

**ELÄMÄNTAPAMUUTOS VERKKOPOHJAISEN, HYVÄKSYMIS- JA
OMISTAUTUMISPERUSTAISEN INTERVENTION AIKANA**

Pia Petäjäaho

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2018

TIIVISTELMÄ

Petäjäaho, P. 2018. Elämäntapamuutos verkkopohjaisen, hyväksymis- ja omistautumisperustaisen intervention aikana. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 39 s., (3 liitettä).

Suomalaisen aikuisväestön hyvinvointi on joiltain osin lisääntynyt, mutta suuri osa työikäisistä miehistä ja naisista on edelleen ylipainoisia. Vaikuttamalla lihavuutta aiheuttaviin elämäntapoihin voitaisiin sairauksien ehkäisyssä ohella myös parantaa työikäisen väestön toimintakykyä yleisesti. Painon alenemisella ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä on esimerkiksi kroonisen väsymyksen esiintymiseen positiivisia vaikutuksia. Perinteisillä elämäntapamuutokseen pyrkivillä interventioilla on saavutettu lyhyen aikavälin muutoksia painossa, mutta tulevaisuudessa tarvitaan interventioita, joilla voidaan saavuttaa pysyviä elämäntapamuutoksia. Painon pudotukseen tarvittavien käyttäytymismuutosten ylläpitäminen ja niiden yhteensovittaminen vanhojen tottumusten kanssa aiheutuvien jännitteiden hallinnan kanssa, ovat edellytyksenä onnistuneelle painonhallinnalle. Tämä voidaan saavuttaa itsesäätelytaitoja vahvistamalla, motivaation ylläpitämisellä sekä kyvyllä käsitellä ulkoisia ärsyksiä. Hyväksymis- ja omistautumisperustaisilla (engl. The Acceptance and Commitment therapy, ACT) interventioilla pyritään vaikuttamaan näihin tekijöihin lähestymistavan kuuden eri prosessin avulla. Tämä pro gradu -tutkielma koostuu kahdesta osasta; 1) kirjallisuuskatsauksesta ja 2) artikkelikäsitelmistä. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin systemaattisen tiedonhaun menetelmin hyväksymis- ja omistautumisperustaisia painonhallintaan ja painonpudotukseen kohdentuneita elämäntapainterventioita. Tutkimuksissa on saatu viitteitä hyväksymis- ja omistautumisperustaisien interventioiden yhteydestä muun muassa fyysiseen aktiivisuuteen ja syömiskäyttäytymiseen sekä omaan kehoon, ruokaan, fyysiseen aktiivisuuteen ja painoon liittyvien tunteiden ja ajatusten muutokseen. Lähestymistapaa soveltavilla interventioilla on ollut vaikutusta myös osallistujien yleiseen terveyteen ja elämänlaatuun. Artikkelikäsitelmä on alkuperäistutkimus, jonka tutkimuskysymyksiä olivat 1) miten osallistujien taustatekijät olivat yhteydessä intervention ensimmäisen verkkojakson käyttöaikaan, 2) tapahtuuko intervention ensimmäisen neljänneksen aikana muutoksia osallistujien koetussa väsymyksessä, fyysisessä aktiivisuudessa ja psykologisessa joustavuudessa ja 3) oliko verkkojakson käyttöaika yhteydessä näihin muutoksiin. Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden edistämisen tutkimuskeskuksen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin laajempaa verkkopohjaista elämäntapainterventiotutkimusta. Tämän tutkimuksen aineisto koostui intervention ensimmäisen verkkojakson mittaustuloksista. Verkkopohjaisella hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisella elämäntapainterventiolla voitiin vähentää sen ensimmäisen kuuden kuukauden aikana ylipainoisten aikuisten kokemaa väsymystä ja lisätä fyysistä aktiivisuutta. Taustatekijöistä iällä ja päätoimella oli yhteys intervention käyttöaikaan. Jatkotutkimuksen kannalta on kiinnostavaa, tapahtuuko psykologisessa joustavuudessa muutoksia pidemmällä aikavälillä sekä onko intervention käyttöajalla yhteyttä mahdollisiin muutoksiin.

Asiasanat: elämäntapamuutos, painonpudotus, painonhallinta, fyysinen aktiivisuus, väsymys, psykologinen joustavuus, itsesäätely, hyväksymis- ja omistautumisterapia, elämäntapamuutos, verkko-ohjelma.

ABSTRACT

Petäjäaho, P. 2018. Headline: Lifestyle change during a web-based, acceptance and commitment theory based intervention. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 39 pp. 3 appendices.

The welfare of a Finnish adult population has increased somewhat, but most of the working men and women are still overweight. By influencing obesity-related lifestyles, in addition to disease prevention, it could also improve working-age population's ability to function in general. Weight loss and increased physical activity have, for example, positive effects for chronic fatigue. Traditional interventions aimed at lifestyle changes have made short-term changes in weight, but in the future, interventions are needed to achieve lasting lifestyle changes. Maintaining and adjusting the behavioral changes necessary to reduce weight and managing tensions with old habits are a prerequisite for successful weight management. This can be achieved by strengthening self-regulation skills, maintaining motivation and by an ability to handle external stimuli. The Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions aim to influence the approach of these factors through six different processes. This master's thesis consists of two parts; 1) a literature review and 2) a manuscript for an article. Literature review, by using the systematic information retrieval methods, concentrates lifestyle interventions which are based on acceptance and commitment therapy and weight-loss. Research has shown signs for acceptance and commitment therapy-based interventions being related to physical activity and eating behavior as well as changes in feelings and thoughts related to one's own body, food, physical activity and weight. Interventions which have applied the approach have also had an impact to overall health and quality of life of the participants. The manuscript is based on an original study, which research questions were 1) how participant's background factors were related to the usage of web-based lifestyle intervention during the first quartile, 2) was there changes in participant's tiredness, physical activity and psychological flexibility during the first quartile and 3) was the usage of web-based intervention related to tiredness, physical activity and psychological flexibility. The study is part of the broader web-based lifestyle intervention research between the Health Promotion Center of the University of Jyväskylä and the Central Finland Hospital District. The study data covered the measurements from the first period of the intervention. A web-based acceptance and commitment therapy-based lifestyle intervention seems to have connection to decline of tiredness and increase in physical activity in the overweight adults during the first six months. From the background factors only age and whether or not a person was working, had connection to usage of the intervention. For further research, it would be interesting to know whether there are changes in the psychological flexibility in the long term and whether the time of usage of the intervention itself has any impact to possible changes.

Key words: lifestyle change, weight loss, weight management, exercise, exhaustion, psychological flexibility, self-regulation, acceptance and commitment therapy, internet-based.

Sisällys

1 JOHDANTO.....	1
2 AIKUISVÄESTÖN ELÄMÄNTAVAT JA MUUTOSTARVE.....	4
2.1 Suomalaisien aikuisten elämäntavat.....	4
2.2 Elämäntapamuutosta edistävät ja estävät tekijät	5
2.3 Elämäntapamuutokseen sitoutuminen	9
3 HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPEUTTINEN LÄHESTYMISTAPA. 11	
3.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapian lähtökohdat.....	11
3.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan kuusi prosessia.....	12
3.3 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien soveltaminen käytännössä	16
4 HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPEUTTISTA LÄHESTYMISTAPAA SOVELTAVAT PAINONHALLINTAINVENTIOT	18
4.1 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisia menetelmiä soveltavat alkuperäistutkimukset 18	
4.2 Interventioiden toteutus	19
4.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan soveltaminen interventioissa.....	21
4.4 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteys tunteisiin ja ajatuksiin 23	
4.5 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteys käyttäytymisen muutokseen.....	24
4.6 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteys terveydentilaan .	24
5 YHTEENVETO	29
LÄHTEET	32
LIITTEET	1

1 JOHDANTO

Suomalaisten aikuisten hyvinvointi on pitkällä aikavälillä lisääntynyt esimerkiksi ravitsemustottumuksissa tapahtuneen myönteisen kehityksen myötä (Helldän & Helakorpi 2015). Kroonisiin kansantauteihin yhteydessä olevan lihavuudenkin yleistymisen on pysähtynyt, mutta suuri osa työikäisistä miehistä ja naisista on silti edelleen ylipainoisia (Peltonen ym 2015). Lihavuutta aiheuttaviin elämäntapoihin vaikuttamalla voitaisiin ehkäistä muun muassa sydän- ja verisuonisairauksia, diabetesta, syöpää ja muistisairauksia (THL 2015) sekä parantaa työikäisen väestön toimintakykyä yleisesti (Basen-Enquist ym. 2009). Painon alenemisella ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä on esimerkiksi kroonisen väsymyksen esiintymiseen positiivisia ja siten myös hyvinvointia lisääviä vaikutuksia (Huttunen 2016).

Perinteisillä elämäntapamuutokseen pyrkivillä interventioilla voidaan usein saavuttaa muutoksia painossa lyhyellä aikavälillä (Forman & Butryn 2015), mutta pitkän aikavälin painonhallinnassa tarvitaan taitoja, joiden avulla yksilö pystyy tunnistamaan omaa hyvinvointia edistäviä asioita ja myös toimimaan sen mukaisesti (Lappalainen & Lappalainen 2014). Itsesäätelytaitojen vahvistumista tukevaan hyväksymis- ja omistautumisterapeutiseen lähestymistapaan perustuvien menetelmien soveltaminen painonhallintainterventioissa onkin juuri tästä syystä saanut tutkimukselliseen tietoon perustuvaa tukea (Greaves ym. 2017). Itsesäätelytaitojen vahvistumista tukemalla voidaan auttaa yksilöä kirkastamaan omaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä arvoja ja tekemään konkreettisia valintoja, jotka edistävät terveenä ja hyvin voivana elämistä (Bach & Moran 2008).

Elämäntapamuutoksen ylläpitämisen ohella interventioiden haasteena on myös niihin sitoutuminen (Burgess ym. 2016; Cotterez ym. 2014) sekä interventioiden heikko käyttöaste (Burgess ym. 2016). Nämä ovat Burgessin ym. (2016) mukaan myös suurimmat interventioiden tehokkuuden ja terveysvaikutusten saavuttamiseen esteet ylipainoisilla aikuisilla. Intervention tehokkuuden lisäämiseksi on käyttäytymisen muutokseen pyrkivillä strategioilla tärkeän merkitys. Näitä ovat esimerkiksi omaseuranta (Burgess ym. 2016; Cotterez ym. 2014; Wadden ym, 2012), tavoitteen asettelu, itsesäätelytaidot ja ongelmanratkaisutaitojen vahvistaminen (Burgess ym. 2016). Nämä strategiat voivat yksilöllisesti räätälöityinä auttaa ylipainoisia

aikuisia ylittämään elämänmuutoksen esteenä olevat tekijät ja saavuttamaan käyttäytymisen muutoksen pitkällä aikavälillä (Burgess ym. 2016).

Tässä pro gradu –tutkielmassa käsitellään hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä soveltavien painonhallintainterventioiden vaikutuksia elämäntapamuutokseen. Tutkielma koostuu kirjallisuuskatsauksesta (osa 1) ja artikkelikäsitelmistä (osa 2.).

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin systemaattisen tiedonhaun periaatteiden mukaisesti ja siinä tarkasteltiin aiemmin tehtyjä alkuperäistutkimuksia hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä soveltavia painonhallintainterventioita. Alkuperäistutkimukset käsitelivät hyväksymisperustaisien menetelmien käyttöä masentuneiden naisten ylipainon hoidossa, lihavuusleikkauksen jälkeisessä painonhallinnassa, fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä hiljattain painoa pudottaneilla sekä ylipäätään ylipainon hoidossa.

Hyväksymis- ja omistautumisperustaisissa 10–16 viikkoa kestäneissä ryhmämuotoisissa interventioissa (Berman ym. 2016; Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016; Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017) on käytetty muutosta kuvaavina mittareina käyttäytymisen muutosta, ajatuksissa ja tunteissa tapahtunutta muutosta sekä terveyteen yhteydessä olevien tekijöiden muutoksia. Interventioiden aikana tapahtui merkitseviä muutoksia osallistujien fyysisessä aktiivisuudessa (Berman ym. 2016; Butryn ym. 2016; Palmeira ym. 2017) sekä syömiskäyttäytymisessä (Bradley ym. 2017; Palmeira ym. 2017). Myös omaan kehoon (Berman ym. 2016; Palmeira ym. 2017), ruokaan (Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016; Forman ym. 2016), fyysiseen aktiivisuuteen (Bradley ym. 2017; Katterman ym. 2014), painoon (Berman ym. 2016; Palmeira ym. 2017) liittyvien tunteiden hyväksymisessä sekä syömiseen liittyvissä ajatuksissa (Bradley ym. 2017) tapahtui positiivista muutosta. Tunnesyömisen ja ruuan himoon liittyvän herkkyyden osalta tutkimustulokset olivat vaihtelevia. Sen sijaan interventioilla voitiin vaikuttaa osallistujien tietoisuustaitojen lisääntymiseen (Butryn ym. 2016; Palmeira ym. 2017) ja psykologisen jännitteen vähenemiseen (Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016). Vaikka osassa tutkimuksista tapahtui parannusta osallistujien yleisessä terveydessä ja elämänlaadussa (Palmeira ym. 2017), ei interventioilla ollut vaikutusta esimerkiksi masennuksen vähenemiseen (Berman ym. 2016). Yhtä tutkimusta lukuun ottamatta (Berman ym. 2016) osallistujien painossa tapahtui laskua, joka pystyttiin kahden tutkimuksen osalta ylläpitämään myös seurantamittauksiin asti. Muissa tutkimuksissa seurantaa ei suoritettu.

Formanin ym. (2016) intervention kesto oli 12 kuukautta, mutta tulokset eivät poikenneet muiden kestoiltaan lyhyempien interventioiden tuloksista niin, että intervention pituuden vaikutuksesta saavutettuihin tuloksiin voitaisiin vetää suoria johtopäätöksiä.

Vaikka interventioilla saavutettiin muutoksia osallistujien käyttäytymisessä, ajatuksissa, tunteissa ja terveydentilassa, lisätutkimuksia kuitenkin tarvitaan sen selvittämiseksi mitkä hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien osatekijät ovat yhteydessä kyseisiin muutoksiin ja kuinka intervention käyttöaika on yhteydessä saavutettuihin tuloksiin.

Artikkelikäsikirjoitus perustuu alkuperäistutkimukseen, joka on osa Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin laajempaa verkkopohjaista elämäntapainterventiotutkimusta. Pro gradu -tutkielman aineisto koostuu intervention ensimmäisen verkkojakson mittaustuloksista. Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella ovatko osallistujien taustatekijät (ikä, sukupuoli, siviilisääty, päätoimi, BMI, koettu terveys) yhteydessä verkkopohjaisen elämäntapaintervention ensimmäisen neljänneksen käyttöaikaan sekä onko interventiolla ja sen käyttöajalla yhteyttä koettuun väsymykseen, fyysiseen aktiivisuuteen ja psykologiseen joustavuuteen. Artikkelin tarkoitus julkaista kotimaisessa tieteellisessä lehdessä.

2 AIKUISVÄESTÖN ELÄMÄNTAVAT JA MUUTOSTARVE

Suomalaisen työikäisen väestön kansantauteihin yhteydessä olevat elämäntavat ovat pitkällä aikavälillä tarkasteltuna muuttuneet myönteiseen suuntaan, mutta kaikkien elämäntapojen osalta ei kehitys ole ollut samanlaista (Helldän & Helakorpi 2015). Kroonisiksi kansantaudeiksi määriteltäviä ovat THL:n (2015) mukaan sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, astma, allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpä, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. Näihin yhteydessä olevia elämäntapoja ovat tupakoinnin ja ravitsemustottumusten lisäksi suositusten mukaisen terveystiikunnan harrastaminen, runsaan alkoholinkäytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen sekä lihavuuden ehkäiseminen. Kansantautien vähentämiseen vaikuttamalla voidaan parantaa väestön terveyttä, alentaa kuolleisuutta, parantaa työkykyä sekä saada kansantaloudellisia säästöjä (THL 2015).

2.1 Suomalaisen aikuisten elämäntavat

Vaikka suomalaisten aikuisten lihavuuden yleistymisen näyttääkin pysähtyneen, on kaksi kolmesta miehestä (65 %) ja lähes puolet naisista (46 %) edelleen ylipainoisia (Peltonen ym. 2015). Työikäisistä kaikkiaan 20 prosenttia on vähintään lihavia ja noin 5–7 prosenttia vaikeasti tai sairaalloisesti lihavia. Suurena syynä on fyysisen aktiivisuuden väheneminen, kun arkiympäristö ei kannusta liikkumaan ja työn kuormittavuus sekä työmatkaliikunta ovat vähentyneet (Männistö ym. 2015). Myös napostelukulttuuri, kiireiseen elämäntapaan liittyvä stressi, psyyken häiriöt ja heikentynyt yöuni selittävät lihavuutta osaltaan (Mustajoki 2017).

Suomalaisista työikäisistä puolet täyttää terveyttä ylläpitävän kestävyysliikuntasuosituksen, mutta vain joka kymmenes harrastaa lihaskuntoliikuntaa suositusten mukaisesti. Väestöstä noin 20 prosenttia on täysin liikkumattomia (Männistö ym. 2012). Erityisenä haasteena on työikäisten liikkumattomien suuri määrä, kaikista työikäisistä heitä on noin viidesosa (Husu ym. 2011). UKK instituutin (2017) mukaan 18–64-vuotiaiden aikuisten tulisi harjoittaa kestävyyskuntoa parantavaa liikuntaa viikoittain vähintään kaksi ja puoli tuntia reippaalla tasolla tai yksi tunti ja viisitoista minuuttia rasittavalla tasolla. Lisäksi tulisi harjoittaa lihaskuntaa ja liikehallintaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Suositellun liikunnan vähimmäismäärän ei tarvitse olla yhtäjaksoista vaan sen voi koota useista vähintään kymmenen

minuutin kestoisista liikuntakerroista (UKK-instituutti 2017). Askelmittarilla mitaten painonhallinnassa 7000–8000 askelta päivässä on minimi ja laihduttamisen jälkeisessä painonhallinnassa tavoite on 10 000 askelta päivässä (Mustajoki 2017).

Lihavuus ja vähäinen liikunta voivat Huttusen (2016) mukaan jatkuvan stressin ohella aiheuttaa kroonista väsymystä, jota ilmene noin 0.5–1.0 prosentilla aikuisväestöstä. Oireilu voi alkaa minkä ikäisenä tahansa, mutta tyypillisimmillään 20–40 vuoden iässä ja useammin naisilla kuin miehillä. Krooninen väsymys on huomattava toimintakyvyn ja hyvinvoinnin heikkenemisen aiheuttaja (Huttunen 2016). Lallukan ym. (2016) mukaan erityisesti lihavilla, joilla paino nousee edelleen, painon muutos on yhteydessä unettomuusoireisiin. Sen sijaan normaalipainoisilla lihominen ja unettomuusoireet eivät ole yhteydessä toisiinsa. Hartescun ym. (2015) mukaan liikunnan lisäämisellä voidaan selkeästi vaikuttaa unettomuudesta johtuviin päivä- ja yöaikaan liittyviin oireisiin. Vaikka toimintakykyyn yleisesti voidaan vaikuttaa jo vähäiselläkin fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä, tarvitaan väsymyksen vähenemiseksi kuitenkin selkeämpiä muutoksia fyysisen kunnon paranemisessa ja painossa (Basen-Enquist ym. 2009).

Mustajoen (2017) mukaan lihavuuden tehokkain hoitokeino on painon aleneminen ja pysyvästi alemmaa painoa ei voida saavuttaa, ellei myös ruokailu- ja liikuntatottumuksissa tapahdu pysyvää muutosta. Oikeilla ruokailutottumuksilla voidaan vähentää ravinnon kalorimäärää ja vastaavasti liikkumalla lisätä energiankulutusta (Mustajoki 2017). Lihavuuden hoidon tavoitteena on lihavuuteen liittyvien sairauksien hoito ja ehkäisy sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen (Lihavuus 2013). Azarin ym. (2013) mukaan lähtötilanteen painoindeksillä on vaikutusta ylipainon hoidon vaikuttavuuteen. Vähemmän intensiiviset lähestymistavat ylipainon hoidossa voivat olla riittäviä niille henkilöille, joilla lähtötilanteen painoindeksi on matalampi. Vastaavasti korkeamman painoindeksin omaavat henkilöt tarvitsevat intensiivisempää ja järjestelmällisempää elämäntapaohjausta (Azar ym. 2013).

2.2 Elämäntapamuutosta edistävät ja estävät tekijät

Aiempien tutkimusten mukaan miehillä tärkein painon pudotusta motivoiva tekijä on huoli omasta terveydestä. Painonpudotuksen voi saada alkuun myös esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen tekemä määrittely lihavuudesta (Archibald ym. 2015). Naisilla painonpudotusta

edistäviä tekijöitä ovat Metzgarin ym. (2014) mukaan vastuullisuus muita kohtaan esimerkiksi ryhmässä, sosiaalinen tuki, etukäteissuunnittelu, tietoisuus ruokavalinnoista, ravitsemustietoon pohjautuva neuvonta, annoskokojen kontrollointi, liikunta ja oma sisäinen motivaatio.

Burgess ym. (2017) määrittelevät systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa elämäntapamuutosta estäviksi tekijöiksi huonon motivaation, ajan puutteen sekä ympäristöön, yhteiskuntaan ja sosiaalisiin paineisiin liittyvät tekijät, terveyteen ja fyysiseen kuntoon liittyvät rajoitteet, negatiiviset ajatukset ja tunteet, sosioekonomiset rajoittavat tekijät, tiedon tai tietoisuuden puutteet sekä kyvyttömyyden nauttia fyysisestä aktiivisuudesta. Myös Metzgar ym. (2014) raportoivat ylipainoisia naisia koskeneessa tutkimuksessaan elämäntapamuutosta estäviksi tekijöiksi terveydentilan muutokset, ympäristön paineet, sisäiset tekijät sekä sosiaalisen tuen puuttumisen.

Burgessin ym. (2017) mukaan fyysisen aktiivisuuden ja terveyden yhteyttä ylipainoisilla aikuisilla ei ole täysin ymmärretty. Yleinen oletus heidän mukaansa on, että terveyshyötyjen saavuttamiseksi laihtumisen tulee olla merkittävää. Tästä johtuen terveydelliset hyödyt eivät toimi motivaatiotekijänä elämäntapamuutokselle ja liikuntaa harrastetaan vain laihtumisen vuoksi. Huonosta ajanhallinnasta tai organisointiin liittyvistä ongelmista johtuen ajan hallinta on toinen keskeinen este elämäntapamuutokselle. Ylipainoiset aikuiset kokevat ongelmia työn, perhe-elämän ja liikunnan harrastamisen yhteensovittamisessa. Ympäristöön, yhteiskuntaan ja sosiaalisiin paineisiin liittyvillä esteillä tarkoitetaan esimerkiksi työrutiineja, pitkiä työmatkoja, liiallista tietotekniikkaan turvautumista, passiivista vapaa-aikaa, lomiam, sääitä sekä esimerkiksi ilta-aikaan tapahtuvaan ulkoiluun liittyviä turvallisuustekijöitä. Yksilö tarvitsee usein runsaasti motivaatiota ja itsesäätelytaitoja ylittääkseen nämä esteet, varsinkin jos sosiaalista tukea ei ole saatavilla. Terveydentilaan ja fyysiseen kuntoon liittyvät rajoitteet, kuten sairaudet tai tapaturmat yhdessä ylipainon kanssa voivat olla esteenä elämäntapamuutokselle, jos esimerkiksi kipu aiheuttaa fyysisen aktiivisuuden välttelyä. Vaikeudet hallita negatiivisia tunteita ja ajatuksia ovat yleinen este elämäntapamuutokselle. Ahdistuksen, stressin, yksinäisyyden, tylsistymisen, pettymyksen tai tyytymättömyyden tunteiden käsittely voi olla ylipainoisille aikuisille vaikeaa ja syömistä käytetään tavanomaisena selviytymismekanismina. Sosioekonomisia rajoitteita voidaan pitää esteenä, jos käytettävissä oleville tuloille sopivaa liikunnan harrastamismuotoa ei osata etsiä. Tiedon ja tietoisuuden puutteet liittyvät useimmiten ruokaan ja fyysiseen aktiivisuuteen (Burgess ym. 2017).

Perinteinen tapa hoitaa ylipainoa tai lihavuutta on auttaa ihmisiä yksilöllisesti tekemään muutoksia ruokavaliossa tai liikuntatottumuksissa (Wieland ym. 2012). Käyttäytymisen muutokseen perustuvat ylipainon hoitomuodot ovat Formanin ja Butrynin (2015) mukaan todistetusti tehokkaita lyhyellä aikavälillä, mutta eivät pitkän aikavälin painonhallinnassa. Painon nousu on luontainen seuraus ihmisen taipumuksesta kuluttaa kaloripitoisia ruokia ympäristössä, joka tukee vähäistä kalorien kulutusta. Ristiriita lihomista tukevan ympäristön ja yksilön omien terveyteen liittyvien tavoitteiden välillä aiheuttaa jännityksen, josta seuraa kykenemättömyys pysyä omaan syömiseen ja aktiivisuuteen liittyvissä päätöksissä. Kun tämä tapahtuu riittävän usein, on seurauksena lihominen (Forman & Butryn 2015). Jännitteen aiheuttaman ristiriidan ratkaisemiseksi tarvitaan kykyä toimia joustavasti ja olemaan valmis kyseenalaistamaan omia toimintatapoja tilanteissa, joissa niistä voi olla itselle ei toivottuja seuraamuksia (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Psykologinen joustavuus on Lappalaisen ja Lappalaisen (2014) mukaan selkeästi yhteydessä yksilön psykologiseen hyvinvointiin. Psykologisen joustavuuden puuttuminen taas vastaavasti on yhteydessä moniin psykologisiin tai psykiatrisiin ongelmiin. Psykologisesti joustava ihminen kykenee Lappalaisen toimimaan siten, että hän ei elä elämäänsä liikaa itsensä tai muiden laatimien sääntöjen mukaan ja uskaltaa kohdata myös itselleen vaikeita tilanteita. Yksilöllä on tällöin kyky ottaa vastaan omat ajatukset ja tunteet sellaisenaan ja tehdä tekoja, joista pitkällä aikavälillä seuraa omaa hyvinvointia tukevia asioita (Lappalainen & Lappalainen 2014). Hän pystyy sitoutumaan selkeästi määrittelemiinsä arvoihin ja käyttäytymään niiden mukaisesti sekä sietämään myös esimerkiksi elämäntapamuutoksen väistämättä mukanaan tuomia epämiellyttäviäkin tunteita ja tekemään tietoisia, omaan hyvinvointiin johtavia valintoja (Forman & Butryn 2015).

Tietoisuustaidot (engl. mindfulness) ovat Kengin ym. (2011) mukaan psykologisen joustavuuden osatekijä ja yhteydessä yksilön kokemaan hyvinvointiin. Tietoisuustaitoja harjoittelemalla voidaan subjektiivisen hyvinvoinnin ohella vähentää psykologista oireilua ja ärsykkeisiin reagoimista sekä parantaa käyttäytymisen säätelyä (Keng ym. 2011). Lappalainen ja Lappalainen (2014) täsmentävät tietoisuuden lisääntyminen tarkoittavan myös, että yksilö oppii havaitsemaan mielessään tapahtuvia asioita ja tunnistamaan tekijöitä, jotka ovat hyödyllisiä itsensä kannalta. Omaan toimintaan, kuten esimerkiksi elämäntapoihin liittyviä valintoja, on helpompi muuttaa, kun kykenee tiedostamaan, mikä merkitys niillä on

hyvinvoinnin kannalta. Myös motivaatio valintojen tekemiseen voi lisääntyä (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Teixeiran ym. (2015) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan lisääntynyt psykologinen joustavuus ja tietoisuustaidot yhdessä itsesääteilytaitojen, minäpystyvyyden ja sisäisen motivation kanssa voivat toimia painon hallintaa ja fyysisen aktiivisuuden lisääntymistä edistävinä tekijöinä. Pitkällä aikavälillä tapahtuva painon hallinta taas edistää positiivisen kehon kuvan syntymistä ja joustavaa syömistä (Teixeira ym. 2015). Perinteisissä käyttäytymisen muutokseen tähtäävissä interventioissa itsesääteilytaitojen vahvistumista tuetaan yleensä vähäisesti ja se saattaa olla yhtenä syynä siihen, että saavutetuissa tuloksissa ei pystytä pysymään pitkällä aikavälillä (Forman & Butryn 2015). Itsesääteilytaidot ovat avainasemassa, kun halutaan ylläpitää painonpudotukseen tarvittavia elämäntapamuutoksia (Greavesin ym. 2017; Texeira ym. 2015) pitkällä aikavälillä. Painon pudotukseen tarvittavien käyttäytymismuutosten ylläpitäminen ja niiden yhteensopimattomuus vanhojen tottumusten kanssa aiheuttama jännitteen hallinta on Greavesin ym. (2017) mukaan edellytyksenä onnistuneelle painonhallinnalle ja se voidaan saavuttaa itsesääteilytaitoja vahvistamalla, motivaation ylläpitämisellä sekä kyvyllä käsitellä ulkoisia ärsyksiä. Tämä edellyttää jatkuvaa työtä, mutta hallinta on mahdollista saavuttaa elintapojen muuttuessa, löytämällä painon pudotuksen kannalta sopivia tapoja tarpeiden tyydyttämiseksi sekä muuttamalla käsitystä omasta itsestä (Greaves ym. 2017).

Formanin ja Butrynin (2015) mukaan itsesääteilytaidoilla tarkoitetaan kykyä sietää epämiellyttäviä tunteita ja nautinnon vähenemistä, sitoutumista selkeästi määriteltyjen arvojen mukaiseen toimintaan sekä päätösten tekemiseen liittyvän tietoisuuden lisääntymistä. Niin sanotut hyväksymisperustaiset menetelmät ovat aiempien tutkimusten mukaan osoittautuneet tehokkaiksi painon hallinnassa erityisesti, jos ongelmana on alttius syödä vastauksena sisäisiin ja ulkoisiin ärsyksiin. Huolimatta aiempiin tutkimuksiin perustuvasta tuesta hyväksymisperustaisten menetelmien käytölle, lisää tutkimustietoa tarvitaan esimerkiksi siitä, omaksutaanko hyväksymisperustaiset toimet pidemmällä aikavälillä (Forman & Butryn 2015). Hyväksymisperustaiset menetelmät kuuluvat niin sanotun kolmannen aallon kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin, joista yksi on hyväksymis- ja omistautumisterapia (Pearson ym. 2010, 20).

2.3 Elämäntapamuutokseen sitoutuminen

Elämäntapojen muutokseen tähtäävien interventioiden haasteena on saavutettujen muutosten pitkän aikavälin ylläpitämisen (Cotterez ym. 2014) ohella myös interventioihin sitoutuminen (Burgess ym. 2016; Cotterez ym. 2014) ja interventioiden heikko käyttöaste (Burgess ym. 2016). Matalalla käyttöaste ja huono sitoutuminen ovat Burgessin ym. (2016) mukaan suurimmat interventioiden tehokkuuden ja terveyteen yhteydessä olevien tulosten saavuttamisen esteet ylipainoisilla aikuisilla. Käyttäytymisen muutokseen pyrkivillä strategioilla on tärkeän merkitys intervention tehokkuuden ja sitoutumisen lisäämisessä (Burgess ym. 2016). Kirjallisuudessa on kuvattu joitakin strategioita, jotka voivat vahvistaa osallistujien interventioon sitoutumista. Näitä ovat esimerkiksi motivoiva haastattelu, sopimuksen laatiminen tavoitellusta käyttäytymisen muutoksesta (Burgess ym. 2016), omaseuranta (Burgess ym. 2016; Cotterez ym. 2014; Wadden ym. 2012), räätälöidyn palautteen antaminen (Cotterez ym. 2014), tavoitteen asettelu, itsesääätelytaidot, retkahdusten ennaltaehkäisy ja ongelmanratkaisutaitojen vahvistaminen (Burgess ym. 2016).

Yksilöllisesti räätälöityjen strategioiden toteuttaminen voi Burgessin ym. (2016) mukaan auttaa ylipainoisia aikuisia ylittämään elämänmuutoksen esteenä olevat tekijät ja saavuttamaan käyttäytymisen muutoksen pitkällä aikavälillä. Edellä kuvattujen käyttäytymisen muutokseen pyrkivien menetelmien käytön lisäetuna on myös se, että muutoksen esteet käsitellään elämäntapamuutokseen pyrkivien interventioiden alkuvaiheessa sekä sen kuluessa ja muutetaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa tarvittaessa. Kullekin sopivat menetelmät ovat yksilöllisiä ja tämän vuoksi niitä tulisi vaihdella hoidon aikana tarpeen mukaan. Useimmille ihmisille sopivinta on eri menetelmistä koostuva yhdistelmä (Burgess ym. 2016). Käyttäytymisen muutokseen pyrkivät strategiat perustuvat yleensä paljon tutkittuihin malleihin ja teorioihin, kuten transteoreettiseen malliin, terveysuskomusmalliin, perustellun toiminnan malliin, sosiaaliskognitiiviseen teoriaan ja itseohjautuvuusteoriaan (Burgess ym. 2016).

Interventioihin sitoutumiseen liittyvää ongelmaa on Cotterezin ym. (2014) mukaan pyritty ratkaisemaan toteuttamalla interventioita verkkopohjaisina, koska menetelmä mahdollistaa sitoutumista lisäävien strategioiden, kuten interaktiivisten moduulien, käytön. Näitä ovat muun muassa omaseuranta ja räätälöidyn palautteen antaminen (Cotterez ym. 2014). Myös ohjaajan tai vertaisohjaajan henkilökohtaisten puhelin- tai sähköpostikontaktien sisällyttämisen on

aiemmissä tutkimuksissa todettu olevan edellä mainittujen lisäksi interventioon sitoutumista lisääviä osatekijöitä (Cotterez ym. 2014; Wadden ym. 2012). Internetiä hyödyntävien uusien teknologioiden lisäetuna on myös, että niillä voidaan tavoittaa suuri joukko elämäntapamuutoksen tarpeessa olevia yksilöitä kerralla (Chang ym. 2013; Maher ym. 2014; Wadden ym. 2012; Wieland ym. 2012). Lisäksi verkkovälitteisillä interventioilla on mahdollista tavoittaa myös ne, jotka eivät kykene tai eivät halua osallistua kasvokkain tapahtuvaan yksilö- tai ryhmäohjaukseen (Arem & Irwin 2011).

Aiemmissä verkkopohjaisena toteutetuissa painonhallintainterventioissa usein käytettynä lähestymistapana on ollut transteoreettinen muutosvaihemalli (Ajie & Chapman-Novakofski 2014), motivoiva haastattelu (Seo & Niu 2015), suunnitellun käyttäytymisen teoria (Tang ym. 2014) ja sosiaaliskognitiivinen teoria (Maher ym. 2014). Ajien ja Chapman-Novakofskin (2014) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa mukaan otetuissa tutkimuksissa oli mitattu tietoisuuden lisääntymistä, esteiden tunnistamista, ongelmanratkaisutaitojen kehittymistä sekä sosiaalisen tuen rakentamista. Maherin ym. (2014) katsauksessa toissijaisina mittareina olivat tietoisuuden lisääntyminen, asenteiden muuttuminen ja kyvykkyyden lisääntyminen.

3 HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPEUTTINEN LÄHESTYMISTAPA

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (engl. Acceptance and Commitment Therapy, ACT) on osa käyttäytymistieteitä ja laajempaa psykologista lähestymistapaa (Levin & Hayes, 2009, 1). Se kuuluu Pearsonin ym. (2010) mukaan kognitiivisten käyttäytymisterapioiden niin sanottuun kolmanteen aaltoon, jossa painopiste on käyttäytymismallin tunnistamisessa ja muokkaamisessa sen sijaan, että tietyistä ajatuksista tai käyttäytymistavoista pyritäisiin pääsemään eroon. Pyrkimyksenä on ennemminkin oppia hyväksymään tunteita ja ajatuksia sellaisenaan sekä elämään omien arvojen mukaisesti (Pearson ym. 2010). Hyväksymis- ja omistautumisterapian soveltaminen käyttäytymisen muutokseen tähtäävissä painonhallintainterventioissa on saanut viime vuosina lisääntyvää tukea tutkimukselliseen tietoon perustuen (Greaves ym. 2017).

3.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapian lähtökohdat

Hyväksymis- ja omistautumisterapia on yksi uusista käyttäytymis- ja kognitiivisterapeuttisista interventiomenetelmistä (Hayes 2004). Kognitiivisella käyttäytymisterapialla tarkoitetaan muun muassa oppimis-, kognitiivisten ja sosiaalipsykologian teorioihin ja tutkimukseen perustuvaa psykoterapiamuotoa (Käyttäytymisterapia 2017). Lähestymistavan perusta on suhdekehysteoriassa (engl. Relational Frame Theory), joka on perustutkimusta ihmisen kielen ja kognition luonteesta (Hayes 2004). Ihminen käyttää Harrisin (2009) mukaan kieltä julkisesti ja yksityisesti. Julkinen kieli on esimerkiksi puhetta, kirjoittamista ja elehtimistä. Yksityisesti käytämme kieltä, kun ajattelemme, kuvittelemme, analysoimme, muistamme ja niin edelleen. Näitä kutsutaan ihmisen kognitiivisiksi prosesseiksi. Hyväksymis- ja omistautumisterapian näkemyksen mukaan ihmisen kielestä on sekä hyötyä että haittaa. Sen avulla ihminen voi hahmottaa maailmaa, jakaa tietoa, oppia ja niin edelleen. Toisaalta ihminen voi käyttää kieltä myös haitallisesti muita ihmisiä kohtaan, mutta myös itseä kohtaan esimerkiksi vertaamalla itseään muihin, itsensä kritisoimiseen, tuomitsemiseen tai sääntöjen luomiseen, jotka voivat olla elämää supistavia tai tuhoisiakin sen kannalta (Harris 2009). Kun ihminen ei kykene kontrolloimaan kognitiivisia prosessejaan, vaan ottaa ne kirjaimellisesti ja toimii niiden mukaisesti, seuraa Hayesin ym. (2013) mukaan psykologinen joustamattomuus ja liiallinen kielellinen kontrolli. Ihmisellä on myös taipumus välttää negatiivisia ajatuksia ja tunteita. Tämä

kokemuksellinen välttäminen voi toimia lyhyellä aikavälillä epämukavien tunteiden vähentämiseksi, mutta pitkällä aikavälillä sillä voi olla kielteisiä vaikutuksia (Hayes ym. 2013).

Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan painopisteenä ei ole tarkastella ihmisen ajatuksia tai tunteita väärinä tai epänormaaliin viittaavina oireina vaan sen sijaan keskitytään siihen, mikä merkitys näillä on ihmisen elämässä (Westrup 2014, 10). Koska näkökulma ei lähde mielen sairaus -käsitteestä, sopivat menetelmät hyvin myös ennaltaehkäisevään toimintaan (Lappalainen & Lappalainen 2014). Lähestymistavan taustalla on näkemys ihmisen psykologisesta joustamattomuudesta, joka syntyy mielen kontrollin korostumisesta (Levin & Hayes 2009). Kognitiivinen ja emotionaalinen joustamattomuus kaventavat ihmisen mahdollisuuksia omien arvojensa mukaiseen elämään (Hayes ym. 2013). Ihmisen ajattelukyvyyn aiheuttamat huonot seuraamukset nähdään kuitenkin kaikkia koskevana, ajoittaisena ja inhimillisenä ongelmana (Lappalainen & Lappalainen 2014).

3.2 Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan kuusi prosessia

Psykologista joustamattomuutta pyritään lisäämään hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan (Levin & Hayes 2009) kuuden eri prosessin avulla (Hayes ym. 2013). Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan tavoitteena on opettaa yksilölle hyvinvoinnin kannalta tärkeitä taitoja (Lappalainen & Lappalainen 2014). Lähtökohtana on luoda rikas, täysi ja tarkoituksellinen elämä hyväksyen samalla sen väistämättä mukanaan tuomat epämiellyttävätkin tunteet (Harris 2009) sekä olla läsnä nykyhetkessä ilman puolustusmekanismeja omien arvojen mukaisesti toimien (Levin & Hayes 2009), mikä tarkoittaa kykyä vastata elämän tuomiin haasteisiin toimivalla tavalla ja elää samalla merkityksellistä elämää (Westrup 2014). Tietoisuus- ja hyväksyntätaitojen harjoittelulla on prosessissa merkittävä rooli, koska niiden avulla voidaan työskennellä tunteisiin ja ajatuksiin yhteydessä olevien esteiden kanssa, heikentäen ajatusten ja tunteiden vaikutusta itseensä (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian kuusi eri prosessia ovat Hayesin ym. (2013) mukaan hyväksyntä (engl. acceptance), mielen kontrollin heikentäminen (engl. defusion), tietoinen läsnäolo (engl. contact with the present moment), havainnoiva minä (self as context), arvot (values) sekä omistautuminen arvojen mukaiseen elämään (commitment action). Prosessit

voidaan jakaa edelleen kahteen pääryhmään; tietoisuus- ja hyväksyntäprosesseihin (engl. mindfulness and acceptance processes) sekä käyttäytymisen muutokseen ja aktivointiin tähtääviin prosesseihin (engl. commitment and behavior change processes) (Hayes ym. 2013). Prosessimalli kuvassa 1.

Kaikkien kuuden eri prosessin nähdään Hayesin ym. (2013) mukaan vaikuttavan toisiinsa kaikissa suunnissa, mutta esimerkiksi ihmisen elämänsisältöön tai nykytilanteeseen liittyvät tekijät vahvistavat tai heikentävät prosesseja ja niiden välisiä suhteita. Hyväksymis- ja omistautumisterapia ei pyri vaikuttamaan tunteisiin tai kognitiivisten prosessien sisältöön, vaan lisäämään joustavuutta. Vähentämällä kielellistä kontrollia luodaan tietoisempia, läsnä olevampia ja joustavampia lähestymistapoja asioiden kokemiseen sekä edistämään arvoihin perustuvaa toimintaa vahvistamalla sitoutumista ja käyttäytymisen muutokseen pyrkiviä prosesseja (Hayes ym. 2013). Tavoitteena on auttaa yksilöä elämään itselle tärkeiden arvojen mukaista elämää (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Hyväksynnän prosessi pyrkii kokemuksellisen välttämisen vähentämiseen. Se tarkoittaa omien tunteiden ja kokemusten, myös negatiivisten, hyväksymistä sellaisenaan (Hayes ym. 2006), koska liiallinen vaikeiden asioiden välttäminen on yksi ihmisen hyvinvointia heikentävistä tekijöistä. Sen sijaan, että tuskallisia tunteita vastaan taistelaisiin, niille annetaan tilaa, tarkoittamatta kuitenkaan, että niitä tarkoituksellisesti haluttaisiin tai toivottaisiin (Harris 2009). Esimerkiksi ahdistuksen tunteet opetellaan Hayesin ym. (2006) mukaan hyväksymään vain tunteina, jotka muodostuvat mielessä. Hyväksyntää pyritään lisäämään arvoihin sitoutuneen toiminnan edistämiseksi (Hayes ym. 2006). Tietousuustaidot ovat kiinteä osa hyväksynnän prosessia ja niiden harjoittelu voi lisätä hyväksynnän taitoa (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Mielen kontrollin heikentämisen prosessilla pyritään kielellisen kontrollin vähentämiseen. Heikentäminen antaa ihmiselle mahdollisuuden tarkastella ajatuksia vain ajatuksina sen sijaan, että ne olisivat kirjaimellinen totuus maailmasta (Bach & Moran 2008). Ajatuksista, muistoista ja mielikuvista ikään kuin irrottaudutaan ja annetaan niiden olla sellaisenaan (Harris 2009). Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan avulla on mahdollista opetella hyvinvoinnin kannalta terveempää näkökulmaa oman itsensä ja omien ajatusten välillä. Kun ihminen tiedostaa, ettei ole yhtä kuin omat ajatuksensa ja tunteensa vaan, että niitä on jokaisella,

on mahdollista ajatella selkeämmin ja olla läsnä kulloisessakin hetkessä (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Tietoinen läsnäolo on tietoisuutta siitä mitä tapahtuu tällä hetkellä sen sijaan, että käyttäisimme aikaamme menneen tai tulevana miettimiseen. Yhteyden lisääminen nykyhetkeen tarkoittaa tietoisuuden lisäämistä ympäröivää maailmaa sekä omia tunteitamme ja ajatuksiamme kohtaan (Harris 2009). Ihminen oppii huomaamaan mitä kyseisellä hetkellä on tarjota, esimerkiksi masennusta tai iloa aiheuttavia tunteita (Bach & Moran 2008). Tietoisuuden lisäämistetuntemus taas auttaa havaitsemaan toimimme omaa hyvinvointia edistävästi vai estävästi ja tekemään sen mukaisia valintoja (Lappalainen & Lappalainen 2014). Ajatukset ja tunteet osataan ottaa yksityisten tapahtumien sijaan tulevana ja menevänä loputtomana virtana. Tämä lähestymistapaa auttaa toimimaan mielekkäästi ja omien arvojen mukaisesti (Bach & Moran 2008) ollessamme tietoisia kokemuksistamme ja toimimalla tietoisesti (Harris 2009).

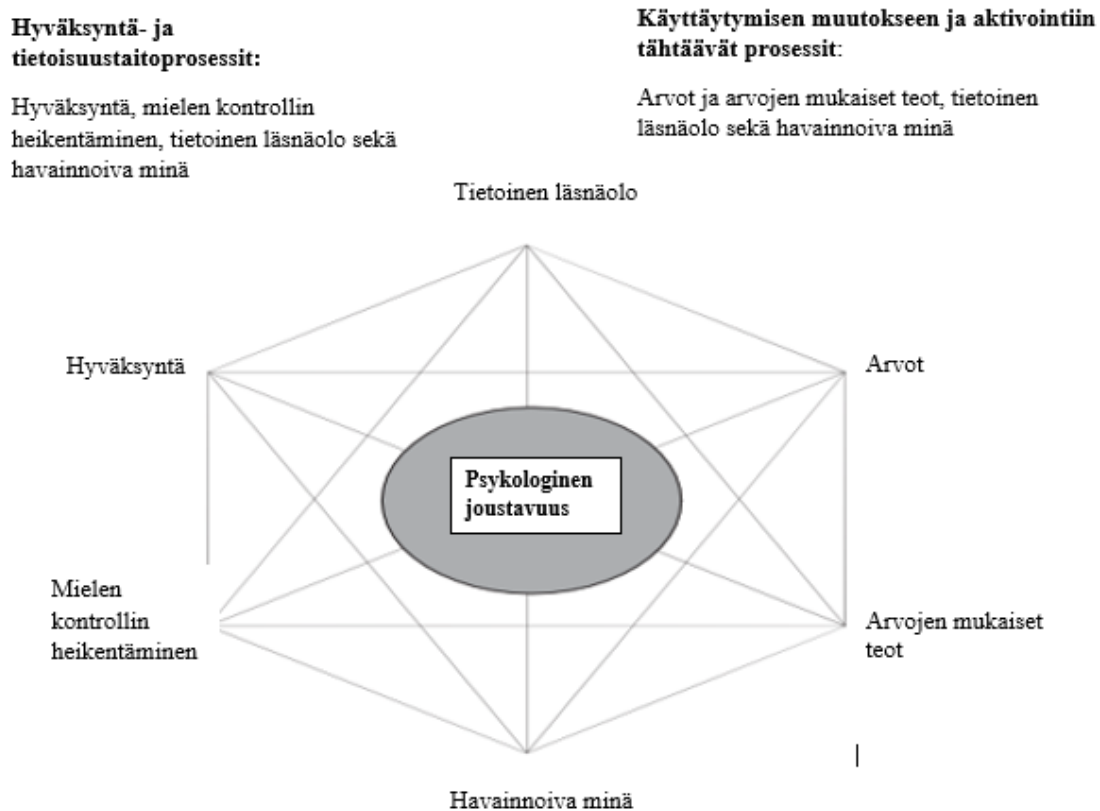
Havainnoivaan minään liittyvä prosessi pyrkii edistämään ihmisen yhteyttä omaan, tietoihin kokemuksiin perustuvaan minään ja sitä vastoin heikentämään käsitteellistä minäkuvaa (Hayes ym. 2013). Käsitteellinen minäkuva voi vähentää psykologista joustavuutta, kun pyrkimys niin sanotusti oikeanlaiseen kuvaukseen itsestä saattaa johtaa siihen, että ristiriidassa olevat asiat kielletään (Hayes ym. 2012).

Arvoihin liittyvällä prosessilla pyritään Bachin ja Moranin (2008) mukaan vähentämään kokemuksellista välttämistä. Epämiellyttävien ja epämukavuutta tuottavien ajatusten ja tunteiden välttäminen johtaa rajoittuneeseen ja epämiellyttävään elämään, kun taas arvoihin keskittyminen tuo mukanaan elinvoimaa ja halukkuutta kokea erilaisia asioita, vaikka ne toisivat myös epämukavuuden tunteita mukanaan (Bach & Moran 2008). Arvoilla tarkoitetaan ihmiselle henkilökohtaisesti merkittäviä asioita (Lappalainen & Lappalainen 2014) ja ne kuvaavat sitä, kuinka haluamme elämässämme toimia, siksi niiden kirkastaminen on olennaista mielekkään elämän luomiseksi (Harris 2009).

Psykologinen joustamattomuus voi Bachiin ja Moraniin (2008) viitaten aiheuttaa ihmiselle kykenemättömyyttä toimia omien tavoitteidensa ja arvojensa mukaisesti. Hyväksymis- ja omistautumisterapian kuudennessa prosessissa tavoitellaan *omistautumista arvojen mukaiseen elämään* (Bach & Moran 2008). Sitoutunut toiminta tarkoittaa arvojemme ohjaamaa toimintaa (Harris 2009). Arvoihin perustuva elämä herättää laajan kirjon erilaisia sekä miellyttäviä, että

epämiellyttäviä tunteita, mutta ollessamme sitoutuneita arvojen mukaiseen elämään, olemme valmiita ottamaan ne vastaan sellaisenaan (Harris 2009). Konkreettiset arvojen mukaiset teot edistävät pitkällä aikavälillä yksilön hyvinvointia. Esimerkiksi liikunta tai terveelliset ruokailutottumukset ovat tekoja, jotka edistävät terveenä ja hyvin voivana elämisen arvoja (Lappalainen & Lappalainen 2014).

Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttinen lähestymistavan kuusi erilaista prosessia sisältävät myös päällekkäisyyksiä. Sitoutunut toiminta esimerkiksi sisältää hyväksymisen, arvot ja yhteyden nykyhetkeen, hyväksymiseen taas liittyy kielellisen kontrollin heikentäminen ja se edellyttää hyväksyntää (Bach & Moran 2008).



KUVA 1. Hyväksymis- ja omistautumisterapian prosessit (Hayes ym. 2006; Lappalainen & Lappalainen 2014)

3.3 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien soveltaminen käytännössä

Hyväksymis- ja omistautumistaidot tähtäävät pitkälti tietoisuuden lisääntymiseen ja omien sisäisten kokemusten hyväksymiseen. Tämä puolestaan voi edistää esimerkiksi painonpudottajan kykyä erottaa nälän tai kylläisyyden tunteet mieliteista ja ruuanhimosta (Boucher ym. 2016).

Paino pyrkii Formanin ja Butrynin (2015) mukaan luontaisesti nousemaan takaisin, kun kaloripitoisia ruokia on helposti saatavilla ja vastaavasti liikkuminen vähenee, esimerkiksi fyysisesti tehtävän työn korvautuessa koneilla ja laitteilla. Ristiriita edellä kuvatun ja yksilön omien terveyteen liittyvien tavoitteiden välillä aiheuttaa jännitteen, josta seuraa epäedullisia päätöksiä ravitsemuksen ja fyysisen aktiivisuuden kannalta (Forman & Butryn 2015). Myös tutkimustiedon pohjalta painonhallinnan onnistumiselle on todettu olevan syynä ihmisen biologinen alttius syödä mielummin runsaskalorisia ruokia ja kuluttaa energiaa minimaalisesti ja toisaalta jatkuva altistuminen ylipainoa tukevalle ympäristölle (Forman ym. 2015).

Biologinen alttius ja ylipainoa tukevan ympäristön yhdistelmä johtaa Formanin (2015) mukaan siihen, että painonhallintaa ja fyysistä aktiivisuutta tukevien elämäntapojen noudattaminen on vaikeaa. Vaikka jotkut ihmiset tähän pystyvätkin, on se erityisen vaikeaa painonpudottajalle pitkällä aikavälillä, kun painon lasku hidastuu tai pysähtyy. Hyväksymisperustaiset interventiot voivat olla toimiva lähestymistapa näissä tilanteissa (Forman ym. 2015). Formanin ja Butrynin (2015) mukaan erityisesti ylensyöntiin ja passiiviseen elämäntapaa taipuvalle ihmiselle voivat tarvita itsesäätelytaitojen vahvistamista pystyäkseen ylläpitämään terveellistä ruokavaliota ja fyysistä aktiivisuutta. Näitä taitoja ovat kyky sietää myös epämiellyttäviä tunteita sekä sitoutua selkeästi määriteltyihin arvoihin ja tietoiseen päätöksentekoon epä mukavuuden tunteista huolimatta (Forman & Butryn 2015).

Painonhallintainterventioissa hyväksymisperustaisen lähestymistavan yksi ydinosa on arvojen kirkastaminen, niiden mukaiseen elämään sitoutuminen sekä tietoisuustaitojen lisääntyminen. Tarkoituksena on lisätä kykyä sietää myös epä mukavuuden tunteita, kuten esimerkiksi ruuanhimo tai nälän tunne, terveellisiä elämäntapoja ylläpidettäessä (Forman ym. 2015). Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttiset menetelmät saattavat Boucherin ym. (2016) mukaan vähentää tunnesyömistä ja vahvistaa sisäisiin ja ulkoisiin kokemuksiin vastaamista tarkoituksenmukaisilla tavoilla lisäämällä esimerkiksi kykyä intuitiiviseen syömiseen.

Weinelandin ym. (2012) mukaan hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvalla lähestymistavalla voidaan vähentää syömishäiriöihin liittyviä oireita sekä tyytymättömyyttä omaan kehoon, sekä parantaa elämänlaatua ja lisätä hyväksyntää painoon liittyviä tunteita ja ajatuksia kohtaan. Hyväksymisperustaisten lähestymistapojen käyttäminen painonpudotusinterventioissa voi parantaa tuloksia etenkin sellaisilla henkilöillä, jotka reagoivat herkästi sisäisiin ärsykkeisiin syömisellä (Niemeier ym. 2012).

Huolimatta tutkimukseen perustuvasta näytöstä, kirjallisuudessa on edelleen aukkoja ja tarvitaan lisää niin satunnaiskontrolloituja tutkimuksia kuin pitkän aikavälin seurantatuloksiakin johtopäätösten tekemiseen hyväksymisperustaisten menetelmien tehokkuudesta ylipainon hoidossa (Forman ym. 2015).

4 HYVÄKSYMIS- JA OMISTAUTUMISTERAPEUTTISTA LÄHESTYMISTAPAA SOVELTAVAT PAINONHALLINTAINVENTIOT

Tässä luvussa tarkastellaan aiemmin toteutettuja hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltaneita painonhallintainterventioita. Tiedonhaku suoritettiin systemaattisen tiedonhaun menetelmin. Ensisijaisena kiinnostuksen kohteena olivat verkkopohjaiset painonhallintainterventiot, joissa oli sovellettu hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa, mutta niistä tehty tutkimus oli vielä vähäistä viimeisen 10 vuoden ajalta, lukuun ottamatta Bradleyn ym. (2017) lihavuusleikkauksen jälkeistä painonhallintaa tarkastelevaa tutkimusta. Tästä syystä mukaan valikoitui pääasiassa tutkimuksia, joissa interventio oli toteutettu kasvokkain. Joskin Hooperin ja Larsonin (2015) mukaan ylipäätään teknologiaan hyödyntäviin hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisiin menetelmiin perustuviin interventioihin kohdistuva tutkimus on lisääntynyt viime vuosina. Systemaattisella tiedonhaulla löytyi kaikkiaan kuusi alkuperäistutkimusta, joista viidessä oli sovellettu hyväksymis- ja omistautumisperustaisia menetelmiä painonhallinnassa tai painon pudotuksessa ja yhdessä fyysisen aktiivisuuden edistämiseen pyrkivässä interventiossa. Systemaattisessa tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja –lausekkeet sekä tiedonhaun prosessi kokonaisuudessaan on kuvattu liitteessä 1.

4.1 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisia menetelmiä soveltavat alkuperäistutkimukset

Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltavien menetelmien vaikuttavuudesta painon pudotukseen on viime vuosina tehty satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia (Forman ym. 2016; Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017) sekä avoimia tutkimuksia, joissa ei ole ollut mukana erillistä kontrolliryhmää (Berman ym. 2016; Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016). Formanin ym. (2016) ja Palmeiran ym. (2017) satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa hyväksymis- ja omistautumisperustaisia interventioita verrattiin tavanomaiseen käyttäytymisen muutokseen pyrkivään hoitoon (engl. standard behavioral treatment). Kattermanin ym. (2014) tutkimuksessa kontrolliryhmä ei saanut hoitoa. Bermanin ym. (2016) ja Butrynin ym. (2016) tutkimuksissa osallistujat jaettiin kahteen saman sisältöiseen

ryhmään ja Bradleyn ym. (2017) verkkopohjaisessa interventiossa oli vain yksi ryhmä. Interventiot oli toteutettu Yhdysvalloissa lukuun ottamatta Palmeiran ym. (2017) interventiota, joka oli toteutettu Portugalissa. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoituneet hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltavat interventiot on kuvattu liitteessä 2.

Katsaukseen mukaan valikoituneissa tutkimuksissa oli osallistujia yhteensä 378 henkilöä, osallistujamäärät vaihtelivat tutkimuksittain 16–190 välillä. Poispudonneet oli kuvattu kaikissa tutkimusartikkeleissa ja heidän määränsä vaihteli tutkimuksen päättyessä 0.5 ja 12.3 prosentin välillä (keskiarvo 4.7 %).

Tutkimuksiin osallistujat olivat ylipainoisia aikuisia, lukuun ottamatta Kattermanin ym. (2014) tutkimusta, jossa mukana oli myös normaalipainoisia. Tutkittavien lähtötason painoindeksit vaihtelivat 23–50 kg/m² välillä. Puolessa tutkimuksista osallistujina oli pelkästään naisia (Berman ym. 2016; Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017) ja loppuissakin naisia oli enemmän kuin miehiä. Tutkittavat olivat iältään 18–70-vuotiaita. Niissä tutkimuksissa, joissa oli mainittu osallistujien siviilisäätty, suurin osa oli naimisissa tai avoliitossa (Berman ym. 2016; Bradley ym. 2017; Palmeira ym. 2017). Bermanin ym. (2016) tutkimukseen osallistuneet naiset olivat masennuksen sairastaneita ja 45 prosentilla heistä oli käytössään masennuslääkitys. Bradleyn ym. (2017) tutkimuksessa osallistujille oli tehty lihavuusleikkaus keskimäärin viisi vuotta ennen tutkimukseen osallistumista.

4.2 Interventioiden toteutus

Painonhallintainterventioista viisi (Berman ym. 2016; Butryn ym. 2016; Forman ym. 2016; Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017) oli toteutettu ryhmämuotoisena. Bradleyn ym. (2016) verkkopohjaisessa interventiossa osallistujat suorittivat viikoittaisia tehtäviä omaan tahtiinsa. Interventioiden kesto vaihteli 10 viikosta 12 kuukauteen ja seuranta-ajat kolmesta kuukaudesta 12 kuukauteen. Interventioiden intensiteetit vaihtelivat neljästä kahden tunnin ryhmätapaamiskerrasta 25 tapaamiskertaan, jotka olivat 75 minuutin kestoisia. Kolmessa katsaukseen mukaan valikoituneista tutkimuksista ei ollut seurantaa (Butryn ym. 2016; Forman ym. 2016; Palmeira ym. 2017).

Bradleyn ym. (2017) verkkopohjainen painonhallintainterventio perustui HELP (Healthy Eating and Lifestyle Postinterventio) -konseptiin. Kymmenen viikkoa kestäneessä interventiossa käytettiin apuna kuva-, teksti-, ääni- ja videomenetelmiä sekä interaktiivisia harjoituksia hyväksymis- ja omistautumistaitojen, tietoisuustaitojen sekä ärsykkeiden hallintaan liittyvien taitojen opettelemiseksi. Lisäksi osallistujat suorittivat käyttäytymisen muutokseen ohjaavaa omaseurantaa ja annoskokojen kontrollointia.

Ryhmämuotoisissa interventioissa ryhmätapaamisten määrä vaihteli neljästä 25 tapaamiskertaan. Lyhyemmissä interventioissa tapaamisia oli tiiviimmin ja Formanin ym. (2016) vuoden mittaisessa interventiossa keskimäärin joka toinen viikko. Ryhmiä ohjasivat psykologi (Berman ym. 2016), kliinisen lääketieteen opettajat, joilla oli aiempaa kokemusta hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltavasta painon hallinnan ohjauksesta (Butryn ym. 2016; Forman ym. 2016), valmistumisvaiheessa olevat opiskelijat (Katterman ym. 2016; Palmeira ym. 2017) ja psykologi (Palmeira ym. 2017). Bradleyn ym. (2017) tutkimuksessa verkkopohjaisen intervention ohjaajina toimivat valmistumisvaiheessa olevat opiskelijat, joilla on vähintään vuoden mittainen kokemus hyväksymisperustaisen painonhallinnan ohjauksesta.

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoituneista hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä soveltavista interventioista kolmessa oli mitattu käyttäytymisen muutosta (Berman ym. 2016; Butryn ym. 2016; Palmeira ym. 2017). Muuttujina olivat muutokset fyysisessä aktiivisuudessa ja syömiskäyttäytymisessä (Berman ym. 2017; Butryn ym. 2016; Palmeira ym. 2017).

Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteyttä ajatuksiin ja tunteisiin oli mitattu kaikissa mukaan valikoituneissa tutkimuksissa. Muuttujina olivat ylipainoon liittyvä häpeän tunne (Berman ym. 2016; Palmeira ym. 2017), kehon kuvaan liittyvien tunteiden hyväksyntä (Berman ym. 2016), sisäisten tunteiden hyväksyminen (Bradley ym. 2017; Katterman ym. 2014), kontrolloimaton syöminen (Bradley ym. 2017; Palmeira ym. 2017), tunnesyöminen (Bradley ym. 2017), Palmeira ym. 2017), herkkyyys vastata syömisellä sisäisiin tunteisiin (Bradley ym. 2017) ruokaan liittyvien tunteiden hyväksyntä (Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016; Forman ym. 2016; Katterman ym. 2014), fyysiseen aktiivisuuteen liittyvien tunteiden hyväksyntä (Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016; Katterman ym. 2014), tietoisuus

nykyhetkestä ja tunteiden ei-tuomitsevuus (Butryn ym. 2016; Palmeira ym. 2017), psykologinen jännite (Butryn ym. 2016), itsemyötätunto (Palmeira ym. 2017), riittämättömyyden tunteet (Palmeira ym. 2017), itsekritiikki (Palmeira ym. 2017) .

Terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavina muuttujina olivat verenpaine (Berman ym. 2016), paino (Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016; Forman ym. 2016; Katterman ym. 2014), BMI (Bradley ym. 2017; Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017), vyötärön ympärysmitta (Palmeira ym. 2017) ja kokonaiskolesteroli (Palmeira ym. 2017).

4.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan soveltaminen interventioissa

Interventioissa pyrittiin lisäämään itsesäätelytaitoja hyväksymis- ja omistautumisterapiaan pohjautuvilla lähestymistavoilla. Prosessit painottuivat elämänarvojen selkiyttämiseen, omien arvojen mukaiseen elämään omistautumiseen, epämukavuutta aiheuttavien tunteiden hyväksymiseen ja tietoisuustaitojen harjoitteluun.

Elämänarvojen selkiyttämällä ja niiden mukaiseen elämään sitoutumisella pyrittiin lisäämään terveyttä tukeviin elämäntapoihin sitoutumista painonhallinnan ylläpitämiseksi (Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016; Forman ym. 2016; Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017). Butrynin ym. (2016) tutkimuksessa osallistujat tekivät ryhmätapaamisissa ja kotitehtävinä omaan arkielämään liittyviä harjoituksia, joiden avulla arvoja selkiytettiin. Osallistujat myös muun muassa harjoittelivat erottamaan epäjohdonmukaisuuksia omien arvojensa ja terveyskäyttäytymisensä välillä. Formanin ym. (2016) tutkimuksessa interventioon osallistujia pyydettiin laatimaan omiin elämänarvoihin liittyvät tavoitteet, esimerkiksi elää pitkä ja terve elämä.

Epämukavuutta aiheuttavien tunteiden sietämistä harjoiteltiin ryhmätapaamisissa keskusteluharjoitusten avulla (Butryn ym. 2016) ja heitä tuettiin ymmärtämään, että ylipainoisuutta tukeva ympäristö aiheuttaa väistämättä epämukavuuden tunteita, kuten nälän tai ruuan himoa sekä nautinnon tunteiden vähenemistä, esimerkiksi valitessa television katsomisen sijaan kävelylenkin tekemisen (Forman ym. 2016). Palmeiran ym. (2017) tutkimuksessa

interventio sisälsi ryhmätapaamisen, jonka aiheena oli epämukavuutta aiheuttavien kokemusten sietämisen harjoittelua teemoilla ”Taking the mind for a walk exercise”, ”Eyes on exercise” ja ”Urge surfing”. Epämukavien tunteiden sietämisen harjoittelulla pyrittiin muun muassa vähäkaloristen ruokien valintaan runsaskaloristen sijaan, nälän tunteen sietämiseen (Bradley ym. 2017), halukkuuteen tehdä myös epämukavuutta aiheuttavia asioita, kuten esimerkiksi liikuntaa elämäntapamuutosten ylläpitämiseksi (Butryn ym. 2016) ja lisäämään kykyä sietää epämukavuuden tunteita, mutta samalla elää omien arvojen mukaisesti (Katterman ym. 2014).

Butrynin ym. (2016) tutkimuksessa intervention sisältöä raportoitiin niukasti, mutta muissa tutkimuksissa interventioiden kuvattiin sisältävän tietoisuustaitojen opettelua (Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017). Bradleyn ym. (2017) tutkimuksessa tietoisien päätöksenteon taitoja harjoiteltiin syömiseen ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyen. Myös Formanin ym. (2016) tutkimuksessa pyrittiin tietoisuustaitoja harjoittamalla lisäämään tietoisuutta ulkoisten ärsykkeiden vaikutuksesta omiin ruokavalintoihin ja aktiivisuuteen liittyvään päätöksentekoon.

Kaikkiaan neljässä kuudesta katsaukseen mukaan valikoiduista tutkimuksista interventio sisälsi myös jonkin fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen pyrkivän osatekijän. Bermanin ym. (2016) tutkimuksessa interventio sisälsi hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvia liikunnallisia harjoitteita, kuten tanssia ja joogaa. Butrynin ym. (2016) tutkimuksessa interventioon osallistuneille suoritettiin fyysistä aktiivisuutta mittaava seurantakysely jokaisen ryhmätapaamisen aluksi. Osallistujat asettivat itselleen yksilölliset liikuntatavoitteet, saivat muilta ryhmäläisiltä palautetta ja harjoittelivat hyväksymisperustaisia taitoja kohtalaisen tai raskaan liikunnan ylläpitämiseksi. Formanin ym. (2016) tutkimuksessa interventio sisälsi fyysiseen aktiivisuuteen liittyvää ohjausta sekä tavoitteen lisätä aerobista liikuntaa aina 250 minuuttiin viikossa. Osallistujat asettivat yksilölliset liikuntatavoitteet, suorittivat omaseurantaa, harjoittelivat oman käyttäytymisen analysointia sekä fyysiseen aktiivisuuteen liittyvien esteiden tunnistamista. Myös Kattermanin ym. (2014) tutkimuksessa interventioon sisältyi fyysisen aktiivisuuden omaseurantaa ja liikuntaan liittyvien hyväksymisperustaisten taitojen opettelua.

4.4 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteys tunteisiin ja ajatuksiin

Interventioilla todettiin olevan yhteyttä osallistujien lisääntyneeseen tunteiden hyväksymiseen. Muutos näkyi kehoon (Berman ym. 2016), ruokaan (Bradley ym. 2017), fyysiseen aktiivisuuteen (Bradley ym. 2017; Forman ym. 2016) ja painoon (Berman ym. 2016; Palmeira ym. 2017) liittyvien tunteiden hyväksymisen lisääntymisenä. Syömiseen liittyvät tunteet ja ajatukset muuttuivat syömiseen liittyvän kontrollin puutteen osalta Bradleyn ym. (2017) ja Formanin ym. (2016) interventioiden aikana. Bradleyn ym. (2017) ja Butrynin ym. (2016) tutkimuksessa interventioilla oli vaikutusta tunnesyömisen vähenemiseen. Butrynin ym. (2016) tutkimuksessa osallistujien motivaation tunteet lisääntyivät ja tunteiden välttely väheni. Interventioilla oli vaikutusta myös osallistujien tietoisuustaitojen lisääntymiseen (Butryn ym. 2016) ja psykologisen jännitteen vähenemiseen (Bradley ym. 2017; Butryn ym. 2016).

Formanin ym. (2016) 12 kuukautta kestäneen intervention vaikutukset eivät poikenneet muiden lyhyempien, 10–16 viikkoa kestäneiden interventioiden vaikutuksista. Myöskään interventioiden intensiteetillä ei ollut vaikutusta saatuihin tuloksiin, lukuun ottamatta Bradleyn ym. (2017) tutkimusta, jossa verkkopohjaisella interventiolla oli muita interventioita enemmän vaikutuksia osallistujien ajatusten ja tunteiden muutoksiin. Bradleyn ym. (2017) ja Butrynin ym. (2016) tutkimuksissa hyväksymis- ja omistautumisperustaisilla menetelmillä todettiin olevan merkitsevä yhteys osallistujien psykologisen jännitteen vähenemiseen. Näissä tutkimuksissa oli raportoitu menetelminä hyväksymis- ja omistautumistaitojen opettelu, tietoisuustaitojen harjoittelu, omaseuranta ja ongelmanratkaisutaitojen vahvistaminen. Syömisen kontrollointiin ja ruokaan liittyvien tunteiden hyväksyntään liittyvissä tuloksissa oli vaihtelua. Bradley ym. (2016) raportoivat ruokaan liittyvien tunteiden hyväksynnän lisääntymisestä, Butryn ym. (2016) tunnesyömisen vähenemisestä ja Kattermanin ym. (2014) tutkimuksessa interventiolla ei ollut vaikutusta tunnesyömiseen. Palmeiran ym. (2017) tutkimuksessa epäterveelliset ruokailutottumukset vähenivät, mutta Forman ym. (2016) ja Palmeira ym. (2017) raportoivat vastaavasti, että kontrolloimattomassa syömisessä tai herkkyudessa ruuan himoon ei tapahtunut muutoksia. Interventioissa, joissa fyysiseen aktiivisuuteen liittyvien tunteiden hyväksyntä lisääntyi (Bradley ym. 2017; Forman ym. 2016) ei mitattu käyttäytymisen muutosta, joten ei voida vetää johtopäätöksiä siitä, lisääntyikö myös osallistujien fyysinen aktiivisuus intervention aikana.

4.5 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteys käyttäytymisen muutokseen

Interventioissa, joissa oli mitattu käyttäytymisen muutosta (Berman ym. 2016; Butryn ym. 2016; Palmeira ym. 2017), osallistujien fyysinen aktiivisuus lisääntyi merkitsevästi. Palmeiran ym. (2017) tutkimuksessa myös osallistujien tunnesyöminen ja kontrolloimaton syöminen vähenivät. Interventioiden kestot vaihtelivat 10 viikosta 12 viikkoon ja intensiivisyys 4 ryhmätapaamisesta 12 ryhmätapaamiseen. Interventioiden kestolla tai intensiivisyydellä ei ollut merkittävää vaikutusta saatuihin tuloksiin. Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien lisäksi Bermanin ym. (2016) ja Butrynin ym. (2016) tutkimuksissa interventiot sisälsivät myös liikunnallisia osatekijöitä kuten tanssia, joogaa tai liikuntaohjausta. Palmeiran ym. 2017 tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että hyväksymis- ja omistautumisperustaisilla menetelmillä voitiin vaikuttaa fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen lyhyellä aikavälillä. Myös Bermanin ym. (2016) ja Butrynin ym. (2016) tutkimuksissa saatiin saman suuntaisia viitteitä, intervention vaikutuksesta, mutta suoria johtopäätöksiä ei voida vetää siitä, mikä osuus vaikutuksesta oli hyväksymis- ja omistautumisperustaisilla menetelmillä ja mikä liikunnallisilla osatekijöillä. Bermanin ym. (2017) tutkimuksessa saavutettu fyysinen aktiivisuus oli ylläpidetty kolmen kuukauden seurantamittauksissa. Butrynin ym. (2016) ja Palmeiran ym. (2017) tutkimuksissa ei ollut seurantaa, joten pitkän aikavälin tuloksia ei pystytä arvioimaan.

4.6 Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteys terveydentilaan

Interventiot paransivat sekä Bermanin ym. (2016) että Palmeiran ym. (2017) tutkimuksissa osallistujien yleistä terveyttä ja elämänlaatua, mikä näkyi masentuneiden naisten masennusoireiden vähenemisenä ja verenpaine- ja laskun laskuna (Berman ym. 2016). Diagnosoiduissa masennuksissa ei kuitenkaan tapahtunut muutosta. Palmeira ym. (2017) raportoivat psykopatologisten oireiden vähenemisestä sekä yleisestä terveyteen liittyvän elämänlaadun paranemisesta. Formanin ym. (2016) tutkimuksessa interventiolla ei saavutettu masennuksen oireiden vähenemistä.

Osallistujien painossa saavutettiin interventioiden aikana positiivisia muutoksia, paitsi Bermanin ym. (2016) tutkimuksessa, jossa osallistujien paino pysyi ennallaan. Tutkimuksista neljässä intervention kestot olivat 10–16 viikkoa (Berman ym. 2016; Bradley ym. 2017; Butryn

ym. 2016; Katterman ym. 2014; Palmeira ym. 2017), poikkeuksena Formanin ym. (2016) tutkimus, jossa intervention kesto oli 12 kuukautta. Tässä tutkimuksessa osallistujien painon lasku oli loppumittauksissa lähtötilanteeseen verrattuna suurempi 13.3 % kuin muissa tutkimuksissa, mihin yhtenä syynä saattoi olla intervention pidempi kesto. Kattermanin ym. (2014) interventiossa painon muutosta seurattiin 12 kuukautta intervention päättymisen jälkeen ja saavutettu 1.57 kg:n painon muutos oli edelleen nähtävissä. Myös Bradley'n ym. (2017) tutkimuksessa saavutettu painon muutos (4.0 %) oli ylläpidetty seurantamittauksissa, mutta seuranta-aika oli vain kolme kuukautta. Butrynin ym. (2016) tutkimuksessa motivaation lisääntymisen, tunteiden välttelyn ja tunnesyömisen vähenemisen sekä tietoisuustaitojen lisääntymisen todettiin olevan yhteydessä painon laskuun.

Tutkimusten vähäisen määrän ja seuranta-aikojen vaihtelun tai niiden puuttumisen vuoksi ei painon pudotuksesta pitkällä aikavälillä voida tehdä suoria johtopäätöksiä. Formanin ym. (2016) tutkimuksessa, jossa intervention kesto oli 12 kuukautta ja Kattermanin ym. (2014) tutkimuksessa, jossa seuranta-aika oli 12 kuukautta, oli raportoitu 75 minuutin ryhmätapaamisista, joiden sisältöinä olivat hyväksymis- ja omistautumisperustaiset harjoitteet, tietoisuustaitojen harjoittelu ja omaseuranta. Interventiossa käytettyjen hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien yhteys käyttäytymisen, ajatusten, tunteiden ja terveydentilan muutokseen on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Interventioissa käytetyt hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvat menetelmät ja niiden yhteys käyttäytymisen, ajatusten, tunteiden ja terveydentilan muutoksiin.

Tutkimuksen viite	Intervention kesto, seuranta-aika, intensiivisyys	Hyväksymis- ja omistautumisperustaiset menetelmät	Yhteys ajatuksiin ja tunteisiin, loppumittaukset	Yhteys käyttäytymiseen, loppumittaukset (ei mitattu -)	Yhteys terveydentilaan, loppumittaukset (ei mitattu -)	Seurantamittausten tulokset (ei seurantaa -)
Berman ym. 2016	11 viikkoa, 3 kuukautta, 4 x 2t	<ul style="list-style-type: none"> • mindfulness • psykologinen opetus • keskustelut • kokemukselliset harjoitteet • kotitehtävät 	<ul style="list-style-type: none"> • kehon hyväksyntä lisääntyi • painoon liittyvä häpeän tunne väheni 	<ul style="list-style-type: none"> • fyysinen aktiivisuus lisääntyi 	<ul style="list-style-type: none"> • masennuksen oireet vähenivät • diagnosoidut masennukset eivät vähentyneet • ylipainoon liittyvä elämänlaatu parani • verenpaine laskivat • painossa ei merkitsevää muutosta 	Kaikki saavutetut tulokset ylläpidettiin
Bradley ym. 2017	10 viikkoa, 3 kuukautta, viikoittaiset verkkotehtävät	<ul style="list-style-type: none"> • hyväksymis- ja omistautumistaitojen opettelu • tietoisien päätöksenteon harjoittelu • omien arvojen mukaisen elämän harjoittelu • ärsykkeiden hallintaan liittyvä harjoittelu • omaseuranta • annoskokojen kontrollointi 	<ul style="list-style-type: none"> • syömiseen liittyvä estottomuus väheni • syömiseen liittyvä kontrollointi lisääntyi • tunnesyöminen väheni • ruokaan ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyvien tunteiden hyväksyntä lisääntyi • psykologinen jännite väheni • yleisessä tunteiden hyväksynnässä ei muutoksia 	-	<ul style="list-style-type: none"> • paino laski 	Saavutettu painon lasku ylläpidettiin
Butryn ym. 2016	12 viikkoa Ei seurantaa 12 x 75 min	<ul style="list-style-type: none"> • hyväksynnän, arvojen kirkastamisen, tietoisuustaitojen, 	<ul style="list-style-type: none"> • psykologinen jännite väheni • motivaatio lisääntyi 	<ul style="list-style-type: none"> • fyysinen aktiivisuus lisääntyi 	<ul style="list-style-type: none"> • paino laski 	-

Tutkimuksen viite	Intervention kesto, seuranta-aika, intensiivisyys	Hyväksymis- ja omistautumisperustaiset menetelmät	Yhteys ajatuksiin ja tunteisiin, loppumittaukset	Yhteys käyttäytymiseen, loppumittaukset (ei mitattu -)	Yhteys terveydentilaan, loppumittaukset (ei mitattu -)	Seurantamittausten tulokset (ei seurantaa -)
		kielellisen kontrollin ja arvojen mukaisen toiminnan harjoittelu ja tiedon lisääminen <ul style="list-style-type: none"> • omaseuranta • ongelmanratkaisu • painon pudotukseen ja hallintaan liittyvät haasteet 	<ul style="list-style-type: none"> • tunteiden välttely väheni • tunnesyöminen väheni • tietoisuustaidot lisääntyivät 			
Forman ym. 2016	12 kuukautta Ei seurantaa 25 x 75 min	<ul style="list-style-type: none"> • arvojen kirkastaminen • tietoisien päätöksenteon harjoittelu • epämiellyttävien tunteiden hyväksymisen harjoittelu • ongelmien ratkaisutaitojen harjoittelu • oman käyttäytymisen arviointi • yksilölliset tavoitteet • omaseuranta • suunnitelma painonnousua varten • sosiaalisen tuen rakentaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • ruuan himoon liittyvien tunteiden hyväksyntä lisääntyi 	-	<ul style="list-style-type: none"> • painon lasku 	-
Katterman ym. 2014	16 viikkoa 12 kuukautta 8 x 75 min	<ul style="list-style-type: none"> • tietoisien syömisestä opettelu • stressin hallinta • hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan mukaiset harjoitteet • omaseuranta (paino, ravinto, liikunta) 	<ul style="list-style-type: none"> • fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen liittyvien tunteiden hyväksyntä lisääntyi 	-	<ul style="list-style-type: none"> • paino ja BMI laskivat 	Saavutettu painon ja BMI:n lasku ylläpidettiin seurannassa.

Tutkimuksen viite	Intervention kesto, seuranta-aika, intensiivisyys	Hyväksymis- ja omistautumisperustaiset menetelmät	Yhteys ajatuksiin ja tunteisiin, loppumittaukset	Yhteys käyttäytymiseen, loppumittaukset (ei mitattu -)	Yhteys terveydentilaan, loppumittaukset (ei mitattu -)	Seurantamittauksen tulokset (ei seurantaa -)
Palmeira ym. 2017	10 viikkoa Ei seurantaa 10+2 x 150 min	<ul style="list-style-type: none"> • psykologinen ohjaus tunnesyömiseen liittyen • häpeän ja itsekritiikin tunteiden käsittely • arvoihin ja omistautumiseen liittyvien toimintojen tukeminen • epämiellyttävien tunteiden hyväksynnän harjoittelu • mielen kontrollin heikentämiseen liittyvät harjoitteet • stressin sietokyvyn lisäämisen harjoittelu • tietoisuustaitojen opettelu 	<ul style="list-style-type: none"> • painoon liittyvä häpeän tunne väheni • itsekritiikki väheni • painoon liittyvien tunteiden välttäminen väheni 	<ul style="list-style-type: none"> • fyysinen aktiivisuus lisääntyi • epäterveellinen syömiskäyttäytyminen väheni 	<ul style="list-style-type: none"> • terveyteen liittyvä elämänlaatu parani • psykopatologiset oireet vähenivät • BMI laski 	-

5 YHTEENVETO

Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltavien interventioiden vaikutuksia ylipainon hoitoon on käsitelty kaikkiaan kuudessa alkuperäistutkimuksessa. Tutkimukset ovat kohdentuneet ylipäätään ylipainon hoitoon, masentuneiden naisten ylipainon hoitoon, lihavuusleikkauksen jälkeiseen painon hallintaan sekä fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen hiljattain painoansa pudottaneilla. Aiempaan tutkimustietoon viitaten tiedetään, että perinteiset käyttäytymisen muutokseen tähtäävät interventiot ovat tehokkaita lyhyellä aikavälillä, mutta eivät yhtä tehokkaita pitkällä aikavälillä tapahtuvassa painon hallinnassa (Forman & Butryn 2015). Aiemmissä hyväksymis- ja omistautumisperustaisissa interventioissa ongelmaa on lähestytty psykologisen joustavuuden ja tietoisuustaitojen lisääntymiseen pyrkivien intervention osatekijöiden avulla.

Interventioissa sovellettiin hyväksymis- ja omistautumisterapian prosesseja tunteisiin liittyvän hyväksynnän, tietoisuustaitojen ja motivaation vahvistamiseksi sekä terveyden ja elämänlaadun parantamiseksi. *Arvojen kirkastamisella* tarkoitettiin yksilön kykyä yhdistää oma terveyteen liittyvä käyttäytymisensä itselle tärkeisiin arvoihin ja se nähtiin keskeisenä menestyksellisen painon hallinnan osatekijänä. Ryhmätapaamisissa pohdittiin oman terveyskäyttäytymisen yhteyttä elämän tärkeisiin tavoitteisiin sekä eroja omien henkilökohtaisten arvojen terveyskäyttäytymiselle asettamiensa arvojen välillä (Bradley ym. 2016; Butryn. ym. 2016; Forman ym. 2016; Katterman ym. 2014). Näistä omasta elämästä ja itselle tärkeistä asioista lähtevistä tekijöistä muodostettiin selkeästi määritellyt tavoitteet (Forman ym. 2016; Palmeira ym. 2017), joilla pyrittiin lisäämään motivaatiota toimia terveellistä elämää edistävästi eli *omistautua arvojen mukaiseen elämään* (Palmeira ym. 2017).

Omiin tunteisiin liittyvän hyväksynnän lisääntyminen oli keskeinen osa interventioita. Osallistujille opetettiin strategioita, joiden avulla pyrittiin lisäämään kykyä hyväksyä myös epämiellyttäviä tunteita, joita esimerkiksi vähäkaloristen ruokien valitseminen runsaskaloristen ja mielihyvää tuottavien ruokien sijaan voi aiheuttaa. Tavoitteena oli, että osallistujat pystyvät ottamaan etäisyyttä omiin tunteisiinsa ja tekemään tietoisia päätöksiä eikä toimia tunteiden ohjaamana (Berman ym. 2016; Bradley ym. 2016). Epämiellyttävien tunteiden hyväksyntää pyrittiin lisäämään tunnistamalla ja purkamalla totuttuja toimintamalleja ja rakentamaan uusia

joustavia tapoja toimia (Palmeira ym. 2017). *Tietoisuustaitojen* vahvistaminen liittyi interventioissa tiiviisti omien tunteiden hyväksynnän lisäämiseen. Osallistujia autettiin ymmärtämään kuinka terveiden elämäntapojen noudattaminen voi lihavuutta tukevassa ympäristössä aiheuttaa epämukavuutta, kuten ruuan himoa, nälkää, mielihalua ja väsymystä. Tavoitteena oli, että osallistujat tiedostavat kuinka tunteet ohjaavat syömistä ja fyysistä aktiivisuutta (Forman ym. 2016) ja kuinka he voivat tehdä päätöksistään tietoisempia (Berman ym. 2016). Tietoisuustaitojen lisäämisellä pyrittiin siis vahvistamaan osallistujien ruokaan ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyviä tietoisien päätöksenteon taitoja (Bradley ym. 2016) sekä ymmärrystä omaan ruokaan liittyvää suhdetta kohtaan (Palmeira ym. 2017).

Mielen kontrollin heikentämisen tarkoituksena interventioissa oli auttaa osallistujia ymmärtämään miksi omat ajatukset voivat johtaa kärsimykseen ja toisaalta hyväksymään tunteita sellaisenaan ja tiedostamaan niitä vain tunteina, jotka eivät ole ainoa totuus (Palmeira ym. 2017). Ajatuksia pyrittiin tiedostamaan ja ymmärtämään, että niihin voi vaikuttaa (Berman ym. 2016), ne ovat ohimeneviä, eikä niiden tarvitse ohjata omaa käyttäytymistä (Butryn ym. 2016)

Butryn ym. (2016) käsittelivät tutkimuksessaan *psykologisen joustavuuden* käsitettä. Se nähtiin välttämättömänä tekijänä pitkän aikavälin painon hallinnassa. Butrynin ym. (2016) mukaan terveellisten elämäntapamuutosten tekeminen ei onnistu, jos tunteisiin, ajatuksiin ja tilanteisiin vastataan aina samanlaisella toiminnalla. Muutokselle ei ole mahdollisuutta ilman halukkuutta muuttaa omaa käyttäytymistään (Butryn ym. 2016). Intervention vaikutuksista psykologiseen joustavuuteen ei raportoitu erikseen. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvat, *itsesäätelytaitojen* vahvistamisen osatekijöitä sisältävät interventiot tukevat Formanin ym. (2016) tutkimuksen tulosten mukaan elämäntapamuutosten omaksumista ja ylläpitämistä. Epämiellyttävien tunteiden hyväksymisen lisääntyminen, arvojen mukaiseen käyttäytymiseen sitoutuminen ja tietoisuuden lisääntyminen auttavat elämäntapamuutoksessa pitkällä aikavälillä lihavuutta tukevassa ympäristössä (Forman ym. 2016).

Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisen lähestymistavan prosesseista, erityisesti tunteiden hyväksynnän lisääntymisessä ja toisaalta painoon liittyvien häpeän tunteiden vähenemisessä havaittiin selkeästi muutoksia interventioiden vaikutuksesta (Palmeira ym. 2017; Berman ym. 2016). Interventio auttoi osallistujia luomaan hyväksyvämmän suhteen painoon ja syömiseen

liittyvien tunteiden kanssa ja olemaan hyväksyvämpi itseään kohtaan (Palmeira ym. 2017). Butryn ym. (2016) ja Katterman ym. (2014) raportoivat paranemista fyysisen aktiivisuuden lisäämisen aiheuttamien epämiellyttävien tunteiden hyväksynnässä, mutta muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Bermanin ym. (2016) tutkimuksessa osallistujien kehoon liittyvät hyväksynnän tunteet lisääntyivät merkitsevästi.

Hyväksymis- ja omistautumisperustaisten menetelmien osatekijöiden yhteydestä painon laskuun raportoitiin vähäisesti. Butrynin ym. (2016) tutkimuksessa tunteiden välttelyn vähenemisen, tunnesyömisen vähenemisen, tietoisuustaitojen lisääntymisen ja motivaation lisääntymisen todettiin olevan yhteydessä painon laskuun. Forman ym. (2016) raportoivat painon muutosten olevan yhteydessä ruokaan liittyvän hyväksynnän lisääntymiseen. Interventiot olivat kestoaltaan 10–16 viikon mittaisia, lukuun ottamatta Formanin ym. (2016) 12 kuukauden mittaista interventiota, jossa hyväksymis- ja omistautumisperustaisia menetelmiä verrattiin tavanomaiseen hoitoon. Intervention pituudella ei tässä kirjallisuuskatsauksessa havaittu olevan vaikutusta saavutettuihin tuloksiin. Tähän vaikutti myös se, että seuranta-ajat vaihtelivat tai seurantaa ei ollut lainkaan. Myös interventioiden intensiteeteissä oli suurta vaihtelua. Muutoksia osallistujien käyttäytymisessä, ajatuksissa ja tunteissa saavutettiin kuitenkin jo vähäiselläkin intensiteetillä Bermanin ym. (2016) tutkimuksessa, jossa ryhmätapaamisia oli neljä kertaa.

Interventioihin osallistujat kokivat hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvat menetelmät, kuten tietoisuustaitoihin, omien tunteiden hyväksyntään (Butryn ym. 2016; Palmeira ym. 2017), mielen kontrolliin heikentämiseen ja omaan itseen liittyvää myötätunnon harjoitteluna hyödyllisenä (Palmeira ym. 2017). Verkkopohjaisena toteutettu interventio koettiin helpoksi käyttää. Myös sitoutuminen pysyi korkeana teknologiaan liittyvistä ongelmista huolimatta (Bradley ym. 2017).

LÄHTEET

- Ajie & Chapman-Novakofski. 2014. Impact of computer-mediated, obesity-related nutrition education interventions for adolescents: a systematic review. *Journal of Adolescent Health* 54 (6), 631–645. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.019>.
- Archibald, D., Douglas, F., Hoddinott, P., Teijlingen, E. van, Stewart, F., Robertson, C. & Avenell, A. 2015. A qualitative evidence synthesis on the management of male obesity. *BMJ Open* 5 (10), e008372. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008372>.
- Arem, H. & Irwin, M. 2011. A Review of web-based weight loss interventions in adults. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12 (5), e236–e243. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00787.x>.
- Azar, K. M. J., Xiao, L. & Ma, J. 2013. Baseline obesity status modifies effectiveness of adapted diabetes prevention program lifestyle interventions for weight management in primary care. *BioMed Research International* 2013, 191209. <http://doi.org/10.1155/2013/191209>.
- Bach, P. A & Moran, D. J. 2008. *ACT in Practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Basen-Enquist, K., Scruggs, S., Jhingran, A., Bodurka, D. C., Lu, K., Ramondetta, L., Hughes, D. & Taylor, C.C. 2009. Physical Activity and Obesity in Endometrial Cancer Survivors: Associations with Pain, Fatigue, and Physical Functioning. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 200 (3), 288.e1–288.e8. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.10.010>.
- Berman, M. I., Morton, S. N. & Hegel, M.T. 2016. Uncontrolled pilot study of an acceptance and commitment therapy and health at every size intervention for obese, depressed women: Accept Yourself! *Psychotherapy* 53 (4), 462–467. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000083>.
- Boucher, S., Edwards, O., Gray, A., Nada-Raja, S., Lillis, J., Tylka, T. L., & Horwath, C. C. 2016. Teaching intuitive eating and acceptance and commitment therapy skills via a web-based intervention: a pilot single-arm intervention study. *JMIR Research Protocols* 5(4), e180. <http://doi.org/10.2196/resprot.5861>.
- Bradley, L. E., Forman, E. M., Kerrigan, S. G., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Thomas, J. G., Herbert, J. D. & Sarwer, D. B. 2017. Project HELP: a remotely delivered behavioral intervention for weight regain after bariatric surgery. *Obesity Surgery* 27 (3), 586–598.

- Burgess, E., Hassemèn, M. & Pumpa, K.L. 2016. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clinical obesity* 7, 105–114, doi: 10.1111/cob.12180.
- Burgess, E., Hassemèn, M. & Pumpa, K.L. 2017. Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review. *Clinical obesity* 7, 123–135, doi: 10.1111/cob.12183.
- Butryn, M. L., Kerrigan, S., Arigo, D., Raggio, G. & Forman, E. M. 2016. Pilot test of an acceptance-based behavioral intervention to promote physical activity during weight loss maintenance. *Behavioral Medicine* 0, 1–11, doi: 10.1080/08964289.2016.1170663.
- Chang, T., Chopra, V., Zhang, C. & Woolford, S. J. 2013. The role of social media in online weight management: systematic review. *Journal of Medical Internet Research* 15 (11), e262. <http://doi.org/10.2196/jmir.2852>.
- Cotterez, A., Durant, N., Agne, A. & Cherrington, A. 2014. Internet interventions to support lifestyle modification for diabetes management: a systematic review of the evidence. *Journal of Diabetes Complications* 28 (2), 243–251. <http://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2013.07.003>.
- Forman, E. M., & Butryn, M. L. 2015. A New look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite* 84, 171–180. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.004>.
- Forman, E. M., Butryn, M. L. Manasse, S. M. & Bradley, L. E. 2015. Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future directions. *Current Opinion in Psychology* 2, c87-90.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P. & Thomas, J. G. 2016. Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: results from the mind your health randomized controlled trial. 2016. *Obesity* 24 (10), 2050-2056.
- Greaves, C., Poltawski, L., Garside, R. & Briscoe, S. 2017. Understanding the challenge of weight loss maintenance: a systematic review and synthesis of qualitative research on weight loss maintenance. *Health Psychology Review* 11 (2): 145–163. doi: 10.1080/17437199.2017.1299583.
- Harris, R. 2009. *ACT Made simple: an easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Hartescu, J., Morgan, K. & Stevinson, C.D. 2015. Increased physical activity improves sleep and mood outcomes. *Journal of Sleep Research* 24, 526–534.
- Hayes, S. C. 2004. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavioral Therapy* 35 (4), 639–665.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., Lillis, J. 2006. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. & Levin, M. E. 2012. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counselling Psychologist* 40 (7), 976–1002. doi: 10.1177/0011000012460836.
- 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. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>.
- Helldän, A. & Helakorpi, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 6/2015.
- Hooper N. & Larsson, A. Foreword by Hayes, S. 2015. The research journey of acceptance and commitment therapy (ACT). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankar, T. 2011. Suomalaisten liikunta-aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15.
- Huttunen, M. 2016. Pitkäaikainen väsymystila. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.2.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00410.
- 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.
- Keng, S-L., Smoski, M.J. & Robins, C.J. 2011. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 31, 1041–1056.
- Käyttätymisterapia. 2017. Viitattu 4.6.2017. <http://www.kayttaytymisterapia.net>
- Lallukka, T., Haario, P., Haaramo, P., Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2016. Lihavuus ja painonmuutokset ovat yhteydessä unettomuusoireisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 53 (2), 133–140.

- Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2014. Tietoisuustaidot hyväksymis- ja omistautumisterapian näkökulmasta. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteen. Tietoisuustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 83–93.
- Levin, M. & Hayes, S. T. 2009. ACT, RFT, and contextual behavioral science. Teoksessa. F. P. Deane, J. Ciarrochi & J. T. Blackledge (toim.). Acceptance and commitment therapy: contemporary theory research and practice. Sydney: Australian Academic Press, 13.
- Lihavuus. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.7.2017. www.kaypahoito.fi.
- Maher, C. A., Lewis, L. K., Ferrar, K., Marshall, S., De Bourdeaudhuij, I., & Vandelanotte, C. 2014. Are Health Behavior Change Interventions That Use Online Social Networks Effective? A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 16 (2), e40. <http://doi.org/10.2196/jmir.2952>.
- Metzgar, C. J., Preston, A. G., Miller, D. L & Nickols-Richardson, S. M. 2014. Facilitators and barriers to weight loss and weight loss maintenance: a qualitative exploration. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Research paper. doi: 10.1111/ihn.12273.
- Mustajoki, P. 2017. Lihavuus. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 13.7.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042#s1.
- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Männistö, S., Laatikainen, T., Harald, K., Borodulin, K., Jousilahti, P., Kanerva, N., Peltonen, M. & Vartiainen, E. 2015. Työikäisen ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen: Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. *Suomen lääkirilehti* 70 (14–15), 969–975.
- Niemeier, H., Leahey, T., Reed, K., Brown, R., Wing, R. 2012. An Acceptance-Based Behavioral Intervention for Weight Loss: A Pilot Study. *Behavior Therapy* 43, 427–435.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J. & Cunha, M. 2017. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite* 112, 107–116.

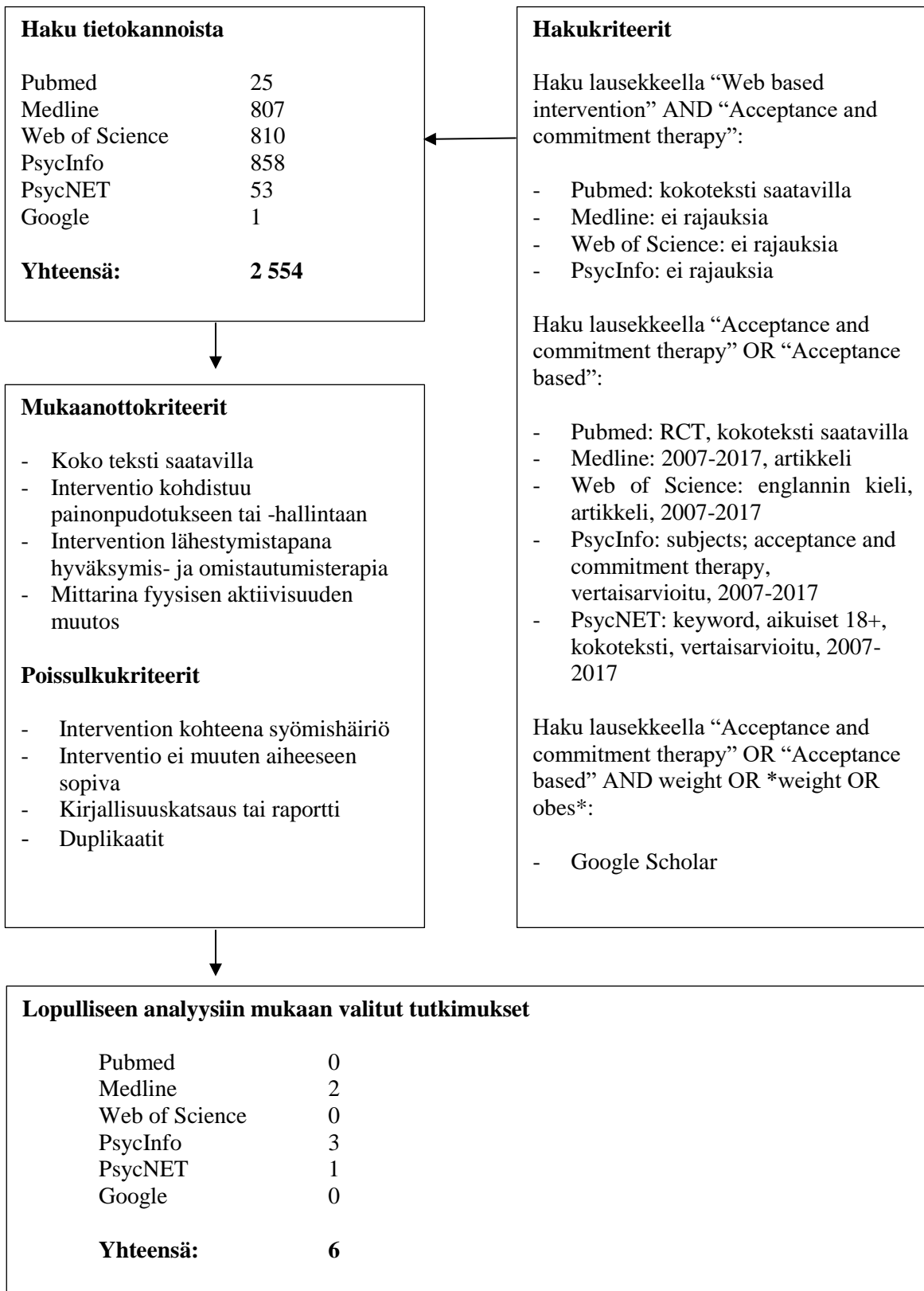
- Pearson, A. N., Follette, V. M. & Heffner, M. 2010. Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: a practitioner`s guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Peltonen, M., Laatikainen, T., Lindström, J. & Jousilahti, P. 2015. WHO:n tavoitteena on pysäyttää lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen – Suomessa tarvitaan tekoja. Tutkimuksesta tiiviisti 13/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Seo, D-C & Niu, J. 2015. Evaluation of internet-based interventions on waist circumference reduction: a meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 17 (7), e181. <http://doi.org/10.2196/jmir.3921>.
- Tang, J., Abraham, C., Greaves, C. & Yates, T. 2014. Self-directed interventions to promote weight loss: a systematic review of reviews. *Journal of medical internet research* 16 (2), e58. <http://doi.org/10.2196/jmir.2857>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Viitattu 20.2.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>
- Teixeira, P.J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., & Brug, J. 2015. Successful behavior change in obesity interventions in adults: A systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13, 84. doi:10.1186/s12916-015-0323-6.
- UKK-instituutti. 2017. Liikuntapiirakka. Viitattu 13.7.2017. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>.
- Wadden, T.A.; Webb, V.L.; Moran, C.H.; Bailer, B.A. 2012. Lifestyle modification for obesity: New developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation*, 125, 1157–1170.
- Weineland, S., Arvidsson, D. & Kakoulidis, T. 2012. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice* 6, 21-20.
- Westrup, D. 2014. Advanced acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wieland, L. S., Falzon, L., Schiamanna, C. N., Trudeau, K. J., Brodney, S., Schwartz, J. E. & Davidson, K. W. 2012. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8: CD007675. doi:10.1002/14651858.CD007675.pub2.

LIITTEET

LIITE 1. Tiedonhaku

Systemaattinen tiedonhaku suoritettiin Pubmed, Medline, Web of Science, PsycInfo ja PsycNET -tietokannoista aikavälillä 16.- 26.7.2017. Hakujen rajauksena käytettiin vuosia 2007 – 2017, lukuun ottamatta Pubmed -tietokantaa artikkeleiden vähäisestä määrästä johtuen. Pubmed -tietokannassa lisärajausena käytettiin RCT-tutkimuksia ja kokotekstin saatavuutta. Medlinessa ja Web of Sciensessa artikkelihakua sekä lisäksi Web of Sciensessa englannin kielisyyttä. PsycInfosta ja PsycNET:stä haettaessa rajauksena oli vertaisarviointi ja PsycNET:ssä lisäksi kohderyhmänä yli 18-vuotiaat aikuiset. Pudmed, Medline ja Web of Science -tietokannoissa artikkelit ovat automaattisesti vertaisarvioituja, joten rajausta ei tarvinnut erikseen tehdä. Tietokantahaku täydennettiin Google Scholar-haulla, joka tuotti yhden artikkelin. Käytetyt tietokannat ja hakulausekkeet sekä tiedonhaun prosessi on kuvattu alla olevassa taulukossa ja sitä seuraavassa kaaviossa.

Tietokanta	Hakulausekkeet
Pubmed	” Web based intervention” AND” Acceptance and commitment therapy” ” Acceptance and commitment therapy” OR” Acceptance based”
Medline	” Web based intervention” AND” Acceptance and commitment therapy” ” Acceptance and commitment therapy” OR” Acceptance based”
Web of Science	” Web based intervention” AND” Acceptance and commitment therapy” ” Acceptance and commitment therapy” OR” Acceptance based”
PsycInfo	” Web based intervention” AND” Acceptance and commitment therapy” ” Acceptance and commitment therapy” OR” Acceptance based”
PsycNET	” Acceptance and commitment therapy” OR” Acceptance based”
Google	“Acceptance and commitment therapy” OR “Acceptance based” AND weight OR *weight OR obes*



LIITE 2. Hyväksymis- ja omistautumisterapeuttista lähestymistapaa soveltavat painonhallinta ja painonpudotusinterventiot.

Viite	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusasetelma	Osallistujat	Intervention kesto, seuranta-aika ja toteutustapa	Painon muutokseen liittyvät tulokset
Berman ym. 2016. Uncontrolled pilot study of an acceptance and commitment therapy and health at every size intervention for obese, depressed women: Accept Yourself!	Arvioida hyväksymisperustaisen lähestymistavan käyttöä ja tuloksia ylipainoisten masentuneiden naisten hoidossa. Avoin tutkimus (kaksi saman sisältöistä ryhmää), ei kontrolliryhmää	Ylipainoisia, masennukseen sairastuneita naisia (100 %), keski-ikä 49 v., BMI ka 37, naimisissa tai parisuhteessa 67 %, kokoaikaisessa työssä 67 %, kaikilla vähintään lukiotasoinen koulutustausta. (n=21, poispuodonneita 0.63 %)	Intervention kesto 11vk, seurantamittaus 3kk intervention päättymisestä. Yhteensä 11 x 2 tunnin ryhmätapaamista.	Osallistujien painossa ei tapahtunut merkitsevää muutosta intervention tai seurannan aikana.
Bradley ym. 2017. Project HELP: a remotely delivered behavioral intervention for weight regain after bariatric surgery.	Arvioida hyväksymisperustaisen intervention käyttöä lihavuusleikkauksen jälkeisessä painonhallinnassa. Ei kontrolliryhmää.	Lihavuusleikkauksen läpikäyneitä, naisia 85 %, keski-ikä 54 v., naimisissa tai parisuhteessa 55 %, kokoaikaisessa työssä 60 %. (n=23, poispuodonneita 2.5 %)	Intervention kesto 10vk, seurantamittaus 3kk intervention päättymisestä. Verkkointerventio.	Painon lasku 5.1 ± 5.5 %, ylläpidettiin myös seurannassa.
Butryn ym. 2016. Pilot test of an acceptance-based behavioral intervention to promote physical activity during weight loss maintenance.	Pilotoida hyväksymisperustaisen fyysistä aktiivisuutta edistämään pyrkivän intervention tehokkuutta ja toteutettavuutta hiljattain painoa pudottaneilla henkilöillä. Avoin tutkimus, ei kontrolliryhmää.	Keski-ikä 53 v., BMI ka 28.8. (n=16, poispuodonneita 0.8 %)	Intervention kesto 12vk, ei seurantaa. Yhteensä 12 ryhmätapaamista (à 75 min).	Interventioryhmän painonpudotus oli loppumittauksissa 4.0 %.
Forman ym. 2016. Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: results from the Mind Your Health randomized controlled trial.	Arvioida hyväksymisperustaisen intervention vaikuttavuutta ylipainon hoitoon verrattuna tavanomaiseen käyttäytymisen muutokseen pyrkivään lähestymistapaan.	Naisia 82 %, 18–70 v., BMI ka 37. (n=190. poispuodonneita 7.8 %)	Intervention kesto 12kk, ei seurantaa. Yhteensä 25 ryhmätapaamista (à 75 min).	Interventioryhmän paino laski 13.3 ± 0.83 % lähtötilanteeseen verrattuna.

Viite	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusasetelma	Osallistujat	Intervention kesto, seuranta-aika ja toteutustapa	Painon muutokseen liittyvät tulokset
	Kontrolliryhmä sai tavanomaisen hoidon.			
Katterman ym. 2014. Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women.	Hyväksymisperustaisen painonhallintaintervention vaikutus ylipainoisten 18–30-vuotiaiden naisten painonnousuun. Kontrolliryhmä ei saanut hoitoa.	Opiskelijanaisia 100 %, 19–29 v., BMI 23–30. (n=58, poispudonneita 6.4 %)	Intervention kesto 16vk, seuranta-aika 12kk. Yhteensä 8 ryhmätapaamista (à 75 min).	Osallistujien painossa tapahtui 1.57kg muutos, joka oli nähtävissä myös 12kk seurantamittauksessa.
Palmeira ym. 2017. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (KG-Free): a randomized controlled trial.	Mindfulness-, hyväksymis- ja omistautumisterapia- ja myötätuntoperustaisen Kg-Free painonhallintaintervention tehokkuus ylipainoisilla naisilla. Kontrolliryhmä sai tavanomaisen hoidon.	Ylipainoisia naisia 100 %, 18–55 v., BMI \geq 25, naimisissa tai parisuhteessa 72 %. (n=73, poispudonneita 10.2 %)	Intervention kesto 3.5 kk, ei seurantaa. 10 ryhmätapaamista ja 2 tehostettua tapaamista (à 150 min).	Interventioryhmään osallistuneiden BMI oli loppumittauksissa merkitsevästi matalampi lähtötilanteeseen verrattuna.

LIITE 3. Satunnaiskontrolloitujen tutkimusten laadun arviointi (mukaellen Furlan ym. 2009)

1.	Oliko satunnaistaminen suoritettu asiaankuuluvalla tavalla?
2.	Tapahtuiko ryhmiin ohjaaminen sokkoutetusti?
3.	Olivatko tutkittavat sokkoutettuja saamalleen hoidolle?
4.	Olivatko intervention toteuttajat sokkoutettuja antamalleen hoidolle?
5.	Olivatko arvioitsijat sokkoutettuja interventiolle?
6.	Oliko poispudonneet kuvattu hyväksyttävästi?
7.	Tapahtuiko analysointi satunnaistetuissa ryhmissä?
8.	Oliko tutkimus valikoituneista tulosmuuttujista vapaa?
9.	Olivatko ryhmät samanlaisia tärkeimpien ennustavien tekijöiden osalta?
10.	Saivatko ryhmät saman hoidon interventiota lukuun ottamatta?
11.	Oliko hoitomyöntyvyys hyväksyttävää kaikissa ryhmissä?
12.	Oliko mittausten ajoitus sama eri ryhmillä?
