiin täyttämään tutkimukseen sisällytetyt kyselylomakkeet ja heidät punnittiin kaikissa kolmessa yksilötapaamisessa. Kaikki tutkimukseen rekrytoidut henkilöt osallistuivat sekä yksilöllisiin tapaamisiin että ryhmämuotoiseen interventioon.

Ryhmän ohjaajana toimi laillistetun ravitsemusterapeutin pätevyyden saanut psykologian loppuvaiheen opiskelija, joka tapasi tutkittavat myös yksilöllisessä alkutapaamisessa. Lopputapaamisessa ja seurantatapaamisessa tutkittavat tapasivat kandidaattivaiheen psykologianopiskelijan.

### **Rekrytointi**

Tutkimukseen rekrytoitiin ylipainoisia naisia Jyväskylän alueelta. Rekrytointi tapahtui Kyllön terveyskeskuksen ja Jyväskylän keskussairaalan henkilökunnan sekä Facebookin ilmoitusryhmissä (Puskaradio Jyväskylä, Jyväskylän kirppis) olleiden mainosten kautta viikoilla 32 ja 33 (liite 3). Ilmoittautuminen tapahtui puhelimitse, ja kiinnostuneiden sopivuus tutkimukseen selvitettiin puhelimitse haastatellen. Tarkemman sisäänotto- ja poissulkukriteerit löytyvät alla.



#### Sisäänottokriteerit:

- Nainen
- 25 - 60 vuoden ikä
- Painoindeksi yli 30 kg/m<sup>2</sup>
- Mahdollisuus osallistua ohjelman tapaamisiin
- Mahdollisuus internet-yhteydellisen tietokoneen käyttöön
- Mahdollisuus henkilöväen käyttöön

#### Poissulkukriteerit:

- Toiseen painonpudotusohjelmaan osallistuminen samanaikaisesti
- Lihavuusleikkaus
- Vakavat mielenterveysongelmat (psykoosisairaus tai vaikea pakkokäyttäytyminen)
- Vakava sairaus, joka vaikuttaa turvallisuuteen pudottaa painoa
- Liikuntakykyyn selkeästi vaikuttava vamma
- Raskaus tai imetys viimeisen 6 kk aikana

Tutkimukseen rekrytoitiin yhteensä 16 ylipainoista naista. Puhelinhaastattelun jälkeen tutkimukseen sopiville henkilöille sovittiin yksilöllinen alkutapaaminen. Tapaamisen perui viime hetkellä yhteensä neljä tutkittavaa, joten lopullinen osallistujamäärä oli 12 (liite 4). Kaikki alkutapaamiseen osallistuneet tutkittavat olivat mukana myös loppumittauksissa, mutta seurantamittauksista jäi pois kolme tutkittavaa.

## **Tutkittavat**

Tutkimukseen osallistui 12 ylipainoista naista, jotka kaipasivat tukea painonhallintaan. Tutkittavien keski-ikä oli 40 ja keskimääräinen painoindeksi oli 37,9 kg/m<sup>2</sup> tutkimuksen alussa (taulukko 2).

Tutkittavien korkein suoritettu koulutus oli kahdella ammattikoulu tai vastaava, kahdella ylioppilastutkinto, viidellä opistotasoinen tutkinto, kahdella ammattikorkeakoulutasoinen tutkinto ja yhdellä tohtorin tutkinto. Tutkittavista kolme teki vuorotyötä, joka ei kuitenkaan sisältänyt yövuoroja, ja loput yhdeksän eivät olleet vuorotyössä. Terveystilansa ennen tutkimuksen alkua raportoi hyväksi tai erinomaiseksi viisi tutkittavaa, kohtalaiseksi kaksi tutkittavaa ja välttäväksi tai heikoksi kolme tutkittavaa.

Kaikki tutkittavat olivat kokeneita laihduttajia: tutkittavista kolme oli laihduttanut aiemmin yli 6 kertaa, kolme 5-6 kertaa, yksi 3-4 kertaa ja viisi 1-2 kertaa. Monet kertoivatkin osallistuvansa painonhallintaohjelmaan, koska ”kaikkea muuta on jo kokeiltu”. Viimeisen vuoden aikana paino oli noussut kahdeksalla tutkittavalla, pysynyt samana kolmella tutkittavalla ja laskenut yhdellä tutkittavalla. Keskimääräinen painonnousu edellisen vuoden aikana oli 5,6 kg.

Taulukko 2. Tutkittavien ikä, paino ja painoindeksi (BMI) tutkimuksen alussa (n=12).

Muuttuja	Keskiarvo ( $\pm$ SD)	Minimi	Maksimi
Ikä	40,0 ( $\pm$ 9,1)	25,9	54,4
Paino	104,0 ( $\pm$ 15,0)	76,6	130,5
BMI	37,9 ( $\pm$ 5,4)	32,6	47,9

## Painonhallintaohjelma

Painonhallintaohjelma rakentui Hyvää elämää ja tietoista painonhallintaa -itsehoito-oppaan ympärille (Lappalainen, Lappalainen & Granlund, 2014). Ryhmätapaamisia oli yhteensä viisi. Jokaisella tapaamiskerralla oli teema sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (HOT) että elintapaohjaukseen liittyen. Jokaiseen HOT-teemaan liittyen tehtiin tapaamisen yhteydessä yksi tai useampi harjoitus. Lisäksi ryhmäläisille jäi ohjeeksi tehdä välitehtäviä ennen seuraavaa kertaa. Tapaamiskertojen teemat, harjoitukset ja välitehtävät on eritelty taulukossa 3.

Tapaamiskerrat rakentuivat niin, että aluksi keskusteltiin pareittain edellisen kerran jälkeen tehdyistä oivalluksista, mitkä purettiin ryhmässä. Tämän jälkeen syvennyttiin kerran HOT-teemaan. Ennen elintapaohjausta pidettiin tauko, minkä jälkeen syvennyttiin ravitsemusasioihin. Ensimmäisellä kerralla sivuttiin myös fyysisen aktiivisuuden merkitystä painonhallinnassa. Tämän jälkeen annettiin välitehtävät. Jokaisella kerralla välitehtäväksi jäi taulukossa 2 mainittujen tehtävien lisäksi myös miettiä yksi pieni teko, jolla henkilö voisi parantaa elintapojaan tulevalla viikolla ja yksi pieni teko, jolla hän voisi parantaa yleistä hyvinvointiaan. Lisäksi tutkittavia ohjeistettiin lukemaan kirjasta (Lappalainen ym. 2014) kerran teemoja käsitellyt luku, ja kuuntelemaan tähän liittyvät harjoitukset netistä (Headsted Oy, 2014-2017).

Taulukko 3. Interventio-ohjelman rakenne kerroittain

HOT	Elintapaohjaus
<p>1. Arvo-analyysi, painoon vaikuttavat tekijät (kirjasta s. 7-26)  <i>Harjoitus:</i> köydenvedo hirviön kanssa, painoon vaikuttavat tekijät  <i>Välitehtävä:</i> Painoon liittyvä hyväksymisharjoitus</p>	<p>Terveellinen ravitsemus painonhallinnassa: kasvikset, hedelmät ja marjat, täysjyvät, rasvat, proteiini, sokeri, lautasmalli. Fyysisen aktiivisuuden merkitys painonhallinnassa.</p>
<p>2. Opitut nälkäreaktiot, kylläisyys, lajinkehityksellinen näkökulma syömiseen (kirjasta s. 26-45)  <i>Harjoitus:</i> Käyttäytymisketjut, hengityksen seuranta  <i>Välitehtävä:</i> Hyvän elämän analyysi, tekoja kohti painonhallintaa</p>	<p>Palaute ruokapäiväkirjoista, terveellinen ravitsemus: ateriarytmi, rasvan laatu, Ca+D, kasvikset, makeanhimo (jatkoa edellisen kerran teemoihin)</p>
<p>3. Esteanalyysi, tietoisuustaidot (kirjasta s. 49-81)  <i>Harjoitus:</i> Miksi painonhallinta ei ole onnistunut, hengitys ja tietoinen läsnäolo  <i>Välitehtävä:</i> Tietoisesti ostoksilla, tietoinen syöminen</p>	<p>Ateriarytmi ja ateriakokojen kohtuullistaminen; kehon kuuntelu ja syömiseen liittyvien tunteiden tunnistaminen</p>
<p>4. Hyväksyntä, mielen kontrollin heikentäminen, terveyttä edistävä minäkäsitys (kirjasta s. 85-109)  <i>Harjoitus:</i> Kutsumaton vieras, tarkkailijaharjoitus, omien ajatusten top 10 ja tähän liittyvä hyväksymisharjoitus  <i>Välitehtävä:</i> Testaa ajatusten toimivuus</p>	<p>80/20 –teoria syömisessä, herkut osana terveellistä ruokavaliota</p>
<p>5. Itsemyötätunto, teemojen kertaus (kirjasta s. 110-117)  <i>Harjoitus:</i> Kipeä kohta (Luoma, 2015), suunnitelma itselle jatkoon</p>	<p>Pakkausmerkintöjen tulkinta</p>

## **Menetelmät ja muuttujat**

### *Antropometriset ja taustatiedot*

Tutkittavien paino mitattiin digitaalisella henkilövaa'alla 100 gramman tarkkuudella. Paino mitattiin kevyessä vaatetuksessa ilman kenkiä. Pituus kysyttiin tutkittavalta. Painon ja pituuden perusteella laskettiin painoindeksi (BMI, kg/m<sup>2</sup>). Lisäksi tutkittavia ohjeistettiin mittaamaan painonsa päivittäin ja kirjaamaan se ylös itsenäisesti.

Tutkittavia pyydettiin yksilöllisen alkutapaamisen yhteydessä täyttämään taustatietokysely, jossa oli kysymyksiä liittyen koulutustaustaan, elämäntilanteeseen, terveydentilaan, ruokavalioon ja liikuntatottumuksiin.

### *Psyykkistä hyvinvointia kuvaavat mittarit*

#### **MHC-SF**

MHC-SF on 14 kysymyksestä koostuva mittari, joka mittaa psykologisen, emotionaalisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin subjektiivista kokemista. Kysymykset selvittävät 6-portaisella asteikolla, miten usein tutkittavilla on ollut tiettyjä hyvinvointiin liittyviä kokemuksia edellisen kuukauden aikana (0=ei koskaan, 5=joka päivä). Pisteiden teoreettinen vaihteluväli oli 0-70. Mitä suurempi pistemäärä on, sitä paremmaksi tutkittava kokee hyvinvointinsa. MHC-SF:n sisäinen pysyvyys on todettu hyväksi aiemmissa tutkimuksissa, ja sitä pidetään luotettavana mielenterveyden positiivisten puolien mittarina (Lamers ym., 2012, Kayes ym., 2008).

#### **DASS-21**

DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale) on negatiivisia tunnetiloja mittaava kyselylomake, joka koostuu kolmesta seitsemän kysymyksen patterista, jotka mittaavat masennusta, ahdistusta ja stressiä (Lovibond & Lovibond, 1995). Kaikki 21 kysymystä pisteytetään neliportaisella asteikolla (0=ei päde minuun lainkaan, 3=pätee minuun hyvin paljon tai suurimman osan ajasta), joten kokonaispisteiden teoreettinen vaihteluväli on 0-63. Suurempi pistemäärä kertoo voimakkaammasta negatiivisten tunnetilojen kokemisesta. DASS-21:n sisäinen pysyvyys ja validiteetti on havaittu korkeaksi sekä kliinisissä ryhmissä että normaaliväestössä (Antony ym., 1998; Henry, Julie, & Crawford 2005), joskin sen on havaittu mittaavan ennen kaikkea yleistä psyykkistä kuormittuneisuutta (Osman ym., 2012).

## *Syömiskäyttäytymistä kuvaavat mittarit*

### **IES-2**

IES-2 (Intuitive Eating Scale; Tylka & Kroon van Diest, 2013) mittaa intuitiivista syömistä, eli yksilön taipumusta kuunnella fyysisiä nälkä- ja kylläisyysviestejä ja säädellä syömistä niiden mukaan. Kyselyn väittämät jakautuvat neljään alaskaalaan: ”syöminen tarpeeseen eikä tunteeseen”, ”rajoittamaton lupa syödä”, ”luottamus nälän ja kylläisyyden tunteisiin” ja ”keho – ruoka -valinnan yhdenmukaisuus”. Kyselyssä on 23 väittämää, joihin vastataan viisiportaisella asteikolla (1=”täysin eri mieltä”, 2=”eri mieltä”, 3=”ei samaa eikä eri mieltä”, 4=”samaa mieltä” ja 5=”täysin samaa mieltä”). Kyselyn teoreettinen kokonaispistemäärä vaihtelee välillä 0-115, ja pistemäärä korreloi suoraan intuitiivisen syömisen kanssa. IES-2 on paranneltu versio paljon käytetystä IES-kyselystä, ja se on havaittu psykometrisiltä ominaisuuksiltaan luotettavaksi mittariksi (Tylka & Kroon van Diest, 2013).

### **BES**

BES (Binge Eating Scale) mittaa ahmintahäiriötyypistä oirehdintaa (Gormally ym., 1982), minkä on havaittu olevan yleistä painonhallintaryhmiin hakeutuville ylipainoisille henkilöille (Ricca ym., 2000). BES sisältää 16 syömisen hallintaa käsittelevää väittämää: kahdeksan väittämää, jotka selvittävät ahminta-tyypistä käyttäytymistä ja kahdeksan väittämää, jotka kuvaavat tunteita ja ajatuksia, joita ahmintaan liittyy (Gormally ym. 1982). Kysymyksissä kolmesta tai neljästä vaihtoehdosta valitaan itselle sopivin (esim. 1. ”En tunne syyllisyyttä tai itseinhoa syötyäni liikaa.” 2. ”Syötyäni liikaa tunnen toisinaan syyllisyyttä tai itseinhoa.” 3. ”Koen lähes aina voimakasta syyllisyyttä tai itseinhoa syötyäni liikaa.”). Vastausvaihtoehdot saavat väittämäkohtaisesti arvon 0, 1, 2 tai 3, niin että kokonaispistemäärän vaihteluväli on 0-46. Suurempi pistemäärä kertoo selkeämmästä ahmimistaipumuksesta. Mittarille asetettujen raja-arvojen mukaan yli 30 pistettä merkitsee vakavaa ja 20-29 pistettä kohtalaista ahmimistaipumusta. Alle 20 pistettä kertoo, että ahmimistaipumusta ei havaita. BES:n on havaittu olevan luotettava kontrolloimattoman syömiskäyttäytymisen mittari (Timmerman, 1999).

### **AAQ-W**

AAQ-W (The Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties) on 22 kysymystä sisältävä mittari, joka arvioi erityisesti kehonkuvaan, ruokaan ja syömiseen liittyvää kokemuksellista välttelyä ja psykologista joustamattomuutta (Lillis & Hayes, 2008). Kysymykset

pisteetetaan seitsemänportaisen asteikon mukaan (1=ei ikinä, 7=aina totta). Teoreettinen kokonaispistemäärä on 22-154. Pistemäärä korreloi käänteisesti psykologisen joustavuuden kanssa, eli suurempi pistemäärä kertoo pienemmästä psykologisesta joustavuudesta. AAQ-W:n sisäinen jatkuvuus ja validiteetti on havaittu alustavissa tutkimuksissa hyväksi (Lillis & Hayes, 2008).

### **SCS-SF**

SCS-SF (Self-compassion Scale – Short Form) on itsemyötätuntoa mittaava kysely (Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011). SCS-SF sisältää 12 kysymystä, jotka mittaavat ystävällisyyttä itseä kohtaan, itsensä tuomitsemista, yleistä inhimillisyyttä, eristäytyneisyyttä, tietoisuustaitoja ja yli-identifikoitua. Kukin kohta pisteetetaan viisiportaisen asteikon mukaan (1=en juuri koskaan, 5=melkein aina). Kokonaispisteiden teoreettinen vaihteluväli on 0-60, ja suurempi pistemäärä kertoo paremmasta itsemyötätunnosta. SCS-SF korreloi kokonaispisteiden osalta lähes täydellisesti pidemmän, 26 kysymystä sisältävän SCS-kyselylomakkeen kanssa. SCS-SF:n on havaittu olevan psykometriikaltaan hyvä (Raes, Pommier, Neff, & van Gucht, 2011).

### **WSSQ**

WSSQ (Weight Self-stigma Questionnaire) on ylipainoisille suunnattu kyselylomake, joka mittaa painoon liittyvää stigmatia (Lillis, Luoma, Levin, & Hayes, 2010). Kyselyssä on kaksi alaskaalaa: itsearvon aleneminen (self-devaluation) ja stigmatisoinnin pelko (fear of enacted stigma). WSSQ sisältää 12 väittämää, joihin vastataan 5 portaisen asteikon mukaisesti (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä), joten teoreettinen kokonaispistemäärä on 12-60. Suurempi pistemäärä kertoo vahvemmassa painoon liittyvästä stigmasta. WSSQ:n psykometriikka on alustavissa tutkimuksissa havaittu hyväksi (Lillis ym., 2010).

#### *Osallistujien kokemusten ja ryhmän subjektiivisten vaikutusten mittaaminen*

Tutkittavien kokemuksia ryhmän toimintaan liittyen selvitettiin puolistrukturoidulla haastattelulla ryhmäohjelman päättymisen jälkeisellä viikolla (liite 1). Haastattelulomake piti sisällään kysymyksiä painonhallintaohjelman hyödyistä ja haitoista sekä merkityksestä painonhallinnan kannalta, tapaamiskertojen, teemojen ja toimintatapojen soveltuvuutta sekä ohjaajan roolia. Haastattelut toteutettiin yksilöllisesti ja kasvokkain psykologian kandidaattivaiheen opiskelijoiden toimesta. Tutkittavien kokemuksia painonhallintaohjelman vaikutuksesta heidän elämäänsä ja

painonhallintaan selvitettiin puolistrukturoidulla haastattelulla 5 kuukautta ryhmäohjelman päättymisen jälkeen (liite 2).

## **Aineiston analysointi**

Tilastolliset analyysit tehtiin Mplus- (versio 7; Muthén & Muthén, 2012) ja SPSS-ohjelmilla (versio 24.0 Mac OS X). Painonhallintaohjelman ja seurannan aikana tapahtuneita muutoksia painossa, psyykkisessä hyvinvoinnissa ja syömiskäyttäytymiseen vaikuttavissa psyykkisissä tekijöissä analysoitiin hierarkkisella lineaarimallinnuksella (HLM), jotta voitiin huomioida seurannasta poisjääneiden tutkittavien (n=3) vaikutus. HLM-analyysissa käytettiin MLF- ja MLR -estimaattoreita. Muuttujien kokonaismuutosta testattiin Waldin testillä, minkä lisäksi tarkasteltiin erikseen muutosta alkumittauksesta loppumittaukseen ja alkumittauksesta seurantaan. Tulosaineiston kuvailuun käytettiin keskiarvoja, -hajontoja ja vaihteluväliä. Muu aineiston tilastollinen tarkastelu tehtiin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin tavanomaisesti p-arvoa <0.05.

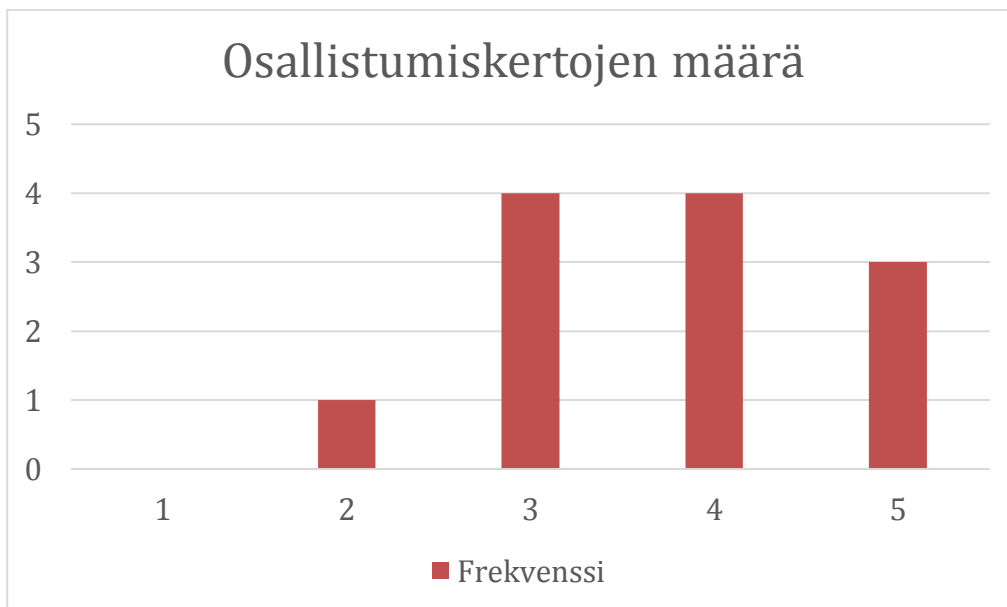
Mittausten välisten muutosten efektikoon laskemiseen käytettiin Ellisin efektikokolaskuria (Ellis, 2009). Effektikoko alkumittauksesta loppumittaukseen laskettiin Cohenin d:llä ja alkumittauksesta seurantamittaukseen Hedgesin g:llä, joka ottaa huomioon tutkittavien määrän muutoksen. Pienen efektikoon raja oli 0,20, kohtalaisen 0,50, suuren 0,80 ja erittäin suuren 1,3 (Cohen, 1988).

Tutkittavien kokemuksia intervention lopussa ja seurannassa selvitettiin laadullisesti. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin, jonka jälkeen litteroinnit käsiteltiin teemoittain. Kysymykset, joissa oli käytössä binäärinen tai Likert-asteikko, käsiteltiin frekvensseinä. Loppuhaastattelujen tulokset esitellään kohdassa "tutkittavien kokemukset painonhallintaohjelmasta" alla, ja seurantahaastattelujen tulokset kohdassa "miten tuloksia voitaisiin parantaa pitkällä aikavälillä -tutkittavien kokemuksia seurannasta".

## TULOKSET

### Tutkittavien osallistumisaktiivisuus

Suurimmalla osalla tutkittavassa oli yksittäisiä poissaoloja ryhmätapaamisesta sairastumisten ja työkiireiden takia (kuva 2). Yksi tutkittava pääsi osallistumaan vain kahteen tapaamiseen, muut osallistuivat vähintään kolmeen ryhmätapaamiseen. Ryhmätapaamisten kokonaisluku oli 5 ja keskimääräinen osallistumismäärä oli 3,75. Kaikkiin tai lähes kaikkiin tapaamisiin osallistui noin 67% tutkittavista.



Kuva 2. Tutkittavien osallistumiskertojen määrä (kokonaismäärä 5)

Kaikki tutkittavat osallistuivat loppumittauksiin (liite 4). Seurantamittauksista jäi pois kolme tutkittavaa, joita ei joko saatu kiinni tai jotka joutuivat jäämään pois hankalan elämäntilanteen takia. Seurannassa mukana olleiden tutkittavien osuus oli siis 75% aloittaneista.

### Painonhallintaohjelman vaikutus painoon

Painossa tai painoindeksissä ei tapahtunut ryhmätasolla muutosta intervention tai seurannan aikana. Tarkemmat kuvailut on esitelty taulukossa 4.

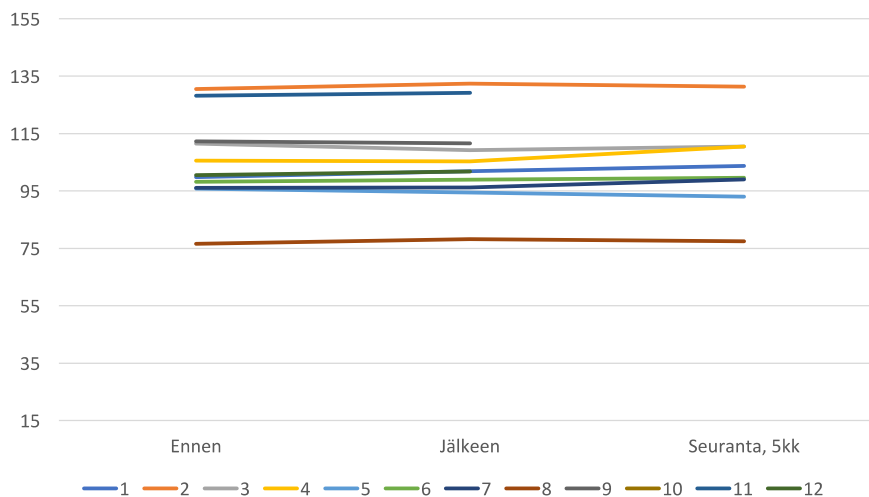


Taulukko 4. Intervention vaikutus painoon ja painoindeksiin (BMI)

Muuttuja	Alku ( $\pm$ SD)	Loppu ( $\pm$ SD)	Seuranta ( $\pm$ SD)	p-arvo
Paino	104,0 ( $\pm$ 14,4)	104,4 ( $\pm$ 14,4)	105,2 ( $\pm$ 14,7)	0.25
BMI	38,0 ( $\pm$ 5,1)	38,1 ( $\pm$ 5,2)	38,4 ( $\pm$ 5,3)	0.21

Yksilöiden välisestä tarkastelusta havaitaan, ettei painossa ole tapahtunut merkittäviä muutoksia myöskään yksittäisten tutkittavien osalta (kuva 3).

## Paino



Kuva 3. Paino yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa).

### **Painonhallintaohjelman vaikutus syömiskäyttäytymiseen ja painonhallinnan taustalla oleviin psykologisiin tekijöihin**

Syömiskäyttäytymistä ja painonhallinnan taustalla olevia psykologisia tekijöitä kuvaavista muuttujista tilastollisesti merkitsevä kokonaismuutos havaittiin BES-, AAQ-W, SCS-SF ja WSSQ -mittareiden osalta (taulukko 5). Mittareista BES kuvaa ahmimistaipumusta, AAQ-W painoon liittyvää psykologista joustavuutta, SCS-SF itsemyötätuntoa ja WSSQ-painoon liittyvää sisäistettyä stigmaa. Näistä BES- ja AAQ-W, ja WSSQ -mittareiden kokonaispisteiden määrät laskivat ja SCS-

SF-mittarin kokonaispistemäärä nousi intervention aikana. Toisin sanoen ahmimiskäyttäytyminen sekä painoon liittyvä stigma vähenivät ja painoon liittyvä psyykkinen joustavuus sekä itsemyötätunto lisääntyivät.

Taulukko 5. Intervention vaikutus syömiskäyttäytymis- ja painonhallinnan taustalla oleviin psykologisiin muuttujiin.

Muuttuja	Alku ( $\pm$ SD)	Loppu ( $\pm$ SD)	Seuranta ( $\pm$ SD)	p-arvo
IES-2	70,9 ( $\pm$ 8,9)	83,4 ( $\pm$ 11,0)	84,0 ( $\pm$ 6,0)	0,07
BES	16,3 ( $\pm$ 8,5)	8,4 ( $\pm$ 4,3)	9,0 ( $\pm$ 3,7)	0,009
AAQ-W	88,4 ( $\pm$ 22,2)	63,3 ( $\pm$ 15,3)	61,4 ( $\pm$ 9,7)	0,002
SCS-SF	40,0 ( $\pm$ 8,7)	44,5 ( $\pm$ 8,3)	44,8 ( $\pm$ 6,0)	0,001
WSSQ	35,7 ( $\pm$ 9,6)	30,3 ( $\pm$ 6,8)*	27,5 ( $\pm$ 5,4)	0,004

\*WSSQ:n loppumittauksessa kaksi puuttuvaa arvoa, eli n=10

Jatkotarkastelussa havaittiin, että muutos tapahtui BES- AAQ-W, WSSQ ja SCS- muuttujien osalta alku- ja loppumittauksen välillä. Tämän lisäksi WSSQ-mittarissa tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos myös alku- ja seurantamittausten välillä.

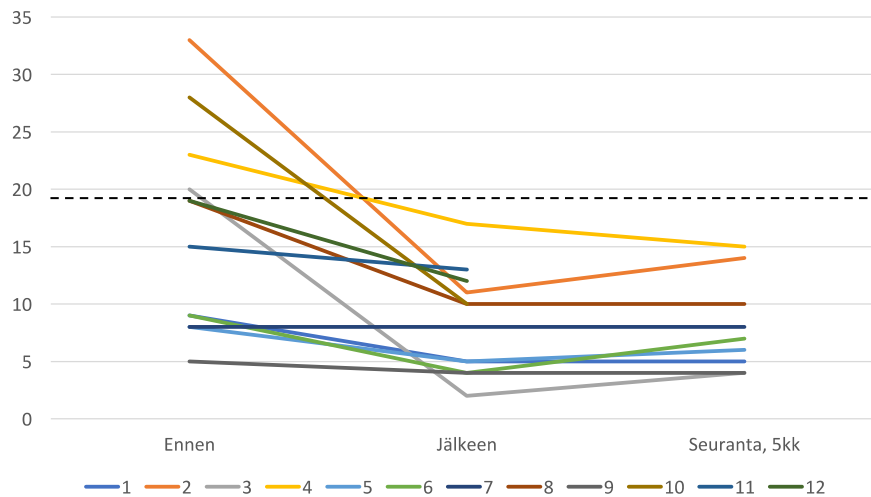
SCS-SF ja WSSQ -mittareiden osalta efektikoko oli keskikokoinen. BES-mittarissa muutos oli suuri ja AAQ-W:ssä erittäin suuri (taulukko 6). Lisäksi IES-2 -muuttujassa havaittiin keskiarvoissa tapahtuneen muutosten osalta erittäin suuri vaikutus alkumittauksesta seurantaan ja suuri vaikutus alkumittauksesta loppuun. Nämä muutokset eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä vaan suuntaa antavia.

Taulukko 6. Jatkotarkastelu intervention vaikutuksesta syömiskäyttäytymis- ja painonhallinnan taustalla oleviin psykologisiin muuttujiin alku- ja loppumittauksen sekä alku- ja seurantamittauksen välillä sekä muutoksen efektikoko.

Muuttuja	<u>Alku-loppu</u>		<u>Alku-seuranta</u>	
	p-arvo	Efektikoko	p-arvo	Efektikoko
IES-2	0,057	-1,25 <sup>2</sup>	0,20	-1,61 <sup>3</sup>
BES	0,027	1,17 <sup>2</sup>	0,33	1,01 <sup>2</sup>
AAQ-W	0,013	1,31 <sup>3</sup>	0,08	1,58 <sup>3</sup>
SCS-SF	0,000	-0,53 <sup>1</sup>	0,05	-0,60 <sup>1</sup>
WSSQ	0,04	0,65 <sup>1</sup>	0,02	0,97 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Keskikokoinen vaikutus, <sup>2</sup>suuri vaikutus, <sup>3</sup>erittäin suuri vaikutus

## BES

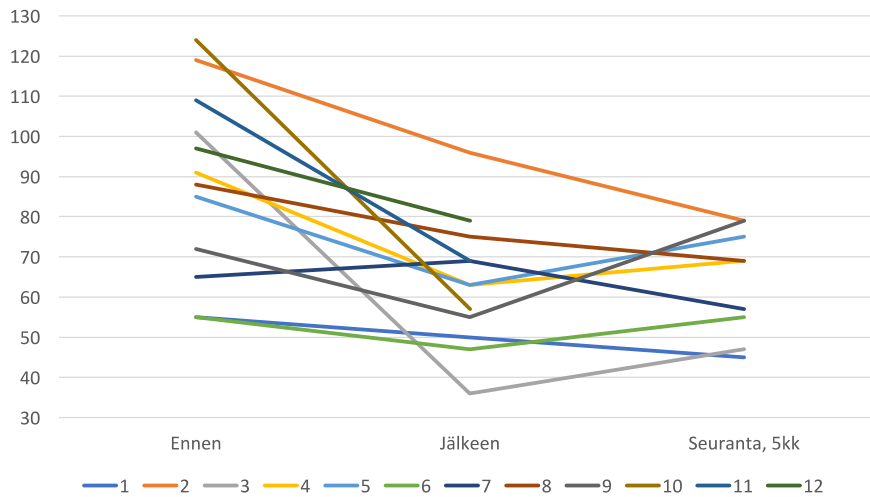


Kuva 4. Ahmimistaipumusta kuvaavan BES-muuttujan kokonaispisteet yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa). Katkoviiva osoittaa katkaisurajaa 19, mitä isompi pistemäärä kertoo kohtalaisesta tai vakavasta ahmimistaipumuksesta.

BES-muuttujan osalta havaittiin selkeä lasku ryhmätasolla alku- ja loppumittauksen välillä. Tulos voidaan todeta myös silmämääräisesti, kun tarkastellaan yksittäisten tutkittavien pistemäärissä tapahtuneita muutoksia eri mittauspisteissä (kuva 4). Lopun ja seurannan välillä muutos on tasaantunut, ja joiden tutkittavien osalta pistemäärissä havaittiin hienoista nousua loppumittauksen pistemääriin nähden. Huomattavaa on, että tutkittavien välillä on voimakasta hajontaa BES-pistemäärissä intervention alkaessa. BES-pistemäärät laskivat eniten niillä, joilla kokonaispisteet olivat korkeat ennen interventioita.

Myönteinen muutos havaittiin myös, kun tarkasteltiin tutkittavien asettumista ahmimistaipumusta kuvaaviin raja-arvoihin. Alkumittauksissa kolmen tutkittavan pistemäärä oli 20-29, mikä merkitsee kohtalaista ahmimistaipumusta. Yhden tutkittavan pistemäärä oli yli 30, mikä osoittaa vakavaa ahmimistaipumusta. Loppu- ja seurantamittauksissa kaikkien tutkittavien pistemäärät olivat kuitenkin laskeneet alle 20 eli ahmimistaipumusta ei havaittu intervention jälkeen.

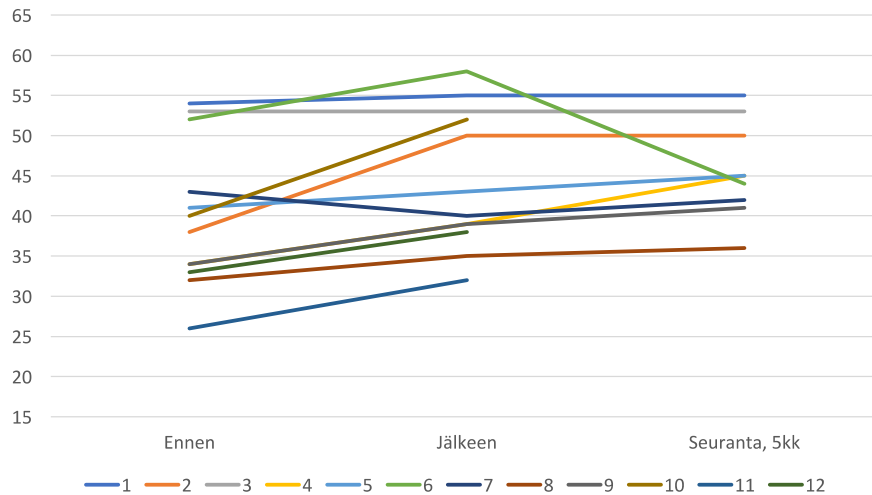
## AAQ-W



Kuva 5. Painoon liittyvää psykologista joustavuutta kuvaavan AAQ-W -muuttujan kokonaispisteet yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa).

Positiivinen muutos alku- ja loppumittausten välillä voitiin havaita silmämääräisesti myös AAQ-W -muuttujan osalta (kuva 5). Tutkittavien pistemäärät laskivat systemaattisesti alku- ja loppumittausten välillä yhtä poikkeusta lukuun ottamatta. Tämänkin tutkittavan pistemäärä oli kuitenkin laskenut alku- ja seurantamittauksen välillä. Loppu- ja seurantamittauksen välillä havaittiin enemmän vaihtelua tutkittavien kesken. Neljällä tutkittavista pistemäärä jatkoi laskua intervention jälkeen, neljällä nousi hienoisesti loppumittauksesta jääden kuitenkin alkumittauksen pistemäärää pienemmäksi, yhdellä palasi alkumittauksen tulokseen ja yhdellä ylitti sen.

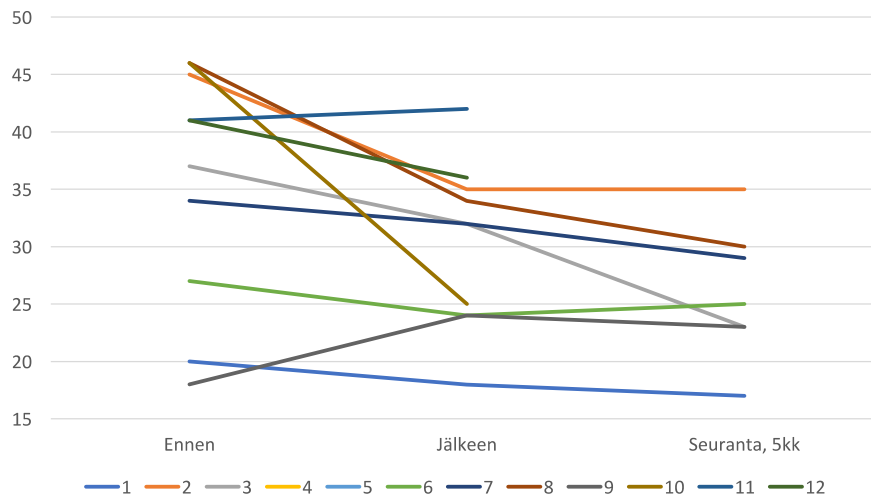
## SCS-SF



Kuva 6. Itsemyötätuntoa kuvaavan SCS-SF -muuttujan kokonaispisteet yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa).

Kuten havaittiin tilastollisessa tarkastelussa, muutokset SCS-SF:n osalta olivat pienempiä mittauspisteiden välillä, mikä oli nähtävissä myös yksilöllisessä tarkastelussa (kuva 6). Alku- ja loppumittausten välillä pistemäärä nousi 11 tutkittavalla ja laskenut yhdellä. Loppu- ja seurantamittausten välillä pistemäärät olivat nousseet nousuaan viidellä tutkittavista, pysyneet samana kolmella ja laskeneet yhdellä tutkittavalla.

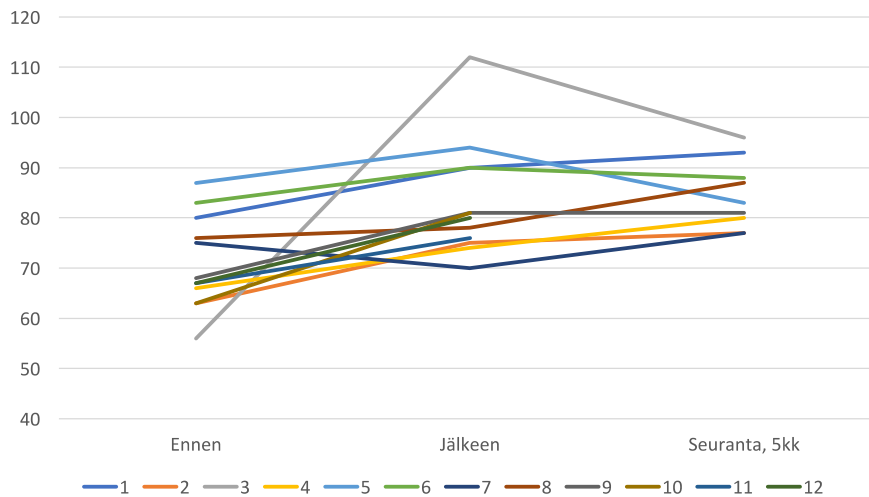
## WSSQ



Kuva 7. Painoon liittyvää stigmatia kuvaavan WSSQ-muuttujan kokonaispisteet yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa).

Pieniä, mutta pääasiassa myönteisiä muutoksia havaittiin myös WSSQ- mittarin osalta yksilöllisessä tarkastelussa (kuva 7). Pistemäärät ovat suurimmalla osalla tutkittavista laskeneet aavistuksen alku- ja loppumittauksen välillä ja pysyneet jotakuinkin tasaisina seurantamittauksissa. Huomionarvoista on, että viidellä tutkittavista pistemäärä jatkoi laskua loppu- ja seurantamittauksen välillä. Tutkittavilla esiintyy kuitenkin huomattavan paljon vaihtelua WSSQ-mittarin pistemäärissä kaikissa mittauspisteissä, ja muutokset ovat jossain määrin epäsystemaattisia. Pääsääntöisesti kuitenkin ne tutkittavat, joilla on esiintynyt paljon painoon liittyvää stigmatia tutkimuksen alussa, ovat hyötynet interventiosta tältä osin.

## IES-2



Kuva 8. Intuitiivista syömistä kuvaavan IES-muuttujan kokonaispisteet yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa).

Vaikka IES-2 muuttujassa ei havaittu mittauspisteiden välillä tilastollisesti merkitseviä eroja, osoittaa pistemäärien yksilöllinen tarkastelu selkeää myönteistä muutosta (kuva 8). Pistemäärät nousivat alku- ja loppumittauksen välillä 11 tutkittavalla. Seurantamittauksen pistemäärien osalta havaitaan, että tulos jatkoi kasvuaan tai pysyi loppumittauksen tasolla kuudella tutkittavalla ja laski kolmella.

### **Painonhallintaohjelman vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin**

Painonhallintaohjelmalla havaittiin olevan pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä vaikutus psyykkistä hyvinvointia kuvaaviin muuttujiin. Masennus-, ahdistus- ja stressioirehdintää kuvaavan DASS-21 -kyselyn pistemäärä laski tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 7). Jatkotarkastelussa havaittiin, että muutos tapahtui alku- ja loppumittauksen välillä ja oli efektikooltaan pieni. Alku- ja loppumittausten välillä havaittiin efektikooltaan kohtalainen muutos, mutta tämä ei ollut

tilastollisesti merkitsevä. Psykologisen, emotionaalisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemista kuvaavan MHC-SF -kyselyn pistemäärissä havaittiin intervention aikana tilastollisesti merkitsevä nousu, mutta muutos jäi epäselväksi jatkotarkastelussa (taulukko 8).

Taulukko 7. Intervention vaikutus psyykkistä hyvinvointia kuvaaviin muuttujiin

Muuttuja	Alku ( $\pm$ SD)	Loppu ( $\pm$ SD)	Seuranta ( $\pm$ SD)	p-arvo
DASS-21	9,8 ( $\pm$ 8,2)	7,2 ( $\pm$ 7,6)	3,0 ( $\pm$ 10,7)	0,03
MHC-SF	53,1 ( $\pm$ 12,5)	56,6 ( $\pm$ 9,0)	54,9 ( $\pm$ 8,5)	0,04

Taulukko 8. Jatkotarkastelu intervention vaikutuksesta psyykkistä hyvinvointia kuvaaviin muuttujiin alku- ja loppumittauksen sekä alku- ja seurantamittauksen välillä sekä muutoksen efektkoko.

Muuttuja	<u>Alku-loppu</u>		<u>Alku-seuranta</u>	
	p-arvo	Efektikoko	p-arvo	Efektikoko
DASS-21	0,036	0,33 <sup>2</sup>	0,73	0,70 <sup>3</sup>
MHC-SF	0,055	-0,32 <sup>2</sup>	0,98	-0,16 <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mitätön vaikutus, <sup>2</sup>pieni vaikutus, <sup>3</sup>kohtalainen vaikutus

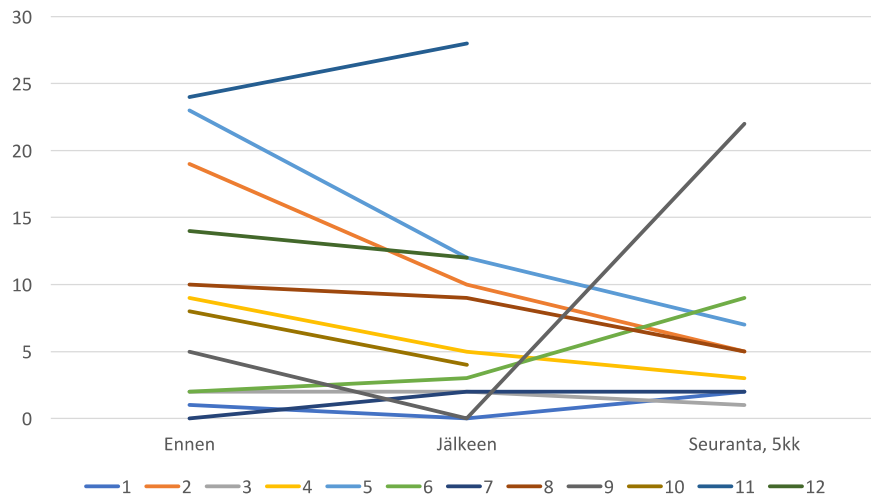
Tarkastellessa yksittäisten tutkittavien kehitystä psyykkistä hyvinvointia kuvaavissa muuttujissa havaittiin tutkittavien välillä huomattavaa hajontaa (kuvat 9 ja 10). Kuvista on nähtävissä tilastollisessa tarkastelussa saatu tulos, jossa muutos havaittiin alku- ja loppumittauksen välillä.

DASS-21 osalta tilastollinen tarkastelu osoitti keskimääräisten pistemäärien laskeneen hieman alku- ja loppumittausten välillä. Muutos ei kuitenkaan ole selkeästi nähtävissä, kun tarkastellaan yksittäisten tutkittavien pistemääriä (kuva 9). Suurimmalla osalla tutkittavista suunta on alku- ja loppumittauksen välillä ollut hienoisessa laskussa. Yhdellä tutkittavalla (nro 5) DASS-21 -pistemäärä on laskenut alusta loppumittaukseen 11 pistettä ja jatkanut laskua seurantaan, jossa lasku alkumittaukseen nähden huimat 16 pistettä. Pistemäärissä alku- ja loppumittauksen välillä tapahtui nousua kolmella tutkittavista, joista yhdellä pistemäärä nousi 1, toisella 2 ja kolmannella 4 pistettä.

Kuvasta havaitaan yksi selkeä poikkeus: tutkittava nro 9, jonka DASS-21 -pistemäärät olivat olleet matalat kahdessa aiemmassa mittauksessa, mutta pompanneet seurannassa 22:een. Pistemäärän nousua selitti stressaavat muutokset tutkittavan henkilökohtaisessa elämässä.



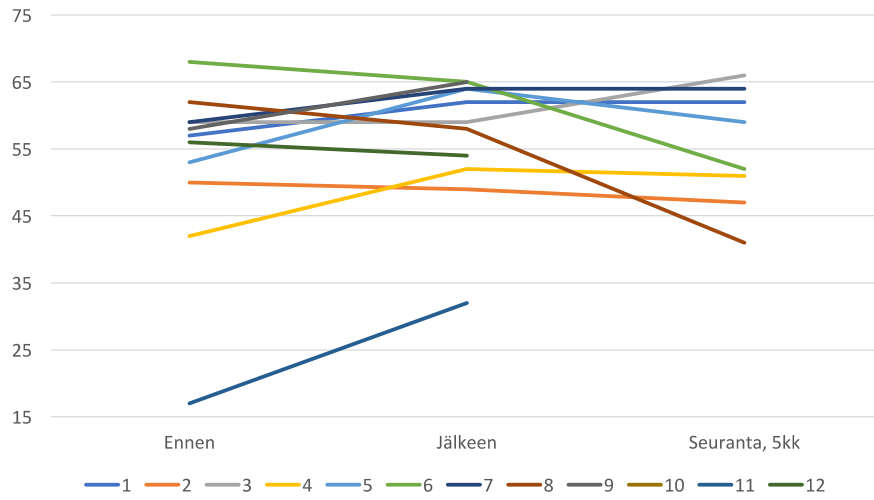
## DASS-21



Kuva 9. Masennus-, ahdistus- ja stressioirehdintaa kuvaavan DASS-21-muuttujan kokonaispisteet yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa).

MHC-SF:n osalta tilastot osoittivat olemassa olevan, mutta epämääräisen muutoksen kokonaispistemäärissä. Yksittäisten tutkittavien pistemääriä tarkasteltaessa havaitaan, että pistemäärät ovat alku- ja loppumittauksen välillä nousseet kuudella, pysyneet samana yhdellä, ja laskeneet viidellä tutkittavalla (kuva 10). Suuria notkahduksia pistemäärissä ei kuitenkaan ole tapahtunut kahden ensimmäisen mittauspisteen välillä. Joitakin suuria hyppäyksiä sen sijaan havaitaan: tutkittavalla kokonaispistemäärä kasvoi alku- ja loppumittauksen välillä 15 pistettä. Kun katsotaan muutosta loppu- ja seurantamittauksen välillä tapahtuneita muutoksia, voidaan karkeasti sanoa, että niiden tutkittavien pistemäärät, jotka vähenivät alku- ja loppumittauksien välillä, jatkoivat laskua seurantamittauksessa. Sen sijaan niiden tutkittavien pistemäärät, jotka olivat nousseet, joko tasaantuivat tai jatkoivat nousua loppumittauksesta seurantaan.

## MHC-SF



Kuva 10. Psykologisen, emotionaalisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemista kuvaavan MHC-SF -muuttujan kokonaispisteet yksittäisten tutkittavien osalta alku-, loppu- ja seurantamittauksissa (n=12 alku- ja loppumittauksissa, n=9 seurantamittauksessa).

## Tutkittavien kokemukset painonhallintaohjelmasta

### *Painonhallintaohjelman vaikutus ja hyödyt*

Tutkittavat mainitsivat painonhallintaohjelman antaneen uusia ajatuksia ja näkökulmia painonhallintaan ja omaan käyttäytymiseen. Ohjelma oli esimerkiksi laittanut miettimään, *“miksi syön”* ja auttanut tunnistamaan nälän ja kylläisyyden tuntemuksia. Muiksi vaikutuksiksi mainittiin, että ohjelma oli lisännyt joustavuutta painonhallintaa kohtaan: *“kaikkea saa syödä, mutta pitää muistaa kohtuus”*. Ohjelman mainittiin myös vähentäneen kriittisyyttä itseä kohtaan. Yksi tutkittava kertoi, että joustavuuden lisääntyminen on auttanut myös ihmissuhteissa. Toinen kertoi, että *“ei koko ajan itteensä soimaa -- on parempi olla ittesä kanssa”*. Yksi tutkittava koki keskeiseksi hyödyksi sen, että ryhmä oli vähentänyt ongelmien vavomista, mikä oli auttanut myös uniongelmiin. Painonhallintaohjelman kerrottiin antaneen konkreettisia työkaluja sekä kokonaisvaltaiseen elämänhallintaan että painonhallintaan.

Keskeisiksi hyödyiksi mainittiin lisäksi parantunut omien ajatusten havainnointi ja negatiivisten tunteiden käsittely, konkreettiset muutokset ruokavaliossa (kaksi tutkittavaa mainitsi ateriarytmin) ja parantunut impulssikontrolli (*“mun ei tarvi aina mennä syömään just sitä mitä mä haluan -- en anna niille kaikille himoille valtaa”*). Lisäksi yksi tutkittava kertoi ohjelman muuttaneen hänen suhdettaan ruokaan: *“ei enää niin paljon ajattele ruokaa semmosena palkitsevana tekijänä”*. Toinen taas kertoi, että suurin hyöty hänelle oli ollut se, että paino ei enää hallitse niin paljon mieltä, ja oivalsi hyvään oloon liittyvän paljon muutakin. Eräälle tutkittavalle ohjelma oli lisännyt iloa arkeen: *“kyllä niinkö enemmän nauraa päivällä ja enemmän nauttii siitä arkipäivästä”*. Kaksi tutkittavaa mainitsi lisänneensä liikuntaa ohjelman ansiosta. Eräs ryhmäläinen, joka oli laihduttanut onnistuneesti jo ennen ryhmään tuloa, ajatteli ryhmän olleen hyvä lisätuki, joka auttaa pysymään tavoitteessa. Yhdelle tutkittavalle ryhmä paransi hallinnantunnetta omasta hyvinvoinnista (*“itehän mä voin tehdä sille omalle hyvälle ololle jotain”*). Ryhmä oli antanut myös kannustusta sille, mitä teki jo oikein.

### *Odotukset ja tavoitteet ryhmälle*

Lähes kaikki ryhmäläiset kertoivat tulleen ryhmään avoimin mielin, uteliaisuudesta (*“kun on kaikkea kokeillut, niin kokeillaan vielä tätäkin”*). Yksi tutkittava kertoi tulleen ajatuksella, että *“se on varmaan samanlaista ku kaikki muukin, et ravinnosta puhutaan”*, mutta yllättyneensä myönteisesti ohjelmasta.

Myös tavoitteet olivat valtaosalla olleet hyvin avoimia. Yksi kertoi, että toivoi, että saisi vähän muutettua ajatusmalleja ja saisi enemmän ajatusta siihen, miksi käyttäytyä tietyllä lailla.

Vain kahdella tutkittavalla oli ollut painoon liittyvä tavoite: toisella, että paino tulee tippumaan ja toisella, ettei paino jatkaisi ainakaan nousua. Monella tutkittavista tavoite oli muuttunut ryhmän aikana kokonaisvaltaisemmaksi: *“ei ajatellukaan enää sitä painonhallintana vaan ehkä elämänhallintana enemmänkin”*.

Valtaosalla tavoitteet olivat olleet niin avoimia, etteivät he pystyneet vastaamaan kysymykseen tavoitteiden saavuttamisesta. Yksi tutkittava kertoo, että vaikka paino ei ole pudonnut, hän oli saanut oivalluksia, jotka tukevat omia ajatuksia ja toimintatapoja, ja joiden ansioista hän kokee mielensä olevan tasapainoisempi.

### ***Onnistumista tukeneet tekijät***

Suurin osa tutkittavista kertoi, että ryhmän tuki oli keskeinen tavoitteita ja onnistumista tukenut tekijä (*“huomas, että niin moni ihminen on samassa tilanteessa -- jotenki aina aatellu, että mä oon yksin semmosten ajatusten kanssa”*). Ryhmän tuen kerrottiin motivoineen itsensä työstämiseen. Toiseksi yleisimmin mainittu tekijä oli Hyvää elämää ja tietoista painonhallintaa -kirja (Lappalainen ym., 2014) ja siihen liittyvät harjoitukset sekä muu materiaali. Muista toimintatavoista nostettiin esille ruokapäiväkirja ja siitä saatu palaute, konkreettiset syömiseen liittyvät vinkit, keskustelu, ryhmäkerroilla tehdyt harjoitukset sekä välitehtävät. Ryhmän sopivan pienen koon ja sopivan mittaisten tapaamiskertojen mainittiin myös tukeneen onnistumista.

### ***Hyödyllisiksi koetut teemat ja ajatuksia psykologisten ja ravitsemusteemojen yhdistämisestä***

Tapaamiskertojen teemoja ja sisältöä pidettiin yleisesti mielenkiintoisina ja hyvinä. Kysyttäessä, *”mitkä asiat ryhmäohjelmasta koit erityisen hyödyllisiksi”*, kuusi tutkittavaa mainitsi tietoisuustaitoharjoittelun. Heistä kaksi nosti erikseen esille nälän ja kylläisyyden tunteiden havainnoinnin. Tutkittavista seitsemän kertoi mielenkontrollin heikentämisen ja hyväksynnän olleen heille erityisen hyödyllisiä teemoja. Kaksi tutkittavaa koki saaneensa paljon hyötyä ateriarytmin käsittelystä, ja yksi mainitsi pakkausmerkintöjen käsittelyn hyödyllisenä. Tutkittavista yksi mainitsi itsemyötätunnon ja yksi laajemmin itsetuntoasiat. Yksi kertoi tunnesyömisen käsittelyn olleen itselleen hyödyllistä. Eräs tutkittava kertoi hyötyneensä siitä, että mietittiin yksilöllisesti, millaisia muutoksia elämässä voisi tehdä.

Psykologian ja ravitsemustieteen yhdistäminen koettiin toimivaksi kokonaisuuden kannalta. Eräs tutkittava kertoi olleensa aiemmin mukana kursseilla, jotka ovat perustuneet pelkästään elintapaohjaukseen. Tällöin tuloksia oli tullut, mutta ne olivat tyssänneet kurssin loppumiseen. Toinen kertoo olleensa mukana Painonvartijoissa ja Cambridge-kuurilla, jolloin *”pää ei ole pysynyt*

*mukana*”. Kokonaismielipide tuntuu tiivistyvänkin hyvin lausahdukseen: ”*kyllä ehdottomasti pitäisi olla tämmösiä, jossa se kokonaisuus otetaan huomioon*”.

### ***Onnistumista haitanneet tekijät ja muita kehitysehdotuksia***

Onnistumista haitanneista tekijöistä osa ryhmäläisistä nosti esille ryhmän lyhyen keston, minkä takia laajoja teemoja oli vaikea sisäistää. Eräs tutkittava kuivailikin ryhmän jääneen pintaraapaisuksi, kun tapaamiseen varattu aika ei mahdollistanut teeman syvällistä käsittelyä. Kolme tutkittavista mainitsi, että omat poissaolot häiritsivät asian omaksumista. Tutkittava, joka osallistui kaikille tapaamiskerroille, taas kertoi, että ryhmää häiritsi se, että kaikki eivät olleet aina paikalla. Yksi tutkittava kertoi, että kerrat olivat liian aikaisin (kello 17-19), ja hänelle tuli kiire tulla töistä.

Kehitysehdotuksina mainittiin, että itsensä hyväksymiseen liittyvää asiaa olisi voinut olla enemmän ja aiemmin. Eräs tutkittava toivoi, että ruokapäiväkirjojen käsittely olisi ollut yksilöllisempää, ja näiden purkamiseen olisi ollut henkilökohtainen tapaaminen. Myös käytännön ruoanvalmistusta toivottiin osana ravitsemuspuolta. Yksi tutkittava toivoi kaiken kaikkiaan enemmän ravitsemusasiaa, joskin hän oli poissa parilta kerralta, jolloin aihetta käsiteltiin enemmän. Eräs tutkittava kertoi, että olisi kaivannut enemmän ulkoista kontrollointia, ja häntä olisi hyödyttänyt punnitseminen tapaamiskertojen yhteydessä.

### ***Kokemuksia painon seurannasta***

Painon seuranta osoittautui ohjelman voimakkaimmin mielipiteitä jakaneeksi toimintatavaksi. Valtaosa ryhmäläisistä kertoi, ettei vaa’alla käyminen herättänyt erityisiä tunteita (*”ei se ollu paha ku mä tiesin, et kui paljon mä painan*”). Osa koki vaa’alla käymisestä olevan hyötyä painonhallinnan kannalta, ja eräs mainitsi, että oli mielenkiintoista havaita, miten isoja heittoja vaa’an lukemassa voi olla saman päivän sisällä tai muutamassa päivässä. Yksi ryhmäläinen kertoi, että hän pääsi paremmin sinuiksi vaa’an lukeman kanssa ohjelman aikana: *”noh näytti se mitä näytti, minä oon edelleen minä*”. Tutkittavista kaksi koki vaa’alla käymisellä olleen selkeästi ikäviä ja ahdistavia vaikutuksia. Toinen koki ahdistavana sen, ettei painossa tapahtunut laskua. Yksi kertoi, että tavallaan painon seuraaminen sai tuntemaan itsensä huonommaksi: *”Sen takia, kun mun piti sitä [painoa] käydä joka päivä käyttämässä, tuli hirveesti negatiivisia tunteita itseäni kohtaan*.” Lisäksi yksi tutkittava kyseenalaisti painon seurannan tarkoituksenmukaisuuden, koska ohjelma korosti hyvää oloa painosta huolimatta.

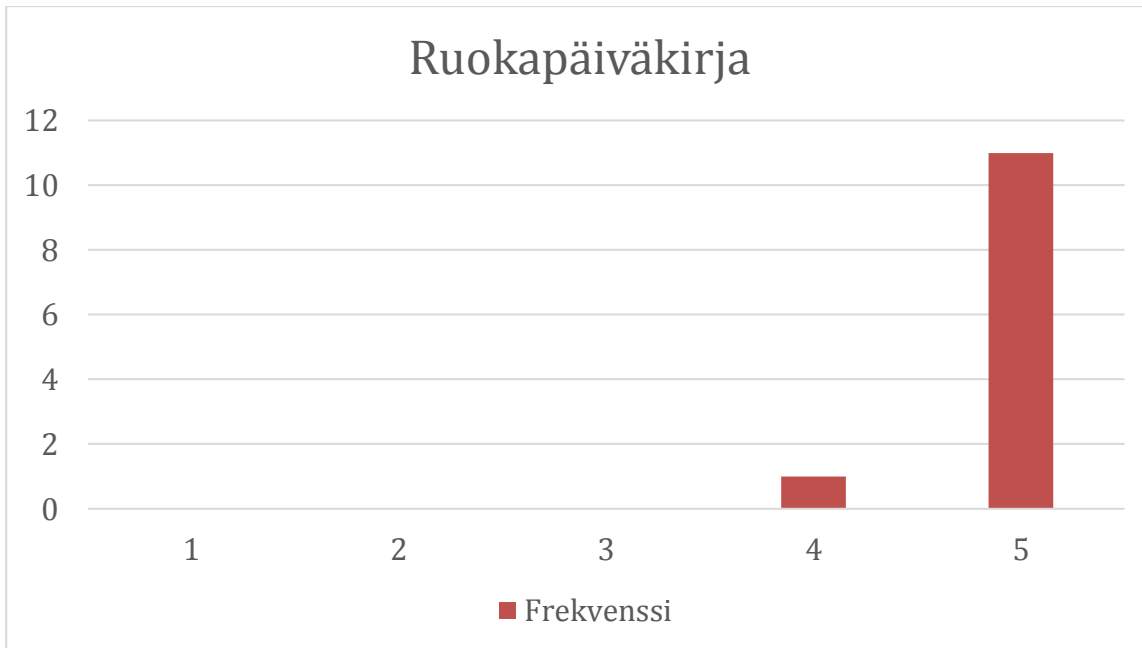
### ***Ryhmän ilmapiiri ja ohjaajan vaikutus ryhmään***

Ryhmähenkeä kuvailtiin hyväksi kaikissa haastatteluissa. Ryhmän ilmapiirin mainittiin olleen avoin, iloinen ja luottamuksellinen, mikä mahdollisti *“omana itsenään olemisen”* ja arempienkin ryhmäläisten osallistumisen. Eräs tutkittava kertoi yllättyneensä ryhmän avoimuudesta ja luottamuksellisuudesta, koska *“aihehan oli aika arka”*.

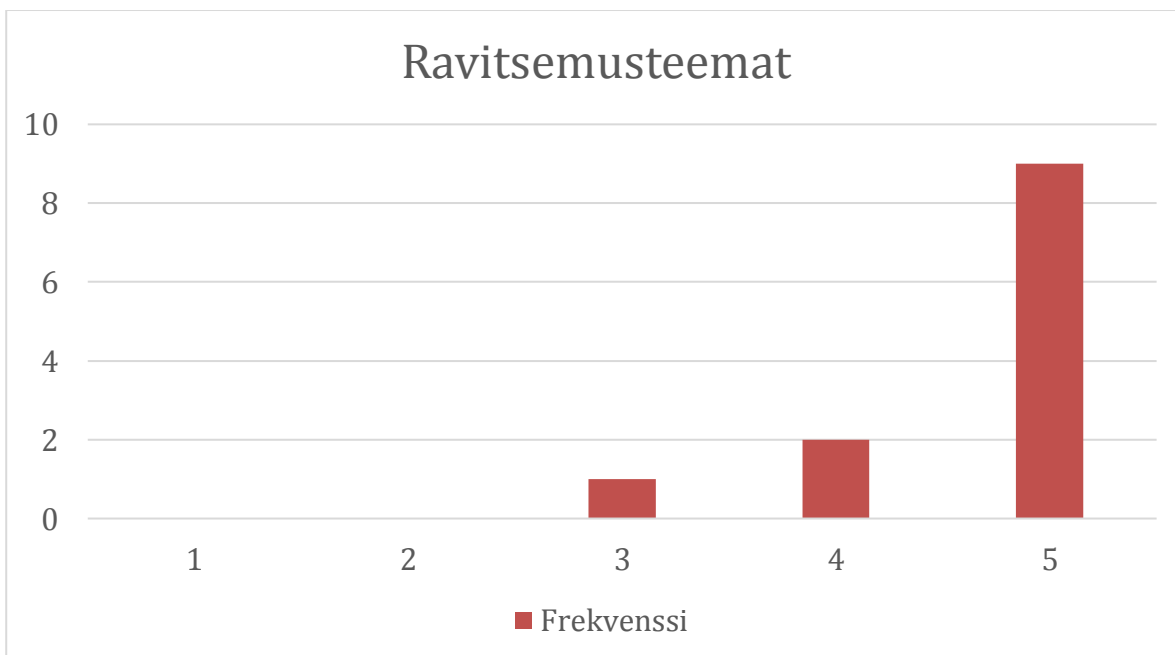
Ohjaajalla koettiin olleen myönteinen vaikutus ryhmän onnistumiseen ja ilmapiiriin. Tärkeinä ominaisuuksina koettiin iloisuus, rauhallisuus ja asiantuntijuus sekä ravitsemuksesta että psykologiasta. Selkeys, ymmärrettävyys ja kyky konkretisoida asiat mainittiin useassa haastattelussa. Helposti lähestyttävyys ja kannustavuus madalsivat muutaman mukaan kynnystä tulla ryhmään (*”ei aatellu et tullaan johki tuomiolle”*) ja osallisti myös hiljaisempia. Hyvänä koettiin myös väärien uskomusten oikaiseminen. Positiivisena koettiin myös se, että *”ohjaaja ei ollu täällä ylhäällä yläasemassa niinku, se tuli siihen samalle tasolle, et ollaan samanarvoisia”*. Yksittäisistä toimintatavoista tärkeinä koettiin ryhmäläisten nimien muistaminen ja asioiden käyminen läpi poissaolijoiden kanssa. Kehitysehdotuksena mainittiin rohkeampi väliinmeno, jos jollain ryhmäläisistä alkoi puhe rönsytä.

### ***Tyytyväisyys ohjelmaan ja näkemys ohjelman toimintatapojen tärkeydestä***

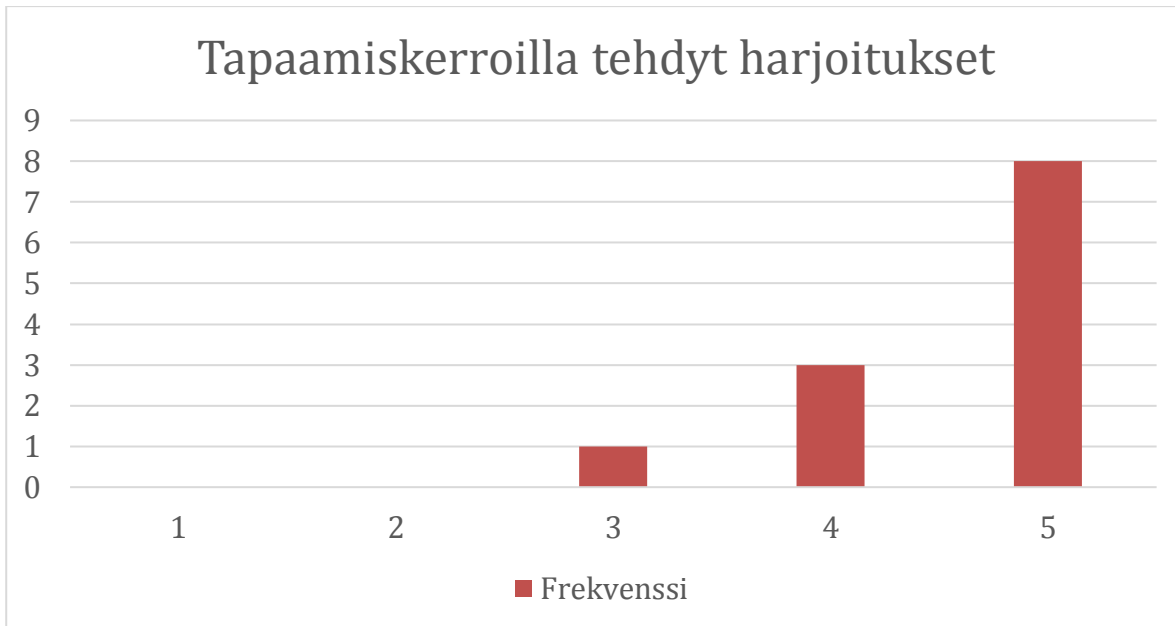
Kaikki 12 tutkittavaa kertoivat olevansa tyytyväisiä päätökseensä osallistua painonhallintaohjelmaan. Yksittäisistä toimintatavoista tärkeimmäksi koettiin ruokapäiväkirjat ja siitä saatu palaute (kuva 11). Tutkittavien kokemukset muista ryhmässä käytetyistä toimintatavoista on esitetty kuvissa 12-15.



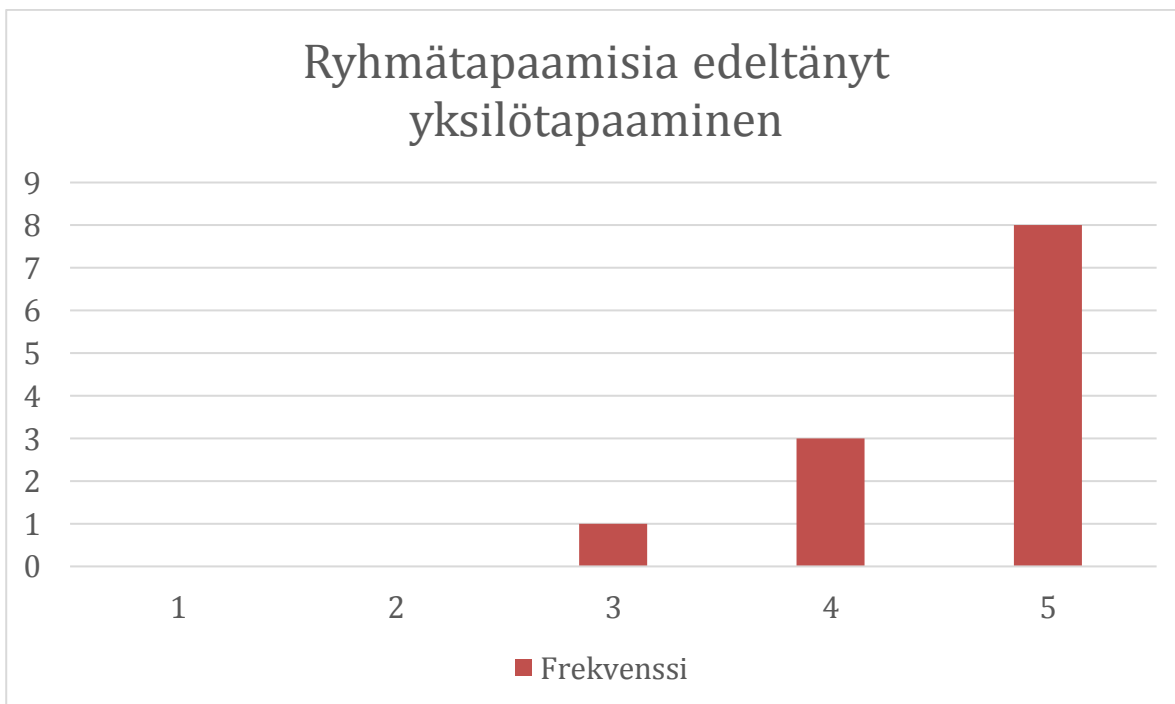
Kuva 11. Vastaus väitteeseen ”pidin ruokapäiväkirjan täyttämistä ja läpikäymistä tärkeänä”. Vastausvaihtoehdot 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä (n=12, ka=4.9).



Kuva 12. Vastaus väitteeseen ”pidin tärkeänä ravitsemusteemojen sisällyttämisen tapaamisiin”. Vastausvaihtoehdot 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä (n=12, ka=4.7).

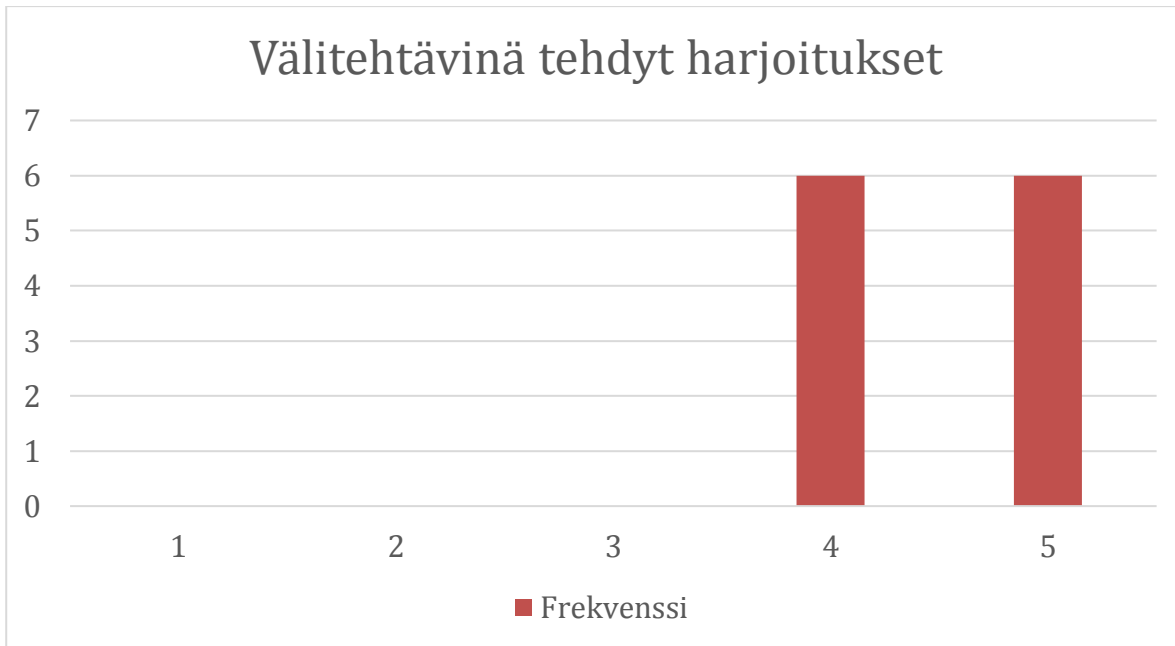


Kuva 13. Vastaus väitteeseen ”koin ryhmätapaamisissa tehdyt harjoitukset tärkeäksi”. Vastausvaihtoehdot 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä (n=12, ka=4.6).



Kuva 14. Vastaus väitteeseen ”koin yksilötapaamisen tärkeäksi ennen ryhmän alkua”. Vastausvaihtoehdot 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä (n=12, ka=4.6).





Kuva 15. Vastaus väitteeseen ”koin kotitehtävinä tehdyt harjoitukset tärkeäksi”. Vastausvaihtoehdot 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä (n=12, ka=4.5).

### Miten tuloksia voitaisiin parantaa pitkällä aikavälillä – tutkittavien kokemuksia seurannasta

Seurantahaastattelussa ohjelman keskeisenä kehityskohtana korostui edelleen ohjelman kesto, mikä nousi vahvasti esille jo loppuhaastattelussa. Tarve pidemmälle ja syvällisemmälle ohjelmalle tuli esille suurimmassa osassa haastatteluja. *”Jos painonhallintaa haluaa tällaisellä vaikuttaa, niin ne tapaamiset oli aika lyhyitä.”* Muutama tutkittava mainitsee, että syömiskäyttäytymiseen vaikuttavat toimintatavat ovat niin syvällä, että tähän on vaikea vaikuttaa viidellä tapaamisella. *”Siinä on kuitenkin niin isoja asioita. Uusia toimintatapoja voisi olla helpompi saada jatkumaan [jos tapaamiskertoja olisi enemmän].”*

Aikaa tutkittavat olisivat tarvinneet teemojen syvällisempään käsittelyyn. Yksi mainitsee, että olisi enemmän vapaata keskustelua, kuin mitä aikataulu mahdollisti. Toinen koki kaivanneensa enemmän ravitsemustietoa ja keskustelua ravitsemukseen liittyvistä asioista: *”Tuli sellainen olo siinä ryhmässä, että monella meistä ois ollut paljon kysyttävää siitä, jos sille vähän enemmän sitä aikaa”.* Myös fyysisen aktiivisuuden käsittelyyn toivottiin enemmän aikaa. Eräässä haastattelussa tuli esille myös vaikeus päästä sisälle hyväksynnän konseptiin, ja tutkittava toivoikin enemmän aikaa tämän käsittelyyn.

Vaikka ryhmäkonseptin tärkeyttä korostettiin erityisesti loppuhaastattelussa, mainitsi useampi tutkittava seuranta-haastattelussa, että olisi hyötynyt yksilöllisemmästä otteesta. *”Tosi hyvä tiivis paketti, mutta jos vielä saataisiin venytettyä ja hiukan yksilöityä, niin olisi vielä parempi tulos.”* Osa tutkittavista mainitsi kaivanneensa yksilöllisempää otetta erityisesti ravitsemuksen osalta. Yksi mainitsi toivoneensa räätälöityä ruokavalio-ohjelmaa.

Osa tutkittavista olisi kaivannut kertaustapaamisia varsinaisen intervention päättymisen jälkeen (*”--jos ois ollu että muutama kuukausi väliä ja sit ois taas ollu semmosia istuntoja missä niinku yhdessä mietitään”*). Kaksi tutkittavaa mainitsi kaivanneensa seurannan aikana tukihenkilöä: *”se ois hyvä ku ois aina langan päässä semmonen tsemppari, jolle vois soittaa”*. Yksi ehdottaa, että asioista voisi muistuttaa esimerkiksi sähköpostilla. Toinen taas koki, että ryhmän aikaisten oivallusten kirjaaminen ylös voisi auttaa myös seurannassa: *”sitä ois varmaan pitäny tässä matkan aikana tehdä niinko kirjallista mietintää”*.

Kaksi tutkittavaa nosti seuranta-haastattelussa esille kaivanneensa ryhmään selkeämpää rakennetta ja tavoitteenasettelua. *”Kun on miettinyt koko ohjelmaa, niin tavoite saisi tulla selkeämmin. -- Itse olisin kaivannut selkeätä, että mikä on se juttu, mihin tähdätään.”*

## POHDINTA

Tutkimuksessa selvitettiin hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja elintapaohjausta yhdistävän painonhallintaintervention vaikutuksia tutkittavien painoon ja syömiskäyttäytymiseen vaikuttaviin psykologisiin prosesseihin. Kyseessä oli pilottitutkimus, jossa käytetty malli yhdisti hyväksymis- ja omistautumisterapiaa elintapaohjaukseen. Mallin uutuuden takia haluttiin selvittää myös tutkittavien kokemuksia interventiota ja kehitysehdotuksia sen parantamiseksi. Keskeiset tutkimustulokset olivat hypoteesien mukaisia: painonhallintaohjelmalla oli myönteinen vaikutus painoon liittyvään psykologiseen joustavuuteen, ahmimiskäyttäytymiseen, itsemyötätuntoon, painoon liittyvään stigmaan sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Interventio ei laskenut painoa, mutta onnistui pysäyttämään sen nousun. Tutkittavien kokemukset painonhallintaohjelmasta olivat myönteisiä ja sitoutuminen ryhmään hyvä. Painonhallintaohjelman toivottiin kuitenkin olevan pitempi, mikä voisi mahdollistaa myös isomman vaikutuksen painoon.

### *Painonhallintaohjelman vaikutus syömiskäyttäytymistekijöihin ja psyykkiseen hyvinvointiin*

Painonhallintaohjelmalla havaittiin olevan selkeä myönteinen muutos lukuisiin painonhallinnan taustalla oleviin psykologisiin tekijöihin. Tutkimuksen alku- ja loppumittausten välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä muutos painoon liittyvässä psykologisessa joustavuudessa, ahmimiskäyttäytymisessä, itsemyötätunnossa sekä painoon liittyvässä stigmassa. Lisäksi psyykkistä hyvinvointia ja psyykkistä oirehdintaa mittaavissa muuttujissa havaittiin myönteinen muutos intervention alun ja lopun välillä.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia tähtää psykologisen joustavuuden lisäämiseen, joten painoon liittyvä psykologinen joustavuus (AAQ-W) oli yksi tutkimuksen keskeisimmistä muuttujista. Painoon liittyvä psykologinen joustavuus lisääntyikin merkittävästi. Painoon liittyvä psykologinen joustavuus mahdollistaa syömisestä joustavan rajoittamisen, jonka on havaittu olevan yhteydessä onnistuneeseen painonhallintaan (Sairanen ym., 2014). Myös ahmimiskäyttäytyminen, jota mitattiin BES-kyselyllä, väheni ryhmätasolla huomattavasti. Muutos oli suurin tutkittavilla, joilla ahmimistaipumus oli voimakkaampaa intervention alussa. Ahmiminen altistaa lihavuudelle, ja ahmimishäiriöstä kärsivien energiansaannin onkin havaittu olevan runsaampaa sekä ahmintapäivinä että normaaleina päivinä (Fairburn ym., 2000; Raymond ym., 2003). Vaikka tutkimuksessa ei seulottu ahmintahäiriöön liittyvää psykopatologiaa, antavat tulokset viitteitä siitä, että ahmimistaipumuksen väheneminen mahdollistaa osaltaan painonhallinnan onnistumista.

Itsemyötätunto (SCS-SF) lisääntyi ja painoon liittyvä stigma (WSSQ) väheni intervention aikana. Heikon itsemyötätunnon on havaittu olevan yhteydessä negatiiviseen kehonkuvaan ja suurempiin ruokamääriin (Wasylikiw, MacKinnon, & MacLellan, 2012). Painon liittyvän stigman taas on havaittu olevan yhteydessä lisääntyneeseen ruokamäärään ja vähäisempään fyysiseen aktiivisuuteen (Puhl & Brownell, 2009; Vartanian & Shaprow, 2008). Sekä heikko itsemyötätunto että voimakas painoon liittyvä stigma voivat olla merkkejä tyytymättömyydestä omaa kehoa ja painoa kohtaan, mikä voi altistaa tunnesyömiselle ja jojo-laihduttamiselle (Blake ym., 2013). Voidaankin ajatella, että myönteiset muutokset itsemyötätunnossa ja painoon liittyvässä stigmassa tekevät pitkäjänteisen painonhallinnan todennäköisemmäksi. Lisäksi ryhmäohjelma lisäsi hieman psyykkistä hyvinvointia, jota mitattiin MHC-SF-mittarilla, ja vähensi psyykkistä oirehdintaa, jota mitattiin DASS-21 -mittarilla. Nämä muutokset voivat osaltaan lisätä todennäköisyyttä painonhallinnan onnistumiselle (Teixeira ym., 2004)

Tutkimus osoitti, että painoon kohdistettu hyväksymis- ja omistautumisterapiainterventio voi jo lyhyessä ajassa – viiden tapaamiskerran aikana – saada aikaan erittäin myönteisiä vaikutuksia painonhallinnan taustalla olevissa psyykkisissä tekijöissä. Tutkimus vahvistaa aiemmin saatuja tuloksia siitä, että jo lyhyellä hyväksymis- ja omistautumisterapiainterventiolla voidaan tuottaa merkittäviä positiivisia vaikutuksia (Lillis ym., 2009; Folke, Parking & Melin, 2012; Kohtala ym., 2015).

Huomionarvoista on, että vaikka syömiskäyttäytymisen taustalla olevissa psykologisissa tekijöissä ja psykologista hyvinvointia kuvaavissa muuttujissa havaittiin muutos vain alku- ja loppumittauksen välillä, muuttujien kokonaispistemäärät olivat kaikkien muuttujien osalta seurantamittauksista likimain loppumittauksia vastaavissa arvoissa tai suotuisat muutokset jatkuivat ryhmätasolla. Koska tutkittavien määrän väheneminen ja tutkimusdatan estimointi heikensivät seurantamittauksen tulosten luotettavuutta, ei kuitenkaan voida vetää johtopäätöstä, että intervention aikana tapahtuneet muutokset pysyisivät pitkällä aikavälillä.

Kyselyissä havaitut myönteiset tulokset syömiskäyttäytymisen taustalla olevissa psyykkisissä tekijöissä ja psykologista hyvinvointia kuvaavissa muuttujissa tulivat esille myös loppu- ja seurantahaastatteluissa, joissa tutkittavat kertoivat tehneensä merkittäviä oivalluksia terveyskäyttäytymisensä suhteen. Ohjelma oli esimerkiksi auttanut havainnoimaan nälän ja kylläisyyden tuntemuksia, kontrolloimaan tunnesyömistä ja lisännyt joustavuutta syömiseen. Haastatteluissa selvisi myös, että useille tutkittaville painonhallintaohjelmalla oli myös laajempi hyvinvointia edistävä vaikutus. Eräällä tutkittavilla ohjelma vähensi uniongelmia ja toinen raportoi ilon lisääntyneen arjessa ohjelman aikana. Lisäksi moni oli tehnyt tärkeän oivalluksen, että hyvään oloon liittyy paljon muutakin kuin paino.

## ***Painonhallintaohjelman vaikutus painoon***

Painonhallintaohjelmalla ei havaittu olevan vaikutusta painoon. Tämä tulos erosi aiemmista tutkimuksista, joissa hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvilla painonhallintainterventiolla on kyetty vaikuttamaan painoon ja oli täten ennako-odotusten vastainen (Forman ym., 2009, Forman ym., 2013, Niemeier ym., 2012). Nämä interventiot ovat kuitenkin olleet kuitenkin pitempiä (kestot 12-40 viikkoa). Lyhyemmissä interventioissa ei ollakaan onnistuttu vaikuttamaan painoon merkittävästi (Tapper ym., 2009; Lillis ym., 2009).

On myös huomattava, että tässä tutkimuksessa tapa yhdistää hyväksymis- ja omistautumisterapiaa elintapaohjaukseen erosi huomattavasti vastaavista tutkimuksista. Tässä tutkimuksessa päädyttiin kattamaan elintapaintervention osuus ”luento-osuuksilla”, jossa tutkittaville annettiin tietoa terveellisen ruokavalion peruspilareista ja vinkkejä terveelliseen syömiseen käytännössä. Lisäksi tutkittavat täyttivät tutkimuksen alussa kolmen päivän ajan ruokapäiväkirjaa, josta he saivat kirjallista palautetta. Palautteen tarkoituksena oli tarjota tutkittaville ajatusta ruokavalion mahdollisista korjauskohdista. Tutkittaville ei kuitenkaan annettu tavoiteruokavaliota tai treeniohjelmaa, vaan he olivat itse vastuussa tavoitteen asettelusta. Toimintamallin perusteena oli kunnioittaa hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteita, jossa tavoitteenasettelu lähtee sisäsyntyisesti ilman kokemusta ulkoisesta pakotteesta.

Painonhallintaohjelmassa ei missään vaiheessa korostettu painonpudotusta, vaan annettiin tietoa terveellisistä elämäntavoista ja työkaluja elämänmuutosten tekemiseen. Tutkittaville ei missään vaiheessa interventiota annettu ”ulkopuolelta” tavoitteita painonpudotukseen, syömiseen tai fyysiseen aktiivisuuteen liittyen, vaan tutkittavat loivat itse omat tavoitteensa omiin toiveisiinsa ja elämäntilanteeseen sopivaksi. Jokaisen kerran jälkeen tutkittaville jäi kaksi kotitehtävää: toteuttaa yksi pieni teko, jolla saisi parannettua kokonaishyvinvointia ja yksi pieni teko, jolla saisi parannettua elintapoja. Tausta-ajatuksena oli, että keskitytään kokonaishyvinvoinnin paranemiseen, ja luodaan pohjaa, jossa pysyvä painonpudotus voisi olla mahdollista. Painonpudotuksen sijaan ohjelma keskittyikin enemmän muuttamaan suhdetta painoon ja syömiseen, ja antamaan työkaluja näiden hallintaan. Painonpudotus ei siis ollut painonhallintaohjelman itseisarvo, vaan lähinnä sivutuote, joka voisi seurata mukana.

Aiemmissä hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvissa painonhallintatutkimuksissa elintapamuutokselle on puolestaan esitetty selkeät raamit. Esimerkiksi Niemeierin ym. (2012) ja Formanin ym. (2013) tutkimuksissa tutkittavat ohjeistettiin noudattamaan 1200-1500 kcal sisältämää ruokavaliota, josta alle 25 energiaprosenttia tulee rasvasta, ja lisäämään

asteittain liikuntaa 200-280 minuuttiin per viikko. Tutkimuksissa, joissa tutkittaville on annettu ohjeet suositellusta energiansaannista ja liikuntamäärästä, ovat onnistuneet tuottamaan hyviä painonpudotustuloksia (Niemeier ym., 2012, Forman ym., 2013). Näiden ohjelmien vaikutukset syömiskäyttäytymisen taustalla oleviin psykologisiin tekijöihin eivät olleet kuitenkaan yhtä laajasti osoitettavissa kuin tässä tutkimuksessa, vaikkakin pieni tutkittavien määrä ja yhden ryhmän asetelma rajoittavat johtopäätösten tekemistä. On kuitenkin mahdollista, että kognitiivinen rajoittaminen heikentää psykologisen hyvinvoinnin ja painonhallinnan taustalla olevien psykologisten prosessien paranemista, ja että juuri huomion siirtäminen pois painosta mahdollisti psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuneet myönteiset muutokset tässä tutkimuksessa.

Painonhallintaohjelman osallistujat olivat kokeneita laihduttajia, jotka olivat ”kokeilleet kaikkea”. Suurella osalla epäonnistuneet laihdutusyritykset olivat johtaneet turhautumiseen ja pystyvyyden tunteen laskuun. Isolla osalla tutkittavista paino olikin edellisen vuoden aikana noussut. Keskimääräinen painonnousu oli 5,6 kg edellisen vuoden aikana. Onkin huomionarvoista, että vaikka paino ei laskenutkaan, painonhallintaohjelma onnistui ainakin katkaisemaan tämän painonnousun. Osallistujien ”jojo”-historian takia laihduttamisen ajattelevina osana laajempaa kokonaisuutta – hyvää elämää – tuntuukin olleen hyödyllistä, vaikka paino ei laskenutkaan intervention aikana.

On myös huomattava, että terveellinen ravitseminen ja fyysinen aktiivisuus edistävät sekä fyysistä että psyykkistä hyvinvointia, vaikka painossa ei tapahtuisi muutoksia (Pietiläinen, Mustajoki & Borg, 2015). Onkin havaittu, että painotyytyväisyys on yhteydessä terveellisiin elämäntapoihin. Blaken ja kollegoiden tutkimuksessa (2013) koehenkilöt, jotka olivat tyytyväisempiä painoonsa, söivät terveellisemmin ja liikkuivat enemmän, verrattuna samanpainoisiin henkilöihin, jotka kärsivät kehotyytymättömyydestä. Painonpudotusta ei siis välttämättä vaadita terveyden parantamiseksi. Tämän kaltaisia vaikutuksia voitiin nähdä nytkin: tutkittavilla on painonhallintaohjelman myötä tapahtunut muutoksia, jotka todennäköisesti edistävät huomattavasti heidän hyvinvointiaan ja edesauttavat painonhallintaa myös tulevaisuudessa.

### ***Osallistujien kokemukset painonhallintaohjelmasta***

Osallistujat kokivat painonhallintaohjelman erittäin myönteisenä. Tärkeänä koettiin psykologisten prosessien ja elintapaohjauksen yhdistäminen ja se, että painonhallintaa käsiteltiin osana laajempaa hyvinvointia. Osallistujat pitivät ryhmäkonseptia ja ryhmästä saatua vertaistukea oleellisena. Osa korosti kuitenkin, että oivallusten ja ryhmähengen kannalta oli tärkeää, että ryhmä oli riittävän pieni. Ohjaajan ominaisuuksista ”asiantuntijuus”, selkeys ja samanarvoisuus koettiin tärkeinä.

Sen sijaan säännöllinen painontarkkailu jakoi vahvasti mielipiteitä osallistujien keskuudessa. Painonseuranta yhdistettiin interventiossa hyväksymisharjoitukseen, ja osallistujia kehoitettiin punnituksen yhteydessä tarkastelemaan mieleen nousseita ajatuksia ja tunteita arvottamatta näitä. Painonseurannan oli myös tarkoitus ohjata tutkittavia havaitsemaan, millaiset asiat vaikuttavat painoon ja mahdollistaa oivalluksia omien toimintatapojen toimivuudesta. Valtaosa osallistujista suhtautui punnitukseen neutraalisti tai sai oivalluksia painoon vaikuttavista tekijöistä. Osalla painonseuranta kuitenkin aiheutti ahdistusta omaa kehoa kohtaan. Painonseurannan negatiiviset vaikutukset tekevätkin siitä kyseenalaisen menetelmän ryhmätasolla käytettynä. Säännöllisen painonseurannan on havaittu olevan yhteydessä onnistuneeseen painonpudotukseen, mikä tekee siitä hyvän työkalun painonhallintainterventioissa (Burke, Wang & Sevick, 2011). Tämän tutkimuksen kokemukset osoittavat kuitenkin, että menetelmän käytössä tulisi olla sensitiivisempi ja on tarpeen käsitellä punnituksesta seuranneita kielteisiä tunteita.

Kaiken kaikkiaan tästä tutkimuksesta saadut myönteiset kokemukset kuitenkin vahvistavat aiempia tuloksia siitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapiainterventiot ovat hyvin pidettyjä osallistujien keskuudessa, ja tutkittavat ovat poikkeuksellisen sitoutuneita ryhmiin (Niemeier ym., 2012; Forman ym., 2013). Huomionarvoista olikin se, että ryhmäläiset olivat hyvin sitoutuneita painonhallintaohjelmaan ja keskeyttäneitä ei ollut ryhmän aloittaneissa. Yksi tähän todennäköisesti vaikuttaneita tekijöitä oli ennen ryhmätapaamisia ollut yksilöllinen alkutapaaminen. Vaikka tapaamisen keskeinen sisältö oli alkukyselyiden täyttäminen ja varsinaista asiaa oli vain vähän, tapaamisen koki tärkeäksi 11/12 tutkittavasta. Alkutapaaminen, jossa tutkittava tapasi ryhmän ohjaajan kahden kesken, siis saattoi madaltaa kynnystä ryhmään tulemiseen ja mahdollisesti sitoutti ryhmään. Valitettavasti ryhmäläisten motivaatiosta huolimatta yksittäisiä poissaolokertoja oli melko paljon: tutkittavat osallistuivat keskimäärin 3,75 ryhmätapaamiseen viidestä. Näin intensiivisessä ja lyhyessä interventiossa poissaolot vaikuttavat väistämättä asian omaksumiseen. Poissaolojen aiheuttamaa haittaa yritettiin paikata lähettämällä poissaolijoille sähköpostilla tiivistelmä käsitellyistä aiheista seuraavaksi kerraksi jääneet välitehtävät.

### ***Painonhallintaohjelman kehityskohdat***

Haastatteludatan perusteella intervention merkittävimmäksi heikkoudeksi koettiin intervention lyhyys, joka ei mahdollistanut aiheiden syvällistä käsittelyä. Tutkimus jouduttiin tekemään pienillä resursseilla, mikä vaikutti ohjelman rakenteeseen ja painonhallintaohjelman keston. Aihepiirit jouduttiinkin käymään läpi tapaamiskerroilla vain pintaraapaisuna, ja tutkittaville itselleen jäi paljon vastuuta aiheiden sisäistämisessä. Intervention lyhyttä kestoja pyrittiin kompensoimaan sillä, että

tutkittavia ohjeistettiin kertaamaan työkirjasta (Lappalainen, Lappalainen & Granlund (2014): Hyvää elämää ja tietoista painonhallintaa) käsitelty aihe ja tekemään harjoituksia kirjassa ja verkossa (Headsted Oy, 2014-2017).

Pilottitutkimus toteutettiin psykologian Pro Gradu -tutkielmana. Sillä tutkimuksen ensisijainen tarkoitus oli edistää psykologista tietämystä, jouduttiin ohjelman lyhyen keston takia karsimaan erityisesti elintapaohjauksen puolta. Elintapaohjauksen sisällyttämistä pidettiin kuitenkin tärkeänä osana painonhallintaohjelmaa. Ruokapäiväkirjojen täyttämisen ja läpikäymisen koettiin olevan yksittäisistä menetelmistä tärkeimpiä: kaikki tutkittavat kokivat ruokapäiväkirjat hyödylliseksi. Ruokapäiväkirjaa voisikin hyödyntää jatkossa entistä tehokkaammin. Eräs tutkittava ehdotti, että ruokapäiväkirjoihin liittyen olisi ollut yksilöllinen tapaaminen, jolloin kirjallisen palautteen lisäksi kukin tutkittava olisi päässyt keskustelemaan tarkemmin kehityskohdista.

Myös ravitsemuksen roolia pidettiin tärkeänä interventiossa: 92% tutkittavista oli joko täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että ravitsemusteemojen sisällyttäminen tapaamiseen oli hyödyllistä. Ravitsemuksen ja muun elintapaohjauksen roolia olisikin mielekästä kasvattaa pidemmässä interventiossa, jolloin ravitsemusteemoille ja näistä käytäville keskusteluille olisi enemmän tilaa, ja interventioon voitaisiin sisällyttää paremmin myös fyysisen aktiivisuuden osuutta. Ravitsemus- ja liikuntateeman ympärille voisi lisätä myös toiminnallista tekemistä. Eräs tutkittava ehdotti käytännön ruoanvalmistuksen lisäämistä interventioon. Lisäksi monissa interventioissa käytetty kaupakerta voisi olla hyödyllinen lisä ohjelmaan.

Kaiken kaikkiaan tutkittavat kokivat, että ohjelman yksilöllisempi räätälöinti voisi parantaa siitä saatuja tuloksia. Loppuhaastatteluista näkyikin, että tutkittavat ovat kokeneet hyvin erilaiset asiat tärkeinä. Siinä, missä yksi koki itsemyötätunteeman itselleen tärkeimpänä teemana, toisen mielestä tämän tyyppinen käsittely oli turhaa. Aiemmin esitellyn yksilöllisen ravitsemuskerran lisäksi interventioon voisikin olla hyvä yhdistää myös tapaaminen, jossa voitaisiin työstää tutkittavalle olennaisimpia psykologisia teemoja. Lisäksi yksilöllistä alkutapaamista voitaisiin hyödyntää nykyistä tehokkaammin. Alkutapaamisessa voisi olla hyödyllistä soveltaa esimerkiksi Opiskelijan Kompassi -interventiossa käytettyä mallia, jossa asiakkaan tilanteesta tehdään alkutapaamisessa käyttäytymisanalyysi, jolla kuvataan asiakkaan keskeiset ongelmat ja niihin vaikuttavat tekijät (Räsänen ym., 2016; Lappalainen, Miettinen & Lehtonen, 2007).

Tutkittavilta nousi toive selkeämpään rakenteeseen ja tavoitteen asettamiseen. Selkeyttä voisi jatkossa lisätä tiedottamalla ryhmäläisiä paremmin kunkin tapaamiskerran teemoista ja tavoitteista jo etukäteen. Nyt kunkin tapaamiskerran teema esiteltiin kunkin ryhmätapaamisen alussa. Tavoitteen asettelua voitaisiin parantaa asettamalla nykyistä vahvemmin pitkän- ja keskipitkän aikavälin tavoitteita, jotka ovat osa myös HOT-mallia (Hayes ym., 2013). Nykyisellään



interventio keskittyi lyhyen aikavälin tavoitteisiin: kotitehtäväksi jäi joka kerralta miettiä pienin mahdollinen teko oman kokonaishyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Pitkän aikavälin tavoite käsiteltiin laajemmin arvotyöskentelyn muodossa. Konkreettiset, yksilöllisesti luodut pitkän- ja keskipitkän aikavälin tavoitteet voisivatkin luoda tutkittaville tarvittavaa rakennetta ja luoda parempia tuloksia.

### ***Tutkimukseen liittyvät ongelmat***

Toteutetussa pilottitutkimuksessa on lukuisia tutkimuksellisia heikkouksia, jotka haittaavat tutkimustiedon yleistettävyyttä. Keskeinen tutkimuksellinen ongelma oli tutkittavien pieni lukumäärä (12). Saadun tiedon luotettavuutta heikensi myös yhden ryhmän tutkimusasetelma, jolloin ryhmässä havaitulle muutokselle ei ollut vertailukohtaa (vrt. esim. Forman ym., 2013, jossa HOT-ryhmää verrattu perinteisen elintapaohjauksen saaneisiin). Luonnollisesti myös tutkittavien rajaaminen naisiin heikentää yleistettävyyttä.

Tutkimus keskittyi muutokseen psykologisissa prosesseissa, minkä takia terveystottumusten mittaaminen oli vajavaista. Ainut tutkimuksessa käytetty elintapamuutoksen mittari oli paino, joka kertoo mahdollisista muutoksista terveystottumuksissa. Kuvaavampi mittari olisi ollut vyötärön ympärysmitta, jonka on havaittu korreloivan hyvin terveydelle haitallisen viskeraalisen rasvan määrän kanssa (Kuk ym., 2006). Onkin mahdollista, että kehossa on tapahtunut muutoksia, vaikka painossa ei. Vyötärön ympärysmittauksessa on kuitenkin riski suurillekin mittaajien välisille eroille (Ulijaszek & Kerr, 1999), ja koska loppu- ja seurantamittauksen toteuttivat neljä mittauksissa kokematon opiskelijaa, päätettiin vyötärön ympärysmittauksen ottamisesta luopua.

On myös hyvä huomata, että ryhmän ohjaaja oli psykologian loppuvaiheen opiskelija, eikä täten omannut vuosien kokemusta HOT-menetelmän käytöstä tai ryhmän ohjaamisesta. Formanin ym., tutkimuksessa (2013) havaittiin, että eksperttien ohjaamat ryhmät tuottivat selvästi parempia tuloksia noviiseihin verrattuna. Eksperteillä tarkoitettiin tässä yhteydessä klinisiä psykologeja, joilla oli kokemusta painonhallintaryhmien ohjaamisesta ja keskimäärin seitsemän vuoden klininen työkokemus ja noviiseilla väitöskirjatyöntekijöitä, joilla oli asiantuntemusta menetelmistä, muttei ollenkaan tai vähän kokemusta painonhallintaryhmien ohjaamisesta. Toisaalta tässä tutkimuksessa saadut lupaavat tulokset psykologisen hyvinvoinnin paranemisesta ohjaajan kokemuksen puutteesta huolimatta vahvistavat aiemmin tehtyä löydöstä siitä, että HOT-menetelmillä voidaan aikaansaada merkittävä muutos ohjaajan kokemuksesta riippumatta (Kohtala ym., 2015). On kuitenkin mahdollista, että kokeneemman ohjaajan toimesta oltaisiin voitu vaikuttaa paremmin myös osallistujien painoon.

### *Johtopäätökset ja lisätutkimuksen tarve*

Tutkimus antoi uutta, tärkeää tietoa hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) käytöstä painonhallinnassa ja loi uudenlaisen mallin HOT:n yhdistämisestä elintapaohjaukseen. Johtopäätösten tekemistä rajoittavat kuitenkin pieni tutkittavien määrä ja kontrolliryhmän puute. Käytetty tutkimusmenetelmä ei poista mahdollisuutta, että tuloksiin ovat vaikuttaneet muut tekijät kuin käytetty interventio. Tutkimustuloksista voidaankin tehdä vain varovaisia johtopäätöksiä työikäisten painonhallinnan kanssa kamppailevien naisten osalta.

Tutkimuksen tulokset syömiskäyttäytymisessä ja painonhallinnan taustalla olevissa psykologisissa prosesseissa tapahtuneiden muuttujien suhteen olivat lupaavia. Kehitetyllä mallilla onnistuttiin lisäämään painoon liittyvää psykologista joustavuutta, itsemyötätuntoa ja psykologista hyvinvointia ja vähentämään ahmimistaipumusta, painoon liittyvää stigmaa ja psykologista pahoinvointia. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat tutkimustuloksia siitä, että HOT-interventiolla voidaan tuottaa tuloksia jo lyhyessä ajassa. Malli näyttäisi toimivan erityisen hyvin henkilöillä, joilla esiintyy ongelmia psykologisissa prosesseissa, kuten psykologinen joutavuus, tai syömiskäyttäytymisessä, kuten ahmimistaipumus tai epäintuitiivinen syöminen. Lyhytinterventiolla onnistuttiin tasaamaan painonnousu, mutta näyttäisi siltä, että painonpudotus vaatisi tuekseen pidemmän ja syvällisemmän ohjelman.

Tutkimuksesta saadun tiedon avulla mallia voidaan kehittää paremmaksi. Lupaavien tulosten kannustamina tarvittaisiin tutkimusta, jossa selvitetäisiin, miten pidemmällä ohjelmalla, paremmalla yksilöllisten tarpeiden huomioinnilla ja lisäämällä elintapaohjauksen määrää saataisiin vaikutettua psykologisten tekijöiden lisäksi painoon ja elintapoihin. Olisi mielekasta tutkia myös, miten mallia onnistuttaisiin paremmin kohdistettua homogeenisemmille ryhmille, kuten ahmimistaipumuksesta kärsivät tai voimakasta painoon liittyvää stigmaa kokevat henkilöt.

## LÄHTEET

- Anderson, J. W., Konz, E. C., Frederich, R. C., & Wood, C. L. (2001). Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *The American journal of clinical nutrition*, 74(5), 579-584.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176.
- Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. (2002) Gender differences in patients with binge eating disorder. *Int J of Eating Disorders*;31:63–70.
- Blake, C. E., Hébert, J. R., Lee, D. C., Adams, S. A., Steck, S. E., Sui, X., ... & Blair, S. N. (2013). Adults with greater weight satisfaction report more positive health behaviors and have better health status regardless of BMI. *Journal of obesity*, 2013.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
- Brownell, K. D. (2002). The environment and obesity. Kirjassa: C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (toim.), *Eating disorders and obesity*. New York: Guilford.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International journal of obesity*, 27(8), 955-962.
- Byrne, S. M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1341-1356.
- Burke, L. E., Wang, J., & Sevick, M. A. (2011). Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(1), 92-102.
- Christiansen, T., Bruun, J. M., Madsen, E. L. and Richelsen, B. (2007) Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. *Obesity* 15, 413–420.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* Lawrence Earlbaum Associates. *Hillsdale, NJ*, 20-26.
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*, 6(1), 67-85.
- Ellis, P.D. (2009), "Effect size calculators," <https://www.polyu.edu.hk/mm/effectsizafaqs/calculator/calculator.html> Käytetty: [30.3.2017].
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General psychiatry*, 57(7), 659-665.

- Ferreira, C., & Trindade, I. A. (2015). Body image-related cognitive fusion as a main mediational process between body-related experiences and women's quality of life. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 91-97.
- Fogelholm, M., Hakala, P., Kara, R., Kiuru, S., Kurppa, S., Kuusipalo, H., ... & Sarlio-Lähteenkorva, S. (2014). Terveyttä ruoasta, Suomalaiset ravitsemussuositukset. *Valtion ravitsemusneuvottelukunta*.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., Bradley, L. E., Lowe, M. R., Herbert, J. D., & Shaw, J. A. (2013). The mind your health project: a randomized controlled trial of an innovative behavioral treatment for obesity. *Obesity*, 21(6), 1119-1126.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 223-235.
- Foster, G. D., Makris, A. P., & Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *The American*
- Franz, M. J., VanWormer, J. J., Crain, A. L., Boucher, J. L., Histon, T., Caplan, W., ... & Pronk, N. P. (2007). Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(10), 1755-1767.
- Gifford, E.V., Lillis J. Avoidance and inflexibility as a common clinical pathway in obesity and smoking treatment. *Journal of health psychology*. 2009; 14(7):992–996.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.
- Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., & Polusny, M. (2004). A, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH, Zvolensky MJ, Eifert GH, Bond FW, Forsyth JP, Karekla M, McCurry SM: Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec*, 54(4), 553-578.

Headsted Oy. (2014-2017) Tietoista painonhallintaa. [verkkosivu] Saatavissa: <https://headsted.fi/ohjelmat/paino/> [viitattu 13.4.2017]

Helldán, A., Helakorpi S., Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveystietäytyksen ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2015, 188 sivua. Helsinki 2015.

Henry, Julie D., and John R. Crawford. "The shortform version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS21): Construct validity and normative data in a large nonclinical sample." *British Journal of Clinical Psychology* 44.2 (2005): 227-239.

Johnston, B. C., Kanters, S., Bandayrel, K., Wu, P., Naji, F., Siemieniuk, R. A., ... & Jansen, J. P. (2014). Comparison of weight loss among named diet programs in overweight and obese adults: a meta-analysis. *Jama*, 312(9), 923-933.

Karhunen, L., Lyly, M., Lapveteläinen, A., Kolehmainen, M., Laaksonen, D. E., Lähteenmäki, L., & Poutanen, K. (2012). Psychobehavioural factors are more strongly associated with successful weight management than predetermined satiety effect or other characteristics of diet. *Journal of obesity*, 2012.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.

Katterman, S. N., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Forman, E. M., & Lowe, M. R. (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 45-50.

Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical psychology and psychotherapy*, 15(3), 181.

Kohtala, A., Lappalainen, R., Savonen, L., Timo, E., & Tolvanen, A. (2015). A four-session acceptance and commitment therapy based intervention for depressive symptoms delivered by masters degree level psychology students: A preliminary study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(03), 360-373.

Kuk, J. L., Katzmarzyk, P. T., Nichaman, M. Z., Church, T. S., Blair, S. N., & Ross, R. (2006). Visceral fat is an independent predictor of all-cause mortality in men. *Obesity*, 14(2), 336-341.

Lamers, S. M., Glas, C. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *European journal of psychological assessment*.

Lappalainen, R., Lappalainen, P. & Granlund, A. (2014). Hyvää elämää ja tietoista painonhallintaa. Tietoisuustaidot ja joustavuus muutoksen tukena. Työkirja. Tampere: Suomen käyttäytymistieteellinen tutkimuslaitos.

Lappalainen, R., Miettinen, I., & Lehtonen, T. (2007). *Käyttäytymisanalyysi käytännön terapiatyössä*. (2.painos). Tampere, Finland: SKT. SKT:n julkaisusarja, 2.1.

- Lihavuus (aikuiset) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 1.9.2016). Saatavilla Internetissä: [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi).
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(4), 348.
- Lillis, J., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2011). Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. *Behavior modification*, 0145445510397178.
- Lillis, J., & Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of contextual behavioral science*, 3(1), 1-7.
- Lillis, J., Levin, M. E., & Hayes, S. (2011). Exploring the relationship between BMI and health-related quality of life: a pilot study of the impact of weight self-stigma and experiential avoidance. *Journal of Health Psychology*, 1359105310388321.
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring Weight Self-stigma: The Weight Self-stigma Questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971-976.
- Lillis, J., Niemeier, H. M., Ross, K. M., Thomas, J. G., Leahey, T., Unick, J., ... & Wing, R. R. (2015). Weight loss intervention for individuals with high internal disinhibition: design of the Acceptance Based Behavioral Intervention (ABBI) randomized controlled trial. *BMC psychology*, 3(1), 17.
- Loveman, E., Frampton, G. K., Shepherd, J., Picot, J., Cooper, K., Bryant, J., et al. (2011). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review. *Health Technol Assess*, 15(2), 1.
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2, 97-101.
- Luoma, J. B. (2015) Workshop, Jyväskylän yliopisto.
- MacLean, P. S., Wing, R. R., Davidson, T., Epstein, L., Goodpaster, B., Hall, K. D., et al. (2015). NIH working group report: innovative research to improve maintenance of weight loss. *Obesity*, 23(1), 7-15. doi:10.1002/oby.20967.
- Meule, A., Westenhöfer, J., & Kübler, A. (2011). Food cravings mediate the relationship between rigid, but not flexible control of eating behavior and dieting success. *Appetite*, 57(3), 582-584.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. BO 1998-2012. *Mplus user's guide*, 7.
- Männistö, S., Laatikainen, T., & Vartiainen, E. (2012). Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. *Tutkimuksesta tiiviisti: 2012\_4*.
- Neff, K., & Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*, 78-106.
- Niemeier, H. M., Leahey, T., Reed, K. P., Brown, R. A., & Wing, R. R. (2012). An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: a pilot study. *Behavior therapy*, 43(2), 427-435.

- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *Journal of clinical psychology*, 68(12), 1322-1338.
- Pekurinen, M. (2006). Mitä lihavuus maksaa. *Duodecim*, 122(10), 1213-4.
- Pietiläinen, K., Mustajoki, P., Borg, P. Lihavuus (2015). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:1802–1815.
- Puhl, R. M., Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 18, 250-255.
- Ratcliffe, D., & Ellison, N. (2015). Obesity and internalized weight stigma: A formulation model for an emerging psychological problem. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(02), 239-252.
- Raymond, N. C., Neumeyer, B., Warren, C. S., Lee, S. S., & Peterson, C. B. (2003). Energy intake patterns in obese women with binge eating disorder. *Obesity Research*, 11(7), 869-879.
- Rogers, J. M., Ferrari, M., Mosely, K., Lang, C. P., & Brennan, L. (2016). Mindfulness- based interventions for adults who are overweight or obese: a meta- analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity Reviews*.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P. L., & Rotella, C. M. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive psychiatry*, 41(2), 111-115.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided ACT intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 78, 30-42.
- Sairanen, E., Tolvanen, A., Karhunen, L., Kolehmainen, M., Järvelä, E., Rantala, S., ... sPsychological Flexibility and Mindfulness Explain Intuitive Eating in Overweight Adults. *Behavior modification*, 0145445515576402.
- Sairanen, E., Lappalainen, R., Lapveteläinen, A., Tolvanen, A., & Karhunen, L. (2014). Flexibility in weight management. *Eating behaviors*, 15(2), 218-224.
- 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.

- Tanofsky MB, Wilfley DE, Spurrell EB, Welch R, Brownell KD (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *Int J of Eating Disorders*. 21:49–54.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396-404.
- Teixeira, P.J., Going, S.B., Houtkooper, L.B., Cussler, E.C., Metcalfe, L.L., Blew, R.M., et al. (2004) Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *Int J of Obesity*, 28,1124–1133.
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 1.
- Timmerman, G. M. (1999). Binge eating scale: further assessment of validity and reliability1. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 4(1), 1-12.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., ... & Salminen, V. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343-1350.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of counseling psychology*, 60(1), 137.
- Ulijaszek, S. J., & Kerr, D. A. (1999). Anthropometric measurement error and the assessment of nutritional status. *British Journal of Nutrition*, 82(03), 165-177.
- Vartanian LR, Shaprow JG. Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: a preliminary investigation among college-aged females. *J Health Psychol* 2008;13:131–138.
- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body image*, 9(2), 236-245.
- WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:1-253; PMID: 11234459.
- Westenhoefer, J. (2001). The therapeutic challenge: behavioral changes for long-term weight maintenance. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 25.
- Westenhoefer, J., Engel, D., Holst, C., Lorenz, J., Peacock, M., Stubbs, J., ... & Raats, M. (2013). Cognitive and weight-related correlates of flexible and rigid restrained eating behaviour. *Eating behaviors*, 14(1), 69-72.
- Wing, R. R. & Hill, J. O (2001) Successful weight loss maintenance. *Annu. Rev. Nutr.* **21**, 323–341



# LIITTEET

## Liite 1. Loppuhaastattelun kysymysrunko

### Painonhallintaryhmän merkitys

- Millainen vaikutus painonhallintaohjelmalla oli sinulle?
- Millaisia hyötyjä koet saaneesi painonhallintaohjelmasta?
- Koitko että painonhallintaohjelmalla oli kielteisiä vaikutuksia ? Ja millaisia ?
- Minkälaisia odotuksia sinulla oli painonhallintaryhmään tullessasi ?
- Minkälaisia tavoitteita sinulla oli painonhallintaryhmään tullessa ? Onko tavoitteesi muuttuneet, jos ovat niin miten ?
- Saavutitko tavoitteesi ?
- Mitkä asiat ryhmän toiminnassa tukivat tavoitteitasi?
- Mitkä asiat ryhmän toiminnassa haittasivat tavoitteisiisi pääsyä?
- Miten kuvailisit ryhmähenkeä ?
- Oletko tyytyväinen, että osallistuit painonhallintaohjelmaan?

### Tapaamiskertojen teemat ja toimintatavat

- Millaisia ajatuksia sinulla on tapaamiskertojen teemoista ja sisällöistä?
- Mitkä asiat ryhmäohjelmasta koit erityisen hyödyllisiksi?
- Onko sinulla mielessä sellaisia asioita, joita jäit kaipaamaan/olisit halunnut käsitellä ohjelmassa?
- Millaisia ajatuksia sinulla on siitä, että tässä ohjelmassa yhdistettiin psykologisia menetelmiä, ravitsemus- ja elämäntapaohjaukseen?
- Mitkä painonhallintaohjelman toimintatavoista olivat sinulle toimivia ja hyödyllisiä?
- Oliko painonhallintaryhmän ohjelmassa jotain turhaa?
- Miten koit vaa'alla käymisen?

Vastaa seuraaviin väittämiin asteikolla täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä (1 2 3 4 5)

- Koin tärkeäksi ryhmätapaamisissa tehdyt harjoitukset
- Koin tärkeäksi kotitehtävinä tehdyt harjoitukset
- Pidin tärkeänä ravitsemusteemojen sisällyttämisen tapaamisiin
- Pidin tärkeänä ruokapäiväkirjan täyttämistä ja läpikäymistä
- Koin tärkeäksi yksilötapaamisen ennen ryhmän alkua

### Ohjaaja

- Mikä ohjaajan toiminnassa/toimintatavoissa oli hyvää tai toimivaa?
- Mitä voisi kehittää?
- Mikä ohjaajassa tai hänen toiminnassaan vaikutti ryhmän ilmapiiriin?
- Muita ajatuksia ohjaajasta?  
Muita ajatuksia ohjelmasta?

## Liite 2. Seurantahaastattelun kysymysrunko

### Elämä ja terveystottumukset painonhallintaohjelman jälkeen

- Millainen tilanne sinulla on nyt painon suhteen ja muuten elämässä?
- Mitä ajatuksia sinulla on tällä hetkellä painonhallinnasta?
- Millaisia tavoitteita sinulla oli heti ohjelman jälkeen? Millaisia ajatuksia sinulla on niistä tavoitteista tällä hetkellä?
- Onko tavoitteita jatkoa ajatellen?
- Jos paino tippunut, mitä olet tehnyt että paino on tippunut? / Jos paino ei ole tippunut, niin mikä siihen on vaikuttanut?
- Ohjelmassa puhuttiin arvojen mukaisista teoista. Millaisia arvojen mukaisia tekoja olet tehnyt viime aikoina? Millaisia asioita näet esteenä arvojen mukaisille teoille?
- Millaisia haasteita olet kokenut painonhallinnassa ohjelman jälkeen?
- “Monet kohtaa tällaisessa elämäntapamuutoksessa sellaisia ristiriitatilanteita, että on suunnitellut syövänsä terveellisesti (suunnittelemattomasti “herkkuja”), mutta tuleekin syötyä jotain suunnittelemattomuutta” Oletko sinä kokenut tällaisia ristiriitatilanteita?
- Millaisia tunteita ja ajatuksia näissä tilanteissa on noussut? Eroaako reagoititapa siitä mitä se oli ennen ohjelmaa? Jos kyllä, niin miten?
- Miten luulet painonhallinnan näkyvän elämässäsi viiden vuoden päästä?
- 1-10 kuinka todennäköisenä näet, että onnistut tulevaisuudessa painonhallinnassa?

### Ohjelman hyödyntäminen seurannassa

- Mitkä asiat (teemat, harjoitukset) ohjelmasta ovat jääneet mieleen?
- Mitkä toimintatavat, joita opit ohjelman aikana, koit hyödylliseksi seurannan aikana?
- Miten olet hyödyntänyt ohjelmaa seurannan aikana? -> mistä hyötyä, mistä haittaa?
- Oletko edelleen käyttänyt kirjaa painonhallinnan tukena?
- Kuinka paljon luit kirjaa?
- Teitkö kirjan tehtäviä?
- Miten mielestäsi kirjaa voisi kehittää?
- Oletko tehnyt verkkomateriaalin tehtäviä ohjelman jälkeen? Kuinka paljon, kuinka usein?
- Oletko käyttänyt ravitsemusvihkoa edelleen?
- Oletko soveltanut menetelmiä käytännön tilanteissa?
- Oletko mitannut painoa edelleen säännöllisesti? Kuinka usein?
- Jos paino on noussut, niin miten olet reagoinut ja toiminut?/ Oletko reagoinut mahdollisiin painonmuutoksiin?

### Ohjelman hyödyllisyys ja kehitysajat

- Millaiseksi koet painonhallintaohjelman vaikutuksen nyt 5 kk päättymisen jälkeen?
- Oliko painonhallintaohjelmasta hyötyä pidemmällä aikavälillä? Onko tyytyväinen että osallistui?
- Mistä erityisesti oli hyötyä?
- Suositteletko ohjelmaa muille? Miksi/ miksi et?
- Millaisille ihmisille tämä mielestäsi sopisi?
- Miten paljon hyötyä kokee painonhallintaohjelmalla olleen kokonaisuvinvoinnin kannalta 1-5)?
- Mitä olisit kaivannut lisää, että olisi ollut paremmat valmiudet jatkoon?
- Muita ajatuksia?

### **Liite 3. Rekrytointi-ilmoitus**

#### **KAMPPAILETKO PAINOSI KANSSA? HALUAISITKO VOIDA HYVIN JA SAADA TYÖKALUJA PYSYVÄÄN PAINONHALLINTAAN?**

Haemme osallistujia syys-lokakuussa toteutettavaan ryhmämuotoisen painonhallintaohjelmaan. Painonhallintaohjelma on osa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen pilottitutkimusta, jossa selvitetään uudenlaisen, hyväksymispohjaisen painonhallintaohjelman vaikutusta terveystottumuksiin ja hyvinvointiin. Tutkimus kestää noin 8 viikkoa syys-lokakuussa 2016. Seurantamittaukset tehdään huhtikuussa 2017. Ohjelma on osallistujille ilmainen.

Saatat sopia tutkimukseen, jos

- Olet 25-60 vuotias nainen
- Olet ylipainoinen (painoindeksi yli 30 kg/m<sup>2</sup>)
- Sinulla on käytössäsi internet-yhteydellinen tietokone ja henkilövaaka
- Et osallistu tällä hetkellä mihinkään toiseen painonpudotusohjelmaan
- Et ole raskaana tai imetä
- Sinulla ei ole vakavaa psyykkistä tai somaattista sairautta

**Jos kiinnostuit, laita tekstiviestillä soittopyyntö numeroon 040 805 4241 (Siniriikka Ventelä).**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

## Liite 4. Tutkimuksen vuokaavio

