

MILLAINEN ON HYVÄ INTERVENTIO?

Tapaustutkimus ylipainoisten lasten perhelähtöisestä elintapainterventiosta

Mareena Laine

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2019

TIIVISTELMÄ

Laine, M. 2019. Millainen on hyvä interventio? Tapaustutkimus ylipainoisten lasten perhelähtöisestä elintapainterventiosta: Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 70 s., 4 liitettä.

Lasten ylipaino on Suomessa yleistä ja se on riskitekijä monille sairauksille. Elintapainterventioista on jo tunnustettu joitakin vaikuttavia piirteitä, kuten intervention pitkä kesto ja vanhempien osallistuminen interventioon. Lisää tietoa toimivan intervention rakentamiseksi kuitenkin tarvitaan. Erityisesti tieto vaikuttavista käyttäytymisen muutostekniikoista on vähäistä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hyvän intervention piirteitä lasten ylipainon hoidossa. Tutkimus suoritettiin tapaustutkimuksena, joka koostui systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta sekä empiirisestä tutkimuksesta. Tutkimus kohdistettiin perhelähtöisiin elintapainterventioihin. Kirjallisuuskatsauksen aineiston muodostivat 11 artikkelia elintapainterventioista. Näistä selvitettiin käyttäytymisen muutostekniikoita, jotka ovat yhteydessä lasten ruokavalion laadun ja fyysisen aktiivisuuden määrän muutoksiin. Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin ryhmämuotoisesta elintapainterventiosta, joka kesti 8 viikkoa. Sen materiaalit perustuivat terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalliin. Aineisto muodostui neljän ohjaajan haastattelusta, kuuden perheen kirjoittamista päiväkirjamateriaaleista sekä kolmen perheen haastattelusta. Perheet kirjoittivat päiväkirjaa intervention aikana ja haastattelut toteutettiin kolme kuukautta intervention päättymisen jälkeen. Haastattelut olivat puolistrukturoituja. Koko aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistosta tarkasteltiin perheiden ja ohjaajien näkemyksiä ja kokemuksia hyvän intervention piirteistä ja intervention haasteista.

Systemaattisen katsauksen perusteella perhelähtöisissä elintapainterventioissa toistuvat pitkälti samat käyttäytymisen muutostekniikat. Katsauksen perusteella keskeisiä sisältöjä käyttäytymisen muuttamiseksi ovat käyttäytymisen harjoittelu, käyttäytymisen demonstrointi, ongelmanratkaisu ja tieto käyttäytymisen seurauksista. Empiiristen tulosten mukaan tutkimukseen osallistuneet perheet olivat tyytyväisiä toteutettuun interventioon. Sekä perheet että ohjaajat kokivat keskustelun ja arjen läheisyyden tärkeiksi. Vanhemmille tärkeää oli erityisesti yhdessäolo lasten ja ryhmän jäsenten kanssa. Haasteita koettiin ryhmään rekrytoinnissa, perheiden motivaation herättämisessä ja vahvistamisessa sekä tavoitteiden asettamisessa. Perheiden voimavarojen vähäisyys nähtiin haasteena ryhmään osallistumiselle ja siitä hyötymiselle.

Ohjattu liikunta, tiedonanto ja ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen vaikuttavat hyödyllisiltä sisällöiltä lasten ylipainon hoitointerventioissa. Myös perhelähtöisyys ja ryhmämuotoisuus vaikuttavat toimivilta piirteiltä. Tässä tarkasteltu interventio voisi hyötyä terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallin vahvemmassa roolista. Tämän tapaustutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lasten ylipainon hoitointerventioiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Interventiot tulisi toteuttaa ryhmässä perhelähtöisesti. Lisäksi niiden tulisi sisältää ohjattua liikuntaa, tiedonantoa ja mahdollisuuksia ongelmanratkaisutaitojen kehittämiseen. Interventioiden raportoinnin olisi syytä olla tarkempaa, jotta vaikuttavia käyttäytymisen muutostekniikoita voidaan luotettavammin arvioida. Näiden tulosten vahvistamiseksi tarvitaan tutkimusta interventioista, jotka on toteutettu samankaltaisissa olosuhteissa mutta yhdistellen erilaisia käyttäytymisen muutostekniikoita. Lisää tietoa tarvitaan myös ryhmämuotoisuuden ja perhelähtöisyyden merkityksistä käyttäytymisen muutosprosesseissa.

Avainsanat: lapset, ylipaino, perhelähtöisyys, elintapainterventio, käyttäytymisen muutostekniikka, kokemus

ABSTRACT

Laine, M. 2019. What makes a good intervention? Case study of a family-based behavior change intervention for overweight children. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 70 pp.. 4 appendices.

Childhood overweight is common in Finland and it is risk factor for many diseases. Some important characteristics of behavior change interventions have already been identified e.g., long duration and parental participation. However, more information is needed in order to plan effective interventions. Especially knowledge on effective behavior change techniques is scarce.

The purpose of this thesis was to examine good intervention characteristics in treating childhood overweight. The research was a case study which consisted of a systematic literature review and an empirical study. This study focused on family-based behavior change interventions. The data of the review was collected using a systematic search and 11 behavior change interventions were found. Behavior change techniques associated with a change in children's diet or physical activity were examined. The empirical data of this study was collected from an 8-week group-based behavior change intervention. The materials used in the intervention were based on Health Action Process Approach. The data included interviews with four instructors and three families and six diaries written by the families. Families wrote the diary during the interventions and interviews were conducted three months after the intervention. The interviews were semi-structured and all the data was analyzed with data driven qualitative content analysis. Analysis focused on perceptions and experiences of the families and the instructors on good intervention characteristics and its challenges.

Based on the systematic review mostly same behavior change techniques are used in different family-based behavior change interventions. Key contents in order to change behavior seem to be behavioral practice, demonstration of the behavior, problem solving and information about consequences. Based on the empirical data families were satisfied with the intervention. Both families and instructors felt that conversation and closeness with everyday life were important characteristics. Being together with their children and with other group members was important for the parents. Challenges were encountered with the participant recruitment process, wakening and strengthening the motivation of the families and goal setting. Low mental resources of the families were seen as a challenge for participation and benefiting from the intervention.

Structured physical activity, education and development of problem solving skills seem useful contents in interventions for treating childhood overweight. In addition family- and group-based intervention designs and physical activity and diet as contents seem functional. The intervention examined in the empirical part of this study could benefit from a stronger integration of Health Action Process Approach. The results of this case study are particularly useful in planning and developing behavior change interventions for overweight children. Interventions should be group- and family-based. In addition they should include structured physical activity, education and possibilities to develop problem solving skills. There is a need for more accurate reporting of the interventions in order to evaluate effective behavior change techniques more reliably. Interventions implemented in similar conditions but using different behavior change techniques are needed to confirm these results. More knowledge is also needed about the significance of group- and family-based practices in the behavior change processes.

Key words: children, overweight, family-based, behavior change intervention, behavior change technique, experience

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
1.1 Lasten ylipainon hoito elintapainterventioissa	2
1.2 Tapaustutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	4
2 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	6
2.1 Aineiston keruu ja analysointi	6
2.2 Aineiston kuvaus	8
2.3 Käyttäytymisen muutostekniikat interventioissa.....	12
2.3.1 Ruokavalio.....	15
2.3.2 Fyysinen aktiivisuus	19
2.4 Yhteenveto.....	23
3 PERHELÄHTÖINEN ELINTAPAININTERVENTIO	28
3.1 Intervention kuvaus	28
3.2 Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli	31
3.3 Aineiston keruu	35
3.4 Aineiston kvalitatiivinen sisällönanalyysi	38
3.5 Tulokset	40
3.5.1 Perheet – toimiva ryhmä.....	40
3.5.2 Perheet – ryhmän anti omaan arkeen.....	44
3.5.3 Ohjaajat – intervention suunnittelu, mahdollistaminen ja kehittäminen	46
3.5.4 Ohjaajat – intervention ohjaaminen.....	50
3.5.5 Ohjaajat – perheiden tilanne ja toiminta.....	52
3.6 Yhteenveto.....	55
4 POHDINTA.....	58
4.1 Tulosten tarkastelua.....	58
4.2 Tapaustutkimuksen luotettavuus	63

4.3 Johtopäätökset	68
4.4 Jatkotutkimustarpeet.....	69
LÄHTEET	71
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Lihavuuden kehittyminen alkaa varhain, jo 3–8-vuoden iästä (Lagström ym. 2008). Suomessa alle kouluikäisistä tytöistä lähes 15 prosenttia ja pojista yli viidesosa on ylipainoisia (Mäki ym. 2017). Vastaavasti alakouluikäisistä tytöistä lähes joka viides ja pojista useampi kuin joka neljäs on ylipainoinen (Mäki ym. 2017). Ylipainoisten lasten määrä on myös lisääntynyt (Mäki ym. 2017). Koska lapsuusiän lihavuus altistaa monille fyysisille ja psyykkisille ongelmille niin lapsuudessa kuin aikuisuudessaakin, on ylipainon ja lihavuuden kehittymiseen syytä puuttua. Lapsuusiän lihavuuden on todettu lisäävän aikuisiän lihavuuden riskiä (Lihavuus, lapset 2013). Lisäksi se liittyy muun muassa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin kuten oksidatiiviseen stressiin, verenpaineeseen, dyslipidemiaan ja insuliiniresistenssiin (Lihavuus, lapset 2013). Lihavien lasten koettu elämänlaatu ja itsetunto näyttävät systemaattisen katsauksen mukaan olevan heikompia kuin normaalipainoisten (Griffiths ym. 2010). Lapsuus on otollista aikaa puuttua ylipainon kehittymiseen myös siksi, että lapsuudessa opitaan ja omaksutaan aikuisuuteen pysyviä elintapoja.

Koska elintapainterventioilla on vaikutusta elintapojen muutokseen ja painoon sekä hyvin vähän haittavaikutuksia, panostusta niiden kehittämiseen tarvitaan (Elvsas ym. 2017). Interventioiden monitekijäisestä luonteesta johtuen sisällön systemaattinen arviointi on tärkeää (Martin ym. 2013). Tunnistamalla vaikuttavia piirteitä, voidaan suunnitella toimivia interventioita. Esimerkiksi tietoa hyödyllisistä käyttäytymisen muutostekniikoista ylipainoisten lasten elintapainterventioissa on vasta vähän (Martin ym. 2013). Kokonaisvaltaisesti toimivan intervention rakentamiseksi tarvitaan kuitenkin tietoa vaikuttavien sisältöjen lisäksi myös kohderyhmän näkemyksistä. Esimerkiksi vanhempien mukanaolo interventioissa on tunnistettu tärkeäksi sisällöksi (Kobes ym. 2018), mutta tieto optimaalisesta osallistumisen intensiivisyydestä ja sen tavoista on puutteellista (Jang ym. 2015). Tietoa tarvitaan myös muun muassa siitä, millaisia tiedonantotapoja vanhemmat arvostavat (Srivastava ym. 2018).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella hyvän intervention piirteitä ja sisältöjä lasten ylipainon hoitamisessa. Tässä intervention sisällöllä viitataan kaikkiin intervention toimintatapoihin, asiasisältöihin ja harjoituksiin. Intervention piirteisiin sisältyy edellisten lisäksi muun muassa intervention kesto, toteuttamisympäristö ja ohjauksen määrä. Hyvän intervention piirteitä tarkastellaan tutkimuksessa niin teorian kuin käytännönkin näkökulmasta. Aiemmasta tut-

kimuskirjallisuudesta etsitään vastausta siihen, millaiset käyttäytymisen muutostekniikat interventioissa ovat yhteydessä intervention tuloksiin. Käytännön esimerkkinä tutkimuksessa tarkastellaan Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän toteuttamaan perhelähtöistä elintapainterventiota, josta tarkastellaan perheiden ja ohjaajien näkemyksiä hyvästä interventiosta. Tarkoituksena on koostaa kattava kuva hyvästä interventiosta sekä verrata toisiinsa teorian ja käytännön näkökulmia.

1.1 Lasten ylipainon hoito elintapainterventioissa

Elintapainterventioilla on vaikutusta lasten painoindeksiin (Colquitt ym. 2016; Mead ym. 2017; Kobes ym. 2018). Vaikutukset ovat kuitenkin melko pieniä (Mead ym. 2017; Kobes ym. 2018) ja usein lyhytaikaisia (Yavuz ym. 2015; Mead ym. 2017). Toisaalta Elvsaasin ym. (2017) meta-analyysin mukaan elintapainterventioilla on vaikutusta lasten painon indeksiin jopa kaksi vuotta intervention jälkeen. Tässä kappaleessa tarkastellaan aiemman tutkimuskirjallisuuden näkemyksiä vaikuttavan intervention piirteistä. Aiempi tutkimuskirjallisuus ei kuitenkaan tarjoa yhteistä näkemystä vaikuttavista käyttäytymisen muutostekniikoista. Siksi kysymykseen vaikuttavista tekniikoista haetaan vastausta myöhemmin tämän tutkimuksen systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa.

Pitkä kesto saattaa olla merkitsevä tekijä elintapainterventioissa. Kobesin ym. (2018) metasynthesin mukaan yli vuoden pituiset interventiot alensivat lasten painoindeksiä hieman alle vuoden pituisia interventioita enemmän. Lingin ym. (2016) systemaattisessa katsauksessa puolestaan seurannassa vaikuttaviksi todetut interventiot kestivät keskimäärin seitsemän kuukautta. Usein interventiot ovat kuitenkin tätä lyhempiä. Lasten ylipainoon kohdistuvien RCT-tutkimusten kesto oli Heermanin ym. (2017) systemaattisen katsauksen mukaan keskimäärin 26 viikkoa, ja niiden mediaani oli vain 17 viikkoa. Keskimääräinen kontaktin määrä oli vastavasti lähes 28 tuntia, ja mediaani 18 tuntia. Whitlockin ym. (2010) systemaattisen katsauksen mukaan lasten elintapainterventioiden tulisi kuitenkin sisältää vähintään 26 tuntia kontaktia. Toisaalta on myös tutkimustuloksia, joiden mukaan intervention kesto ei ole yhteydessä vaikuttavuuteen (Yavuz ym. 2015; Heerman ym. 2017).

Tutkimusnäyttö on ristiriitaista siltä osin, minkä ikäisiin lapsiin kohdistettu interventio olisi tehokkain. Jalalin ym. (2016) ja Gorin ym. (2017) systemaattisten katsausten mukaan tehok-

kaimpia ovat alakouluikäisille kohdistetut interventiot. Jalali ym. (2016) vertasivat alle 11 vuotiaita ja yli 11 vuotiaita, kun taas Gori ym. (2017) vertasivat 6–12 vuotiaita tätä nuorempiin ja vanhempiin. Kobesin ym. (2018) sekä Elvsaasin ym. (2017) tutkimukset osoittavat kuitenkin vastakkaiseen suuntaan. Näiden tutkimusten mukaan yli 12-vuotiaat vähentävät painoindeksiään enemmän kuin tätä nuoremmat.

Tutkimustulokset tukevat vanhempien mukanaoloa lasten ylipainon hoitoon tähtäävissä interventioissa. Kobesin ym. (2018) metasynteesi 26 meta-analyysistä osoittaa vanhempien aktiivisen mukanaolon interventioissa olevan yhteydessä vaikuttavampiin tuloksiin. Lisäksi Gorin ym. (2017) systemaattisen katsauksen mukaan koulu olisi tehokkain intervention toteuttamisympäristö, kuitenkin siten, että perhe olisi mukana. Osa tutkimusta kuitenkin osoittaa, että interventio voisi olla hyödyllistä kohdistaa pelkästään vanhempiin. Lovemanin ym. (2015) Cochrane-katsauksen mukaan ainoastaan vanhemmille suunnatut interventiot ovat yhtä tehokkaita kuin interventiot, jotka kohdistetaan sekä vanhemmille että lapsille. Kuitenkin pudokkaiden määrän on todettu olevan korkeampi vain vanhemmille kohdistetuissa interventioissa verrattuna vanhemmille ja lapsille kohdistettuihin interventioihin (Ewald ym. 2013). Toisaalta Meadin ym. (2017) mukaan vanhempien osallistumisella ei ollut merkitystä lasten painoindeksille.

Vanhempien aktiivinen osallistuminen interventioon on tärkeää, koska vanhemmat nähdään muutosagentteina, joihin vaikuttamalla pystytään muuttamaan lapsen käyttäytymistä (Jalali ym. 2016; Ling ym. 2016). Vanhemmilla on suuri merkitys lapsen ruokakäyttäytymisen ja muiden elintapojen kehittämisessä (Flynn ym. 2006). Arvioiden mukaan he kontrolloivat jopa kolme neljäsosaa siitä, mitä lapset syövät, ja toimivat näin ravitsemuksellisina portinvartijoina (Wansink 2006). Vanhempien tuki on vahvasti yhteydessä myös lasten liikunta-aktiivisuuteen (Gustafson & Rhodes 2006). Jalalin ym. (2016) systemaattisen katsauksen mukaan vanhempien olisi tärkeä luoda lapsille sellainen sosiaalinen ympäristö, joka tukisi lapsia muodostamaan terveellisiä elintapoja. Vanhempien tulisi auttaa lapsia itse muodostamaan omat arvonsa ja sitä kautta sisäistämään terveelliset elintavat (Jalali ym. 2016). Lisäksi vanhempien tulisi toimia roolimallina erityisesti pienemmille lapsille. Jalalin ym. (2016) mukaan näihin seikkoihin tulisi kiinnittää huomiota myös interventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa.

Useamman erilaisen asiasisällön yhdistäminen interventioissa näyttäisi tutkimusten perusteella olevan tehokkaampi alentamaan ylipainoisten lasten painoindeksiä (Colquitt ym. 2016). Eri tutkimukset nostavat kuitenkin esiin erilaisia asiasisältöjä. Lingin ym. (2016) ja Gorin ym. (2017)

systemaattiset katsaukset suosittelivat liikunnan ja ruokavalion yhdistämistä. Fosterin ym. (2015) systemaattisen katsauksen mukaan näihin tulisi yhdistää lisäksi käytösneuvontaa tai -terapiaa. Kuitenkin Yavuzin ym. (2015) meta-analyysin mukaan yleisiin vanhemmuustaitoihin keskittyneet interventiot olivat tehokkaampia kuin fyysiseen aktiivisuuteen ja ruokavalioon kohdistuneet interventiot. Myös Lingin ym. (2016) systemaattinen katsauksen mukaan vanhemmuustaidot interventioissa ovat yhteydessä lasten painoindeksin pienenemiseen.

Tieto muista tehokkaista sisällöistä on melko hajanaista. Ryhmämuotoisuuden on havaittu olevan yhteydessä parempiin tuloksiin pelkän yksilöohjauksen sijaan (Elvsaas ym. 2017). Myös interaktiivinen opetus vanhemmille ja/tai lapsille sekä motivoiva haastattelu vanhemmille ovat Lingin ym. (2016) systemaattisen katsauksen mukaan tehokkaita sisältöjä. Toisaalta Fosterin ym. (2015) mukaan motivoiva haastattelu ei ole yhteydessä intervention tehokkuuteen. Yavuzin ym. (2015) meta-analyysi puolestaan korostaa yksinkertaisuuden merkitystä. Sen mukaan interventiot, joihin sisältyi joko interaktiivisia tapaamisia tai opetusmateriaaleja olivat tehokkaampia kuin näitä kahta sisältöä yhdistävät interventiot. On kuitenkin huomattava, että tämä koski ainoastaan lyhytaikaisia muutoksia (Yavuz ym. 2015).

Edellä kuvatut meta-analyysit ja systemaattiset katsaukset antavat osin ristiriitaista tietoa siitä, millaiset piirteet interventioissa ovat vaikuttavia. Onkin huomioitava, että lähdetutkimusten laatu oli usein heikko (esim. Foster ym. 2015; Mead ym. 2017) ja myös katsausten lähdetutkimusten raportointi oli vaihtelevaa (Ling ym. 2016). Lisää laadukasta ja pitkäkestoista tutkimusta tarvitaan selventämään tilannetta.

1.2 Tapaustutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tapaustutkimuksessa tarkastellaan usein vain yhtä tapausta, mutta sen tarkastelu on monipuolista ja aineistoa kerätään eri lähteistä ja eri tavoilla (Laine ym. 2007, 24). Lisäksi tapaustutkimuksessa on keskeistä hyödyntää aiempaa tutkimusta (Laine ym. 2007, 10). Tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olivat ylipainoisille lapsille toteutetut perhelähtöiset elintapainterventiot. Tutkimus rakentui sekä systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta että empiirisestä aineistosta, jolloin asian tarkastelu oli monipuolista. Kirjallisuuskatsauksella kartoitettiin käyttäytymisen muutostekniikoita aiemmasta tutkimuksesta, ja empiirinen aineisto kerättiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä toteutetun elintapaintervention ohjaajilta ja siihen osallistuneilta perheiltä. Tämän perhelähtöisen elintapaintervention tarkoituksena oli lasten ylipainon

hoito ja ehkäisy. Intervention materiaalit perustuivat terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalliin. Keskeinen aineisto tapaustutkimuksessa on laadullista, koska tavoitteena on tapauksen ymmärrys (Laine ym. 2007, 12). Tässäkin tutkimuksessa aineistoa lähestyttiin laadullisin menetelmin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia piirteitä hyvään interventioon kuuluu. Asiaa tarkastellaan sekä teorian että käytännön näkökulmasta. Tarkoituksena on myös tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää tutkimuksen kohteena olevan intervention kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset systemaattisen kirjallisuuskatsauksen osalta ovat:

- 1) Millaisia käyttäytymisen muutostekniikoita on käytetty perhelähtöisissä elintapainventioissa ylipainoisille lapsille?
- 2) Mitkä käyttäytymisen muutostekniikat ovat yhteydessä interventioiden tuloksellisuuteen?

Tutkimuskysymykset haastattelu- ja päiväkirja-aineistoa koskien ovat:

- 1) Millaiset asiat ohjaajat kokivat tärkeiksi interventiossa?
- 2) Millaisia haasteita ohjaajat kokivat?
- 3) Miten perheet kokivat intervention?

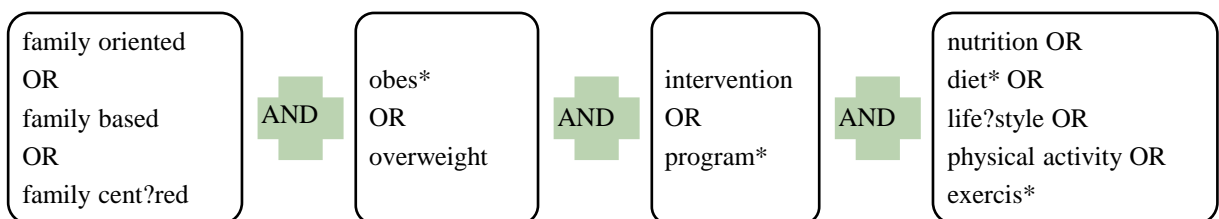
Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa huomio kiinnitetään käyttäytymisen muutostekniikoihin ja niiden antamaan kuvaan hyvästä interventiosta. Perheiltä ja ohjaajilta kerätyssä materiaalissa puolestaan keskitytään heidän näkemyksiinsä ja kokemuksiinsa intervention tärkeistä piirteistä sekä haasteista, joita interventioon voi liittyä. Analyysissä tarkastellaan ensin erikseen perheiden ja ohjaajien näkemyksiä ja sitten huomio kiinnitetään eroihin ja samankaltaisuuksiin. Lopuksi pohditaan yhteneväisyyksiä ja eroja teorian ja käytännön antamien näkökulmien välillä. Tarkoituksena on muodostaa kokonaisvaltainen kuva hyvän intervention piirteistä eri näkökulmia yhdistämällä.

2 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Tämän systemaattisen katsauksen tarkoituksena on selvittää ylipainoisille lapsille suunnatuissa perhelähtöisissä elintapainterventioissa käytettyjä käyttäytymisen muutostekniikoita sekä niiden yhteyttä intervention tuloksellisuuteen. Kirjallisuuskatsauksessa kartoitetaan viimeisen viiden vuoden aikana tehdyt interventiot, joissa on pyritty ruokavalion ja/tai fyysisen aktiivisuuden muutoksiin. Kappaleessa käydään aluksi läpi systemaattisen tiedonhankintaprosessin kulku sekä selvitetään lukijalle, miten interventiot on analysoitu. Tämän jälkeen kuvataan systemaattisella tiedonhaulla löytyneiden interventioiden yleiset piirteet, jonka jälkeen tarkastellaan tutkimuskysymysten mukaisesti interventioiden käyttäytymisen muutostekniikoita. Lopuksi tulokset vedetään yhteen ja niitä tarkastellaan suhteessa aiempaan tutkimukseen.

2.1 Aineiston keruu ja analysointi

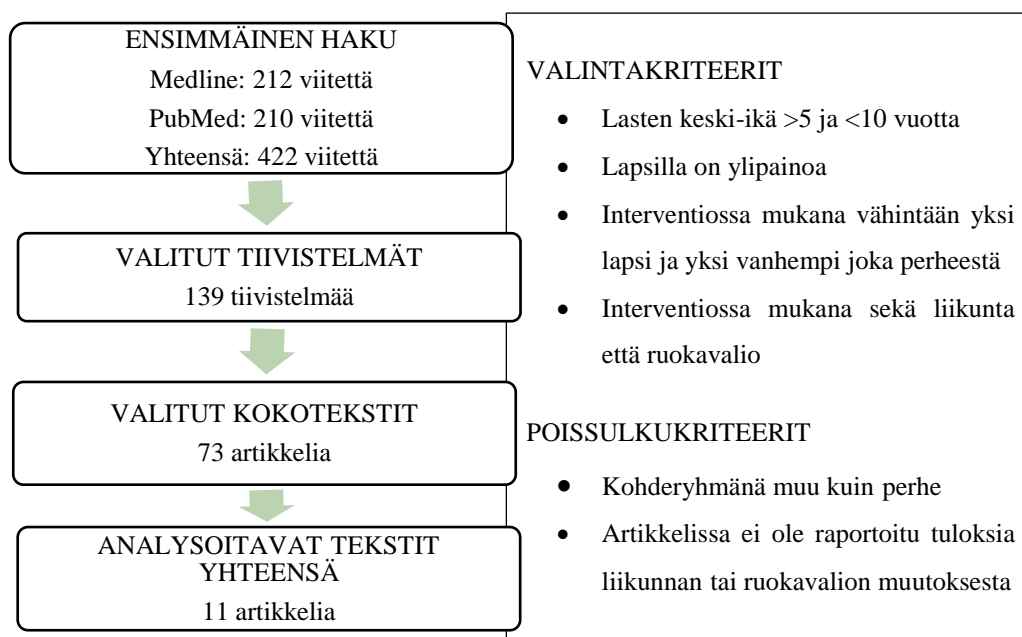
Tutkimustieto perhelähtöisistä elintapainterventioista ylipainoisille lapsille kartoitettiin systemaattisella tiedonhaulla. Hakulauseke on esitetty kuviossa 1. Haku kohdistettiin viimeisten viiden vuoden ajalta julkaistuihin artikkeleihin. Tuloksia rajattiin siten, että ne olisivat samankaltaisia kuin tämän tapaustutkimuksen perhelähtöinen elintapainterventio. Siksi rajauksiksi valittiin perhelähtöisyys, kohderyhmän ikä viiden ja kymmenen välillä sekä liikunta ja ravitsemus intervention asiasisältöinä. Tässä tutkimuksessa perhelähtöisyys määriteltiin siten, että interventiossa on mukana ainakin yksi vanhempi ja yksi lapsi samasta perheestä.



KUVIO 1. Hakulauseke.

Haku suoritettiin loka–marraskuun aikana 2017 ja mahdolliset uudet kriteereihin sopivat julkaisut tarkistettiin syyskuussa 2018. Artikkeleita haettiin Medline- ja PubMed-tietokannoista. Suomenkielistä aineistoa kartoitettiin sekä Melinda- että Arto-tietokannoista, mutta relevanttia aineistoa ei löytynyt. Tiedonhankintaprosessin kulku on esitetty kuviossa 2. Systemaattisen

haun tuloksena löytyi yhteensä 11 artikkelia. Myös manuaalisia hakukokeiluja Google Scholarissa tehtiin, mutta ne eivät tuottaneet lisätuloksia.



KUVIO 2. Tiedonhankintaprosessi.

Siksi aineiston analysointi aloitettiin tutustumalla artikkeleihin ja lukemalla ne läpi. Interventioiden keskeisimmät piirteet, kuten toteutustapa, kesto ja käytetyt mittarit, kirjattiin ylös ja tarkasteltiin interventioiden välisiä eroja ja samankaltaisuuksia.

Tutkimusten tarkemman tarkastelun pohjana oli Michien ym. (2013) käyttäytymisen muutostekniikoiden taksonomia. Käyttäytymisen muutostekniikalla tarkoitetaan interventioiden pienimpiä aktiivisia osasia, joiden tarkoituksena on vaikuttaa käyttäytymistä määräävään prosessiin ja muuttaa käyttäytymistä. Taksonomia puolestaan on näiden tekniikoiden hierarkkinen strukturoitu luokittelu, joka sisältää 93 erilaista käyttäytymisen muutostekniikkaa 16 eri luokassa. Tekniikat on nimetty ja määritelty selkeästi. Se mahdollistaa yhteisen kielen ja ymmärryksen interventioiden sisällön kuvaukseen. Taksonomia on luotu Delphi-menetelmällä ja prosessissa on ollut mukana monia käyttäytymisen muutoksen asiantuntijoita. Myös taksonomian soveltuvuutta interventioiden luokitteluun on testattu (Michie ym. 2013).

Tutkimuksista koodattiin interventiossa käytetyt käyttäytymisen muutostekniikat noudattaen taksonomian ohjeita. Lisäksi, jos intervention kuvattiin sisältäneen opetusta ilman tarkempaa

erittelyä sen sisällöstä, koodattiin tällöin “ohjeet käyttäytymisen suorittamiseksi” sekä ”tieto terveysseurauksista”. Tämä oletus opetuksen sisällöstä tehtiin, jotta opetus tulisi huomioiduksi koodauksessa. Esimerkeiksi yleisimmin käytetyistä käyttäytymisen muutostekniikoista valittiin sanamuotoja, joita yleisesti käytettiin interventioissa.

Interventioiden käyttäytymisen muutostekniikoita tarkasteltiin ensin yleisellä tasolla – mitä käyttäytymisen muutostekniikoita käytetään eniten ja vähiten sekä kuinka paljon niitä interventioiden käytetään. Seuraavaksi analyysi keskitettiin interventioiden tuloksellisuuden ja käyttäytymisen muutostekniikoiden välisiin yhteyksiin. Intervention tuloksellisuus määriteltiin tässä tutkimuksessa muutoksiksi lasten ruokavaliossa tai fyysisessä aktiivisuudessa. Edelleen tarkasteltiin näiden muutosten yhteyksiä lasten painoon tai siihen liittyviin markkereihin. Tarkastelussa positiivisiksi muutoksiksi laskettiin ainoastaan tilastollisesti merkitsevät positiiviset muutokset. Jos p-arvoa ei ilmoitettu, tulosta ei huomioitu ollenkaan. Näin syntyi neljä kategoriaa: ruokavalioon positiivisesti vaikuttaneet interventiot, interventiot joilla ei ollut vaikutusta ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen positiivisesti vaikuttaneet interventiot sekä interventiot joilla ei ollut vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen. Kaikista kategorioista käytiin läpi tekniikat, joita käytettiin yli puolessa kategorian interventioista. Näitä tekniikoita verrattiin siihen, kuinka paljon kyseistä tekniikkaa on käytetty vastakkaisessa kategoriassa, jotta voitaisiin tunnistaa tehokkaita käyttäytymisen muutostekniikoita. Niitä pyrittiin tunnistamaan myös tarkastelemalla käyttäytymisen muutostekniikoita, jotka esiintyvät vain positiivisen muutoksen tai vain tuloksettomien interventioiden taustalla.

2.2 Aineiston kuvaus

Systemaattisella tiedonhaulla löytyneet tutkimukset on esitetty taulukossa 1. Tutkimukset on numeroitu ja jatkossa niihin viitataan näillä numeroilla. Kolmesta tutkimuksesta hyödynnettiin myös erillistä protokolla-artikkelia. Protokolla-artikkeleihin viitattaessa käytetään numeron perässä tähteä (*).

Interventioiden osallistujamäärä vaihteli tutkimuksissa 8 ja 440 välillä ja myös intervention kesto vaihteli paljon (6-52vk). Noin puolet interventioista oli satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Muissa tutkimuksissa ei ollut verrokkiryhmää, vaan niissä verrattiin osallistujien tuloksia alussa ja lopussa. Lukuun ottamatta yhtä tutkimusta satunnaistetuissa kontrolloiduissa

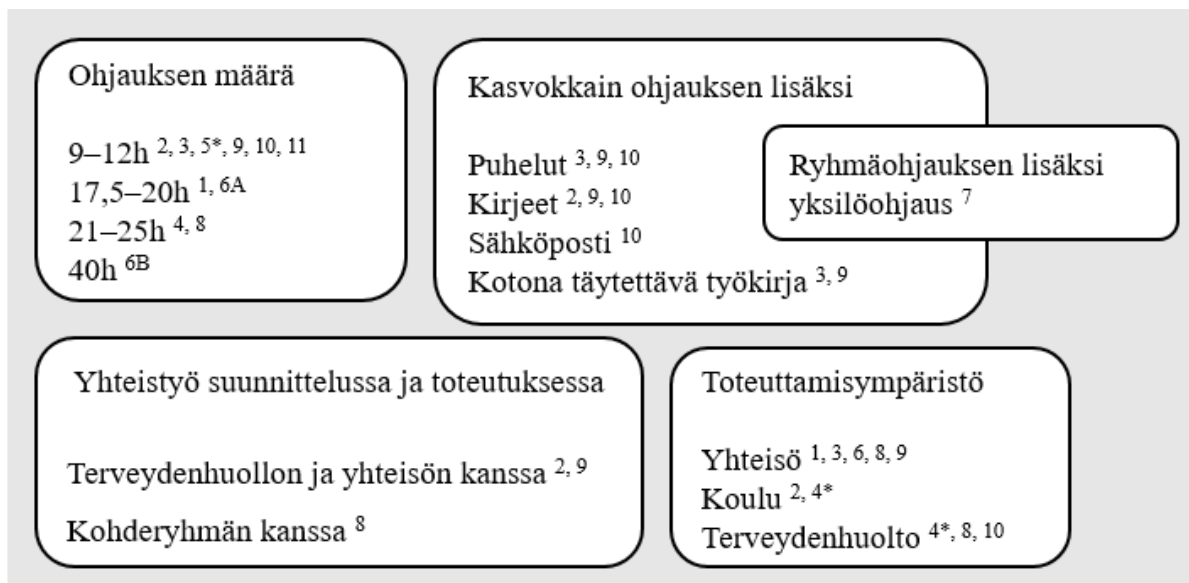
tutkimuksissa oli mukana seurantaa. Useimmissa tutkimuksissa lasten ikä sijoittui asetetun ikäraajan yläpään – lapset olivat keski-ikänsä pääosin 9–10-vuotiaita.

TAULUKKO 1. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa analysoidut tutkimukset.

Viite	Maa	Osallistuvien lasten määrä	Kesto + seuranta	Tutkimusasetelma
1. Smith ym. 2013	Iso-Britannia	440	10 vk	Pre–post interventiotutkimus
2. Wright ym. 2013	USA	305	6 vk + 12 kk	RCT
3. Weaver ym. 2014	USA	17	8 kk	Pilottitutkimus (pre–post)
4. Serra-Paya ym. 2015, (4* Serra-Paya ym. 2013)	Espanja	113	8 kk	RCT
5. Cohen ym. 2016, (5* Cohen ym. 2013)	Kanada	78	8 kk + 4 kk	RCT
6. Khanal ym. 2016, (6* Welsby ym. 2014)	Australia	458	10 vk + 6 kk	RCT
7. Ranucci ym. 2017	Italia	43	6 kk	Pre–post interventiotutkimus
8 Robertson ym. 2017	Iso-Britannia	115	10 vk + 9 kk	RCT
9. Zoellner ym. 2017	Etelä-Afrikka	101	12 vk	Pre–post interventiotutkimus
10. Srivastava ym. 2018	USA	8	1 vuosi	Pilottitutkimus (pre–post)
11. Yackobovitch-Gavan ym. 2018	Israel	270	12 vk +21 kk	RCT

Perhelähtöisissä elintapainterventioissa ohjauksen määrä oli tyypillisesti noin 10 tuntia (kuva 1). Kaikki interventiot toteutettiin ryhmässä kasvokkain. Muutamaan sisältyi kuitenkin tämän lisäksi myös yhteydenottoja puhelimitse, postitse tai sähköpostitse. Yhdessä interventiossa perheet saivat myös yksilöllistä ravitsemusneuvontaa (7). Kahdessa tutkimuksessa hyödynnettiin

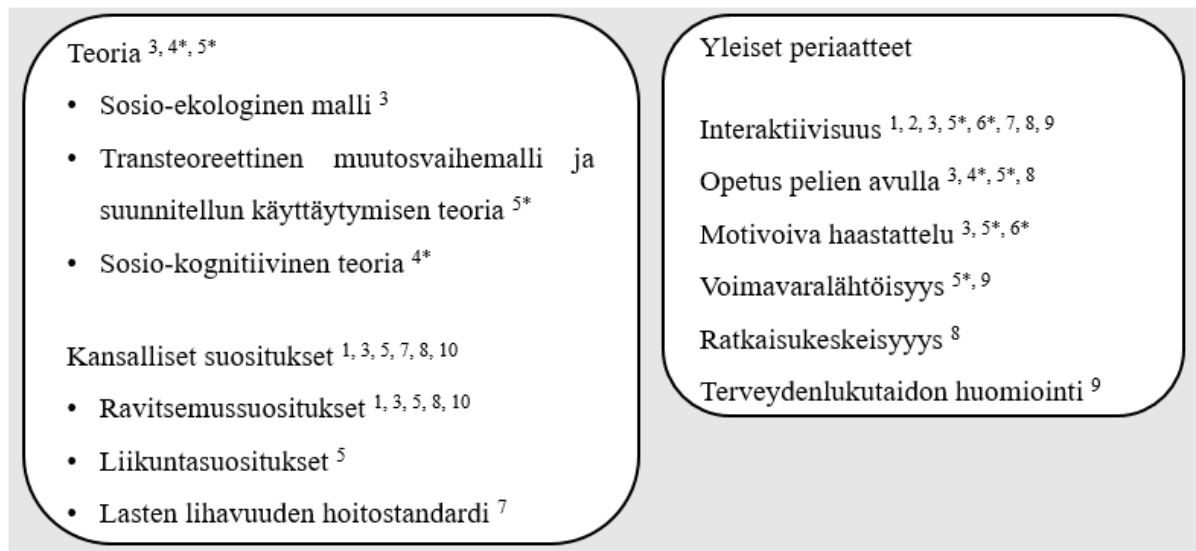
ohjauksessa työkirjaa, jota vanhemmat ja lapset täyttivät kotona itsenäisesti. Suurin osa interventioista toteutettiin yhteisöissä, esimerkiksi vapaa-ajankeskuksissa. Myös intervention ohjaajina hyödynnettiin jonkin verran yhteisöjen omia ammattilaisia, kuten nuorisotyöntekijöitä, vapaa-ajan ohjaajia ja sairaanhoitajia. Kahdessa interventiossa yhteisön jäsenistä muodostettiin myös työryhmä, joka oli tiiviisti kumppanina intervention suunnittelussa ja toteutuksessa (2, 9). Työryhmään kuului edustajia myös terveystalveista. Sen sijaan vain yhdessä interventiossa kohderyhmä oli mukana intervention suunnittelussa (8).



KUVA 1. Interventioiden yleispiirteet. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. 6A ja 6B intervention kaksi eri ryhmää. * Tieto intervention protokolla-artikkelista.

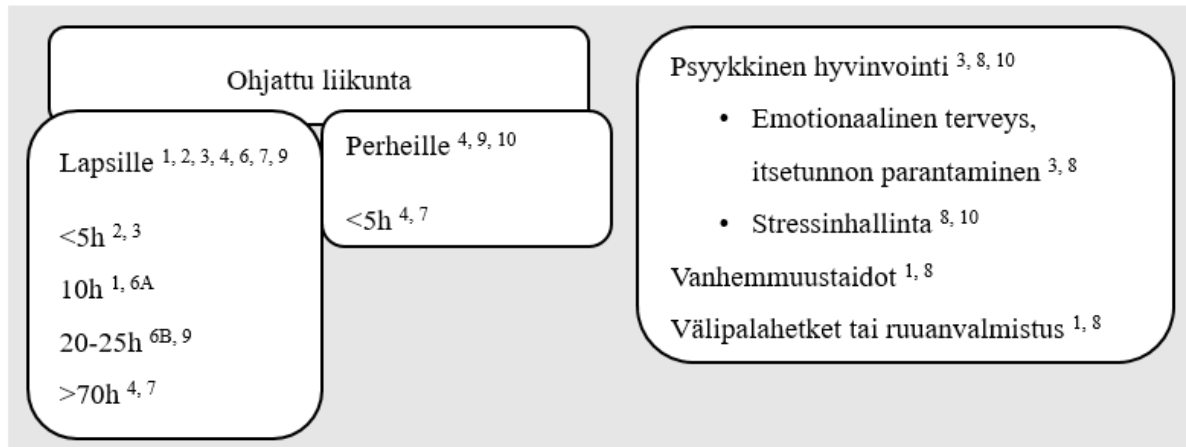
Vain kolmessa interventiossa hyödynnettiin jotakin teoriaa. Lisäksi jokaisessa näistä interventiosta teoria oli eri (kuva 2). Yli puolessa interventiosta raportoitiin kansallisten suositusten käyttöä intervention sisältöjen suunnittelussa. Vain yhdessä interventiossa nämä suositukset koskivat liikuntaa. Useimmiten suositukset olivat ravitsemusohjauksen pohjana. Lisäksi ravitsemusohjauksen lähtökohdaksi raportoitiin ylipäätään terveellistä ruokavaliota. Tällä viitattiin esimerkiksi kasvien ja hedelmien käyttöön, kalorimäärään, sokeroitujen juomien rajoittamiseen ja kovien rasvojen välttämiseen. Kuitenkaan terveellistä ruokavaliota ei aina tarkemmin määritellyt.

Lähes kaikissa interventioissa raportoitiin interaktiivisten menetelmien käyttöä (kuva 2). Tällä viitattiin keskustelemaan ilmapiiriin tai vuorovaikutteiseen ohjaukseen. Myös opetus terveellisistä elintavoista erilaisten pelien tai leikkien avulla oli yleistä, koska sen koettiin helpottavan teoreettisen sisällön opetusta lapsille. Interaktiivisuuden ja pelillisyyden lisäksi motivoivaa haastattelua tai sen variaatioita käytettiin muutamissa interventioissa. Muutoin yleisiä periaatteita, jotka olisivat ohjanneet intervention toteuttamista, ei juurikaan raportoitu.



KUVA 2. Interventioissa käytetyt teoriat ja ohjauksen periaatteet. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Tieto intervention protokolla-artikkelista.

Systemaattisessa tiedonhaussa yhtenä sisäänottokriteerinä oli, että interventiossa käsiteltiin sekä liikuntaa että ruokavaliota. Ravitsemusohjauksen osalta interventiot keskittyivät teoreettiseen opetukseen ja ohjaukseen, kun taas liikuntaohjaus painottui enemmän käytännön tekemiseen. Suurin osa interventioista sisälsi ohjattua liikuntaa joko lapsille tai koko perheelle yhteisesti (kuva 3). Ohjatun liikunnan määrä vaihteli kuitenkin paljon, alle viidestä tunnista yli 70 tuntiin. Vastaavasti myös ruuanlaittoa harjoiteltiin käytännössä, mutta vain kahdessa interventiossa. Teoreettinen ohjaus kaikissa interventioissa taas painottui selkeästi ruokavalio-ohjaukseen, vaikka liikuntaakin hieman käsiteltiin. Liikunnan ja ruokavalion lisäksi osa interventioista sisälsi ohjausta psyykkisestä hyvinvoinnista, kuten stressinhallinnasta, tunteiden käsittelystä tai itsetunnosta. Osa sisälsi myös ohjausta vanhemmuustaidoista, kuten positiivisen palautteen antamisesta tai lapsen ja vanhemman välisestä suhteesta.



KUVA 3. Interventioiden asiasisällöt. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Tieto intervention protokolla-artikkelista.

Useimmissa interventioissa osa ohjauksesta annettiin yhdessä vanhemmille ja lapsille ja tämän yhteisen ohjauksen lisäksi vanhemmat saivat ohjausta myös keskenään (^{1, 2, 3, 4, 6*, 7}). Tänä aikana lapsille oli usein ohjattua liikuntaa. Yhdessä interventiossa ohjausta annettiin sekä vanhemmille että lapsille yhteisesti että molemmille erikseen (⁹). Kahdessa interventiossa puolestaan koko ohjaus oli yhteinen sekä vanhemmille että lapsille (^{5, 10}). Vastaavasti kahdessa vanhemmat ja lapset olivat omissa ryhmissään koko intervention ajan (^{8, 11}).

2.3 Käyttäytymisen muutostekniikat interventioissa

Systemaattisella tiedonhaulla löytyneistä elintapainterventioista analysoitiin niiden sisältämiä käyttäytymisen muutostekniikoita sekä niiden suhdetta intervention tuloksellisuuteen. Tekniikoiden suhdetta tuloksellisuuteen tarkasteltiin sekä ruokavalioon että fyysiseen aktiivisuuteen liittyvien muuttujien osalta. Tässä kappaleessa avataan analyysin tuloksia esittelemällä ensin interventioissa hyödynnettyjä tekniikoita yleisesti, ja sen jälkeen tarkastelemalla tekniikoiden yhteyksiä intervention tuloksiin.

Kuvassa 4 on esitetty perhelähtöisissä elintapainterventioissa raportoidut käyttäytymisen muutostekniikat. Mustat ruudut kuvaavat tekniikan käyttämistä interventiossa. Tässä katsauksessa tarkastelluissa yhdessätoista elintapainterventiossa käytettiin keskimäärin 11 eri käyttäytymisen muutostekniikkaa. Määrä vaihteli neljän ja viidentoista välillä.

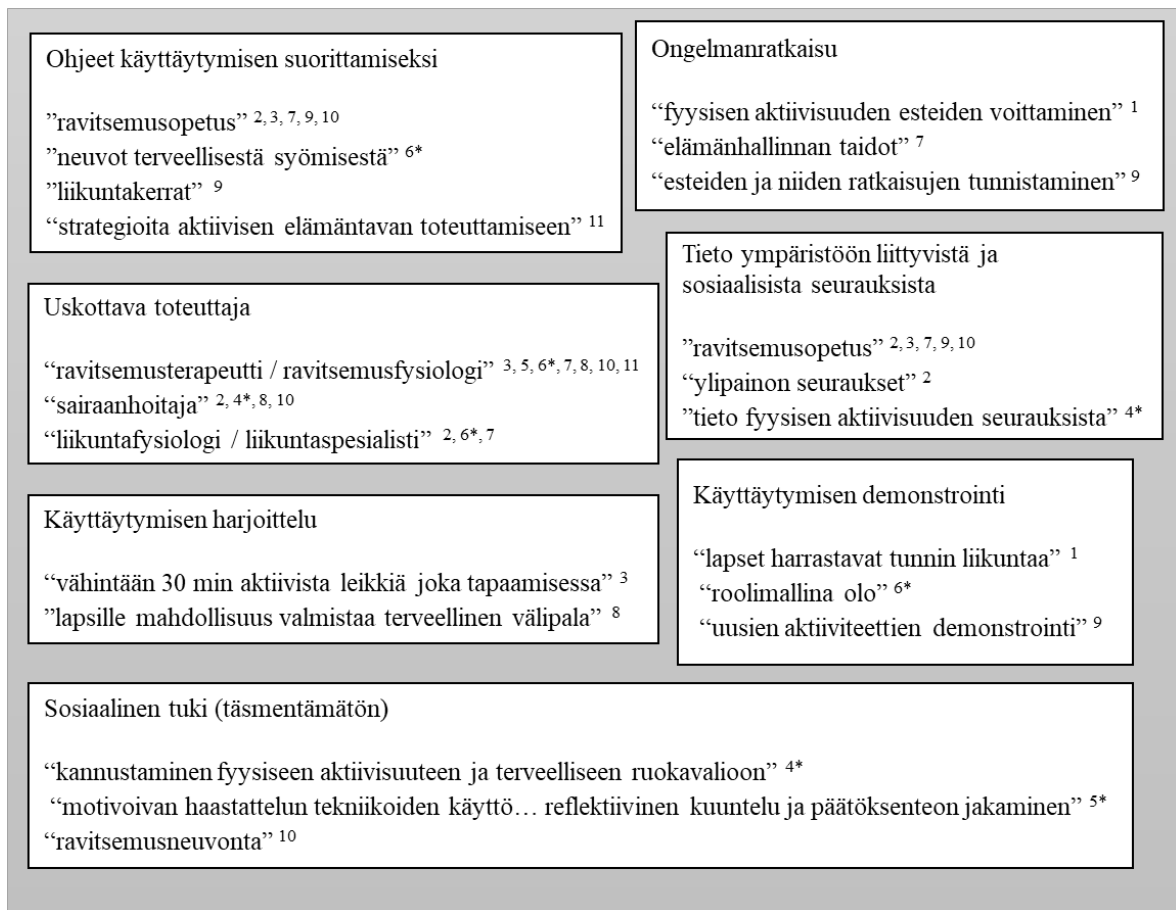
		Intervention numero											Tekniikkaa käytetty yhteensä eri interventioissa
		1	2	3	4*	5*	6*	7	8	9	10	11	
Käyttäjätymisen muutostekniikka													
Tavoitteet ja suunnittelu	Käyttäjätymistavoitteiden asettaminen				■		■			■	■	■	
	Ongelmanratkaisu	■			■	■	■	■	■	■			
	Tulostavoitteiden asettaminen			■	■	■			■				
	Toiminnan suunnittelu			■	■	■				■	■		
	Ristiriitaisuudet oman käyttäjätymisen ja tavoitteiden välillä				■	■							
	Asetettujen tulostavoitteiden tarkastelu					■							
Palaute ja seuranta	Palaute käyttäjätymisestä			■	■			■					
	käyttäjätymisen seuranta itse				■	■		■		■	■		
	Muiden toteuttama tulosten seuranta ei palautetta							■					
Sosiaalinen tuki	Sosiaalinen tuki (täsmenämätön)			■	■	■	■		■	■	■		
	Sosiaalinen tuki (emotionaalinen)		■										
Tiedon muokkaaminen	Ohjeet käyttäjätymisen suorittamiseksi	■	■							■	■	■	
	Tieto laukaisevista tekijöistä					■		■					
Seuraukset	Tieto terveysseurauksista		■	■	■							■	
	Tieto ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista	■	■	■	■								
Käyttäjätymisen vertailu	Käyttäjätymisen demonstrointi	■	■	■	■					■	■		
Mielleyhtymät	Altistuminen	■	■	■	■								
Toisto ja korvaaminen	Käyttäjätymisen harjoittelu	■	■	■	■					■	■		
	Käyttäjätymisen korvaaminen				■	■			■				
	Käyttäjätymisen yleistäminen										■		
Tulosten vertailu	Uskottava toteuttaja	■	■	■	■					■	■	■	
	Hyvät ja huonot puolet				■								
Palkinto ja uhka	Täsmenämätön palkinto käyttäjätymisestä						■	■	■				
	Sosiaalinen palkinto käyttäjätymisestä		■			■		■					
	Sosiaalinen kannustin käyttäjätymiseen					■							
	Oma kannustin käyttäjätymiseen					■							
	Palkitseminen itse käyttäjätymisestä					■							
	Negatiivisten tunteiden vähentäminen		■						■	■	■		
Edeltävät tekijät	Fyysisen ympäristön muokkaaminen		■										
	Sosiaalisen ympäristön muokkaaminen		■										
	Käyttäjätymisen vihjeiden välttäminen		■										
	Esineiden lisääminen ympäristöön			■							■		
	Kehon muutokset							■					
	Eri tekniikoiden määrä yhteensä interventiossa		7	12	11	15	15	9	11	11	10	12	4

KUVA 4. Interventioissa raportoidut käyttäjätymisen muutostekniikat. Interventioiden numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Tieto intervention protokolla-artikkelista.

Interventioissa yleistä oli tiedon antaminen, käyttäytymisen suunnittelu ja sen harjoittelu. Siten tiedon muokkaamisen, seurausten, tavoitteiden ja suunnittelun ja toiston ja korvaamisen kategoriat olivat yleisiä. Sen sijaan kuuttakymmentä Michien ym. (2013) taksonomian käyttäytymisen muutostekniikoista ei käytetty yhdessäkään analysoiduista interventioista. Palkitseminen ja ympäristön muokkaaminen olivat harvinaisia tekniikoita. Yhtäkään tekniikkaa ajoitettujen seurausten eli tulevaisuuteen liittyvien palkintojen kategoriasta ei käytetty interventioissa. Lisäksi palkinto ja uhka –kategoriasta hyödynnetyt tekniikat olivat hyvin yksittäisiä. Ympäristön muokkaamisen liittyvien kategorioiden eli miellelyhtymän ja edeltävien tekijöiden tekniikoita hyödynnettiin myös vain vähän.

Yleisin yksittäinen käyttäytymisen muutostekniikka analysoiduissa interventioissa oli ohjeet käyttäytymisen suorittamiseksi, jota käytettiin kaikissa interventioissa. Lisäksi yli puolessa interventioita käytettiin seuraavia tekniikoita: uskottava toteuttaja, tieto ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista, käyttäytymisen demonstrointi, käyttäytymisen harjoittelu, sosiaalinen tuki (täsmentämätön) ja ongelmanratkaisu. Nämä seitsemän yleisintä tekniikkaa esiintyivät eri interventioissa yhteensä 61 kertaa. Yhteensä kaikissa interventioissa hyödynnettiin 117 kappaletta tekniikoita. Yleisimmät tekniikat kattavat siis yli puolet kaikkien tekniikoiden esiintymiskertojen lukumäärästä. Nämä seitsemän tekniikkaa ovat huomattavasti käytetympiä kuin muut tekniikat.

Yleisesti ottaen interventioissa viitattiin käyttäytymisen muutostekniikkoihin erilaisilla sanoilla, kuin mitä taksonomiassa käytetään (kuva 5). Taksonomiaa ei siis todennäköisesti hyödynnety interventioiden sisältöjen kuvauksissa. Lisäksi interventioissa käytetyt termit vaihtelivat paljon. Esimerkiksi intervention ohjaajista käytettiin yli 20 erilaista käsitettä.



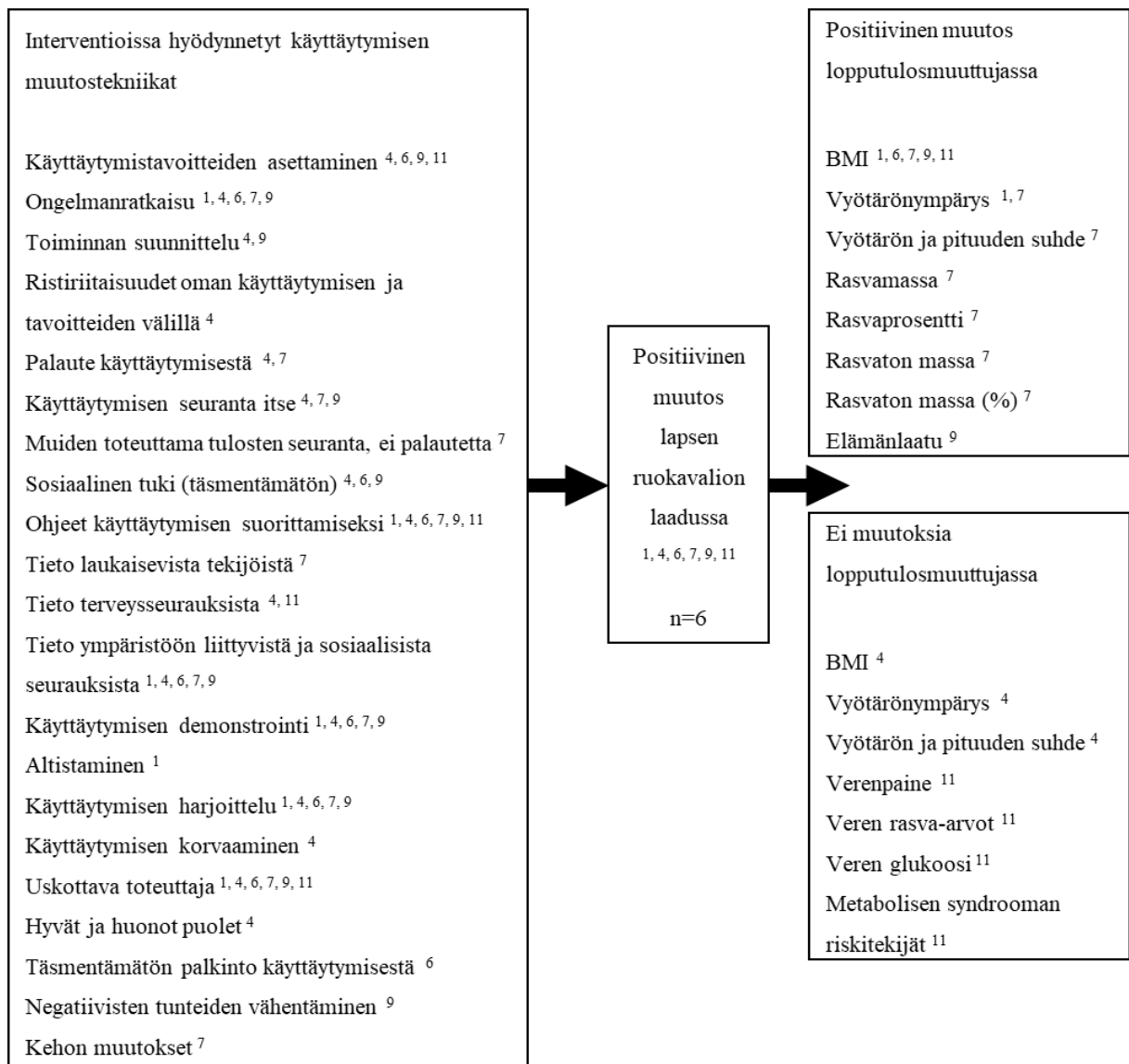
KUVA 5. Esimerkkejä raporteissa käytetyistä ilmauksista viitattaessa yleisimpiin käyttäytymisen muutostekniikkoihin. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Tieto intervention protokolla-artikkelista.

2.3.1 Ruokavalio

Tässä kappaleessa tarkastellaan interventioita, joissa muuttujina oli lasten ruokavalion laatu. Interventiot on jaoteltu kahteen kategoriaan sen mukaan, onko muutoksia ruokavalion laadussa tapahtunut.

Yhteensä kymmenessä tutkimuksessa yhdestätoista tarkasteltiin intervention vaikutuksia lasten ruokavalioon. Näistä neljässä lasten ruokavalion laatu parani ^(1,6,7,11) ja kolmessa muutoksia ei havaittu ^(5,8,10). Kahdessa tutkimuksessa oli muuttujia, jotka osoittivat ruokavalion laadun parantuneen, mutta myös muuttujia, joiden osalta muutosta ei havaittu ^(4,9). Nämä tutkimukset näkyvät tämän analyysin molemmissa kategorioissa. Yhdessä tutkimuksessa ei pienen otoskoon vuoksi ilmoitettu p-arvoja ⁽³⁾, joten se jätettiin analyysin ulkopuolelle.

Yleisimmät muuttujat olivat kasvien ja hedelmien syönni (1,3,4,5,6,8,9,10) ja sokeroitujen juomien käyttö (3,4,6,9,10). Ainoastaan yksi tutkimus tarkasteli ruokavaliota kokonaisuutena. Siinä muuttujana oli välimerellisen ruokavaliion noudattaminen (7). Ruokavaliota kartoitettiin subjektiivisesti kyselyllä lähes kaikissa interventioissa (1,4,6,7,8,9,10,11) ja kolmessa vanhempia pyydettiin muistelemaan lapsensa ruokailua viime päiviltä (4,5,8).



KUVA 6. Käyttäytymisen muutostekniikat interventioissa, joissa vaikutus ruokavaliioon oli positiivinen. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1.

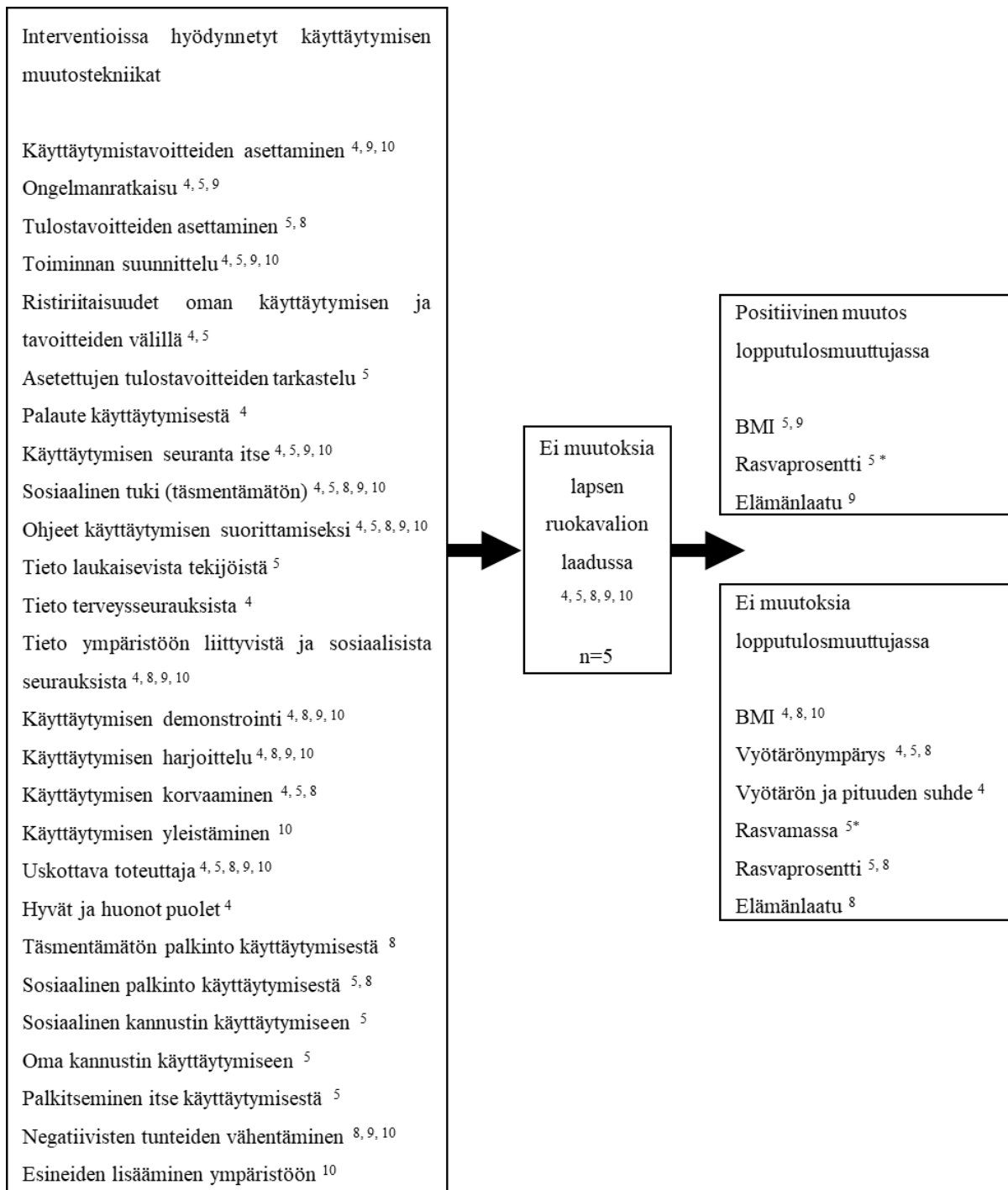
Kymmenestä ruokavaliota kartoittaneesta tutkimuksesta kuudessa havaittiin positiivisia vaikutuksia lasten ruokavaliioon (1,4,6,7,9,11). Kuvassa 6 on esitetty näissä interventioissa käytetyt hyö-

dynnetyt käyttäytymisen muutostekniikat sekä interventioissa havaitut vaikutukset lopputulosmuuttujiin. Tutkimuksissa, joihin kuului seurantajakso, positiivinen muutos ruokavaliossa säilyi puolen vuoden ⁽⁶⁾ ja lähes kahden vuoden ⁽¹¹⁾ seurannassa. Käyttäytymisen muutostekniikoista yleisimmät näissä ruokavalion laatua parantaneissa interventioissa olivat: ohjeet käyttäytymisen suorittamiseksi, uskottava toteuttaja, käyttäytymisen demonstrointi, käyttäytymisen harjoittelu, tieto ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista, ongelmanratkaisu ja käyttäytymistavoitteiden asettaminen.

Yleisin lopputulosmuuttuja ruokavalion laatua parantaneissa interventioissa oli painoindeksi, jota tarkasteltiin kaikissa kuudessa interventioissa. Myös vyötärön ympärystä tarkasteltiin kolmessa tutkimuksessa. Muutokset käyttäytymisessä olivat yhteydessä muutoksiin lasten painoindexissä. Yhtä interventiota lukuun ottamatta lasten painoindeksi aleni ruokavalioon positiivisesti vaikuttaneissa interventioissa. Painoindeksin pieneneminen säilyi myös seurannassa ^(6,11). Sen sijaan vyötärön ympäräyksen osalta tulokset hajaantuivat hieman. Kahdessa kuudesta interventiosta vyötärön ympäräys pieneni ja yhdessä muutoksia ei havaittu.

Kymmenestä ruokavaliota kartoittaneesta tutkimuksesta viidessä oli ruokavalion laatuun liittyviä muuttujia, joissa muutoksia ei havaittu ^(4,5,8,9,10). Kuvassa 7 on kuvattu näissä interventioissa käytetyt käyttäytymisen muutostekniikat sekä interventioissa havaitut vaikutukset lopputulosmuuttujiin. Yleisimmät tekniikat näissä interventioissa olivat sosiaalinen tuki (täsmenämätön), ohjeet käyttäytymisen suorittamiseksi, uskottava toteuttaja, toiminnan suunnittelu, käyttäytymisen seuranta itse, tieto ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista, käyttäytymisen demonstrointi ja käyttäytymisen harjoittelu. Myös käyttäytymistavoitteiden asettamista, ongelmanratkaisua, käyttäytymisen korvaamista ja negatiivisten tunteiden vähentämistä oli mukana yli puolessa interventioita.

Interventioilla, joilla muutoksia ruokavaliossa ei saavutettu, ei myöskään ollut vaikutuksia vyötärön ympäräyksen ja painoindexinkin osalta tulokset ovat ristiriitaisia. Kahdessa viidestä interventiosta painoindeksi aleni, mutta kolmessa muutoksia ei tapahtunut. Kehon rasvan osalta tuloksia ei myöskään saavutettu lukuun ottamatta Cohenin ym. (2016, ⁵) tutkimusta, jossa toinen interventioryhmistä pienensi rasvaprosenttiaan.



KUVA 7. Käyttäytymisen muutostekniikat interventioissa, joissa vaikutusta ruokavalioon ei havaittu. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Toisessa interventoryhmässä rasvaprosentti pieneni, toisessa ei.

Kahdessa viidestä interventiosta, joissa muutoksia ei havaittu, on käytetty sosiaalista palkintoa käyttäytymisestä ja tulostavoitteiden asettamista. Ruokavalioon vaikuttaneissa interventioissa näitä tekniikoita taas ei käytetty ollenkaan. Vastaavasti toiminnan suunnittelua hyödynnettiin

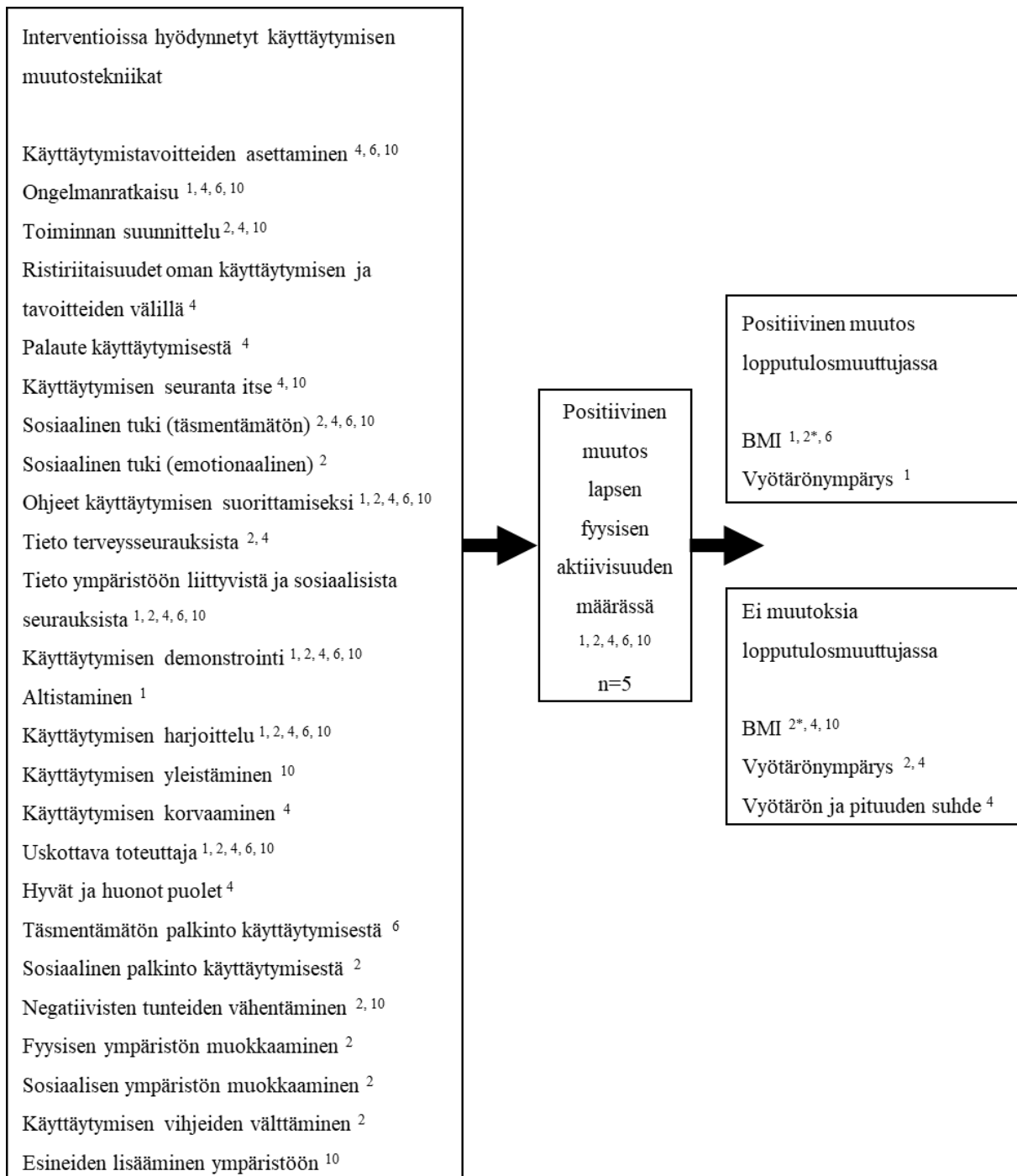
neljässä viidestä interventioista, joissa muutoksia ei ole havaittu. Positiivisia muutoksia havainneissa interventioissa tätä tekniikkaa käytettiin ainoastaan kahdessa kuudesta. Käyttäytymisen korvaamista ja negatiivisten tunteiden vähentämistä on käytetty kolmessa viidestä interventiosta, joissa muutoksia ei ole havaittu. Näitä tekniikoita käytettiin vain yhdessä interventiossa, jossa vaikutukset ruokavalioon olivat positiiviset. Siksi sosiaalinen palkinto käyttäytymisestä, tulostavoitteiden asettaminen, toiminnan suunnittelu, käyttäytymisen korvaaminen sekä negatiivisten tunteiden vähentäminen saattavat olla tekniikoita, joilla ei ole vaikutusta lasten ruokavalion muutoksiin.

Positiivisia tuloksia saavutettiin keskimäärin yhdeksällä käyttäytymisen muutostekniikalla kun taas interventioissa, joissa muutosta ei saavutettu, käytettiin keskimäärin lähes 13 tekniikkaa. Elintapaohjauksen määrässä ei ollut eroa ruokavaliota muuttaneiden interventioiden ja tuloksettomien interventioiden välillä. Elintapaohjauksen määrä oli molemmissa keskimäärin noin 15 tuntia. Kuitenkin kokonaiskesto interventioissa, joissa muutoksia ei saavutettu, oli keskimäärin 28 viikkoa, ja vastaavasti muutoksia saavuttaneissa interventioissa keskimäärin 15 viikkoa. Tulokselliset interventiot olivat siis intensiivisempiä, koska ne olivat lyhempiä, mutta sisälsivät saman määrän ohjausta.

2.3.2 Fyysinen aktiivisuus

Tässä kappaleessa tarkastellaan interventioita, joissa muuttujina oli lasten fyysisen aktiivisuuden määrä. Interventiot on jaoteltu kahteen kategoriaan sen mukaan, onko muutoksia fyysisen aktiivisuuden määrässä tapahtunut.

Fyysistä aktiivisuutta mitattiin yhteensä kymmenessä tutkimuksessa. Näistä viidessä fyysinen aktiivisuus lisääntyi ^(1,2,4,6,10) ja neljässä muutoksia ei havaittu ^(5,8,9,11). Yhdessä tutkimuksessa ei pienen otoskoon vuoksi ilmoitettu p-arvoja ⁽³⁾, joten se jätettiin analyysin ulkopuolelle. Fyysistä aktiivisuutta mitattiin sekä fyysisen aktiivisuuden tai liikunnan määränä ^(1,2,3,4,5,6,8,9,11) että passiivisen ajankäytön eli istumisen tai ruutuajan määränä ^(1,2,3,4,6,8,9,10,11). Määriä kartoitettiin enimmäkseen kyselyllä ^(1,2,5,6,9,10,11), ja ainoastaan kahdessa tutkimuksessa käytettiin kiihtyvyyttämittaria aktiivisuuden kartoittamiseen ^(4,8).



KUVA 8. Käyttäytymisen muutostekniikat fyysiseen aktiivisuuteen positiivisesti vaikuttaneissa interventioissa. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Tyttöillä BMI pieneni, pojilla ei.

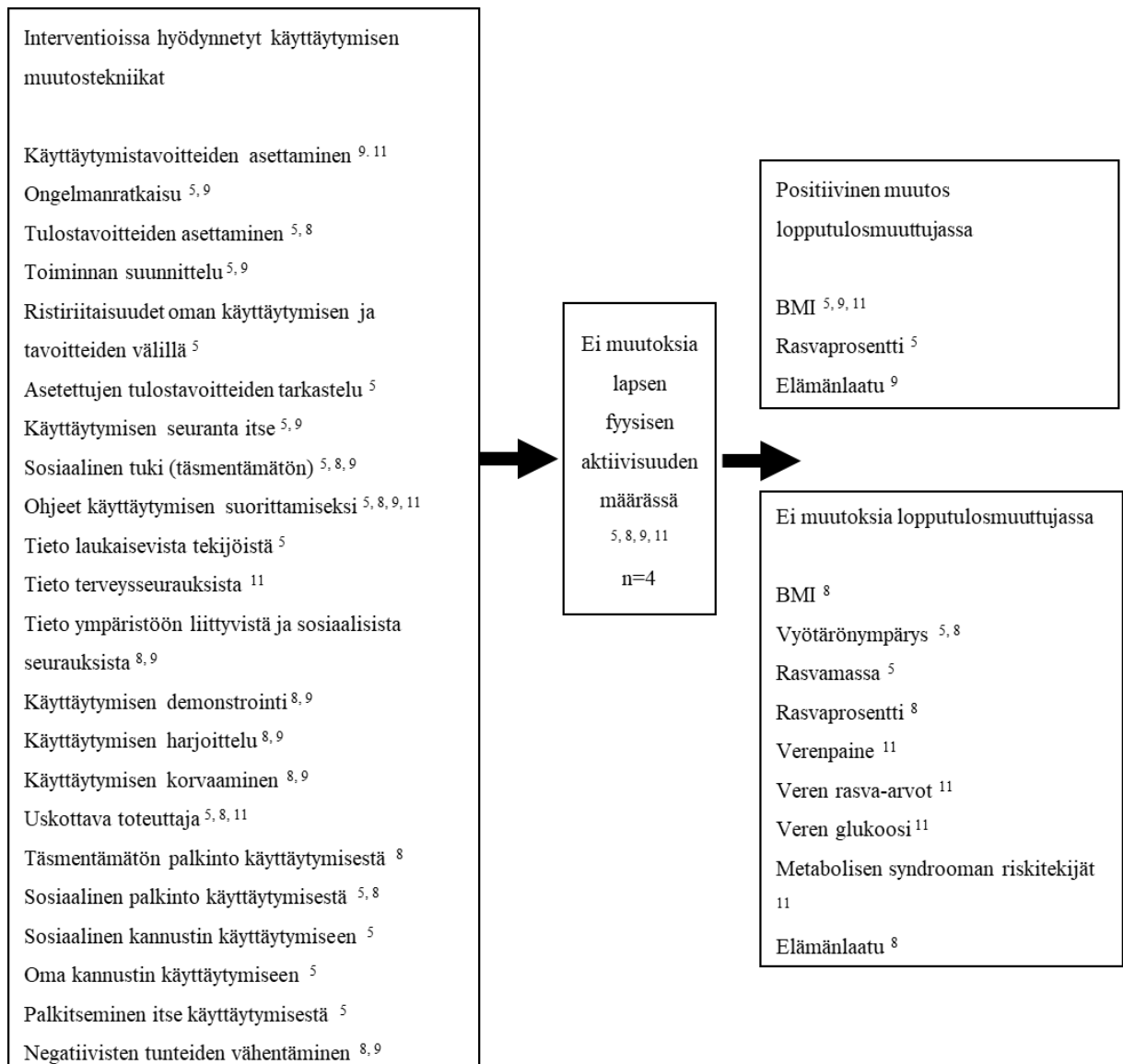
Kymmenestä fyysistä aktiivisuutta kartoittaneesta tutkimuksesta viidessä fyysinen aktiivisuus lisääntyi ja passiivinen ajankäyttö väheni (^{1,2,4,6,10}). Interventioissa, joihin kuului seurantajakso, liikunnan lisäys säilyi puolen vuoden (⁶) ja vuoden (²) seurannassa. Kuvassa 8 on kuvattu näissä

interventioissa käytetyt käyttäytymisen muutostekniikat sekä interventioissa havaitut vaikutukset lopputulosmuuttujiin. Kaikissa näissä interventioissa oli mukana ohjeita käyttäytymisen suorittamiseksi, tietoa ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista, käyttäytymisen demonstrointia käyttäytymisen harjoittelua sekä uskottava toteuttaja. Lisäksi yli puolessa interventioista käytettiin ongelmanratkaisu, sosiaalinen tuki (täsmentämätön), käyttäytymistavoitteiden asettaminen ja toiminnan suunnittelu -tekniikoita.

Lopputulosmuuttujien osalta tulokset jakaantuivat: kahdessa interventioissa viidestä lasten painoindeksi pieneni ja kahdessa muutoksia ei havaittu. Yhdessä tutkimuksessa painoindeksi pieneni tytöillä, mutta ei pojilla (kuva 8). Vastaavasti vyötärön ympärysmitta pieneni yhdessä tutkimuksessa ja kahdessa viidestä muutoksia ei havaittu. Interventioissa, joihin kuului seurantajakso, muutokset painoindeksissä säilyivät puolen vuoden ⁽⁶⁾ ja vuoden ⁽²⁾ seurannassa.

Kymmenestä fyysisestä aktiivisuutta kartoittaneesta tutkimuksesta neljässä muutoksia fyysisen aktiivisuuden määrässä ei havaittu ^(5,8,9,11). Kuvassa 9 on kuvattu näissä interventioissa raportoidut käyttäytymisen muutostekniikat sekä interventioissa havaitut vaikutukset lopputulosmuuttujiin. Kaikissa näissä interventioissa oli mukana ohjeita käyttäytymisen suorittamiseksi. Sen ohella yleisimpiä käyttäytymisen muutostekniikoita olivat uskottava toteuttaja, toiminnan suunnittelu, sosiaalinen tuki (täsmentämätön), tieto ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista, käyttäytymisen demonstrointi, käyttäytymisen harjoittelu, sosiaalinen palkinto käyttäytymisestä sekä negatiivisten tunteiden vähentäminen.

Kolmessa neljästä näistä interventioissa lasten painoindeksi pieneni, ja tutkimuksessa, johon kuului seurantaa, muutos säilyi lähes kahden vuoden seurannassa ⁽¹¹⁾. Muissa lopputulosmuuttujissa ei ole juuri havaittu muutoksia. Osaltaan painoindeksin pienenemistä voi selittää se, kahdessa kolmesta painoindeksiin vaikuttaneista interventioista ruokavalion laatu parani, vaikka muutoksia fyysisessä aktiivisuudessa ei tapahtunut.



KUVA 9. Käyttäytymisen muutostekniikat interventioissa, joissa vaikutusta fyysiseen aktiivisuuteen ei havaittu. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1.

Ongelmanratkaisua ja tietoa ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista on käytetty hieman enemmän tuloksellisissa kuin tuloksettomissa interventioissa. Ongelmanratkaisua on käytetty neljässä viidestä fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttaneista interventiosta ja tietoa ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista on käytetty niistä kaikissa. Sen sijaan interventioissa, joissa muutoksia ei ole havaittu, näitä tekniikoita on molempia käytetty kahdessa neljästä interventiosta. Sama tilanne on käyttäytymisen demonstroinnilla ja käyttäytymisen harjoittelulla, joita on käytetty kaikissa tuloksellisissa interventioissa ja kahdessa neljästä tuloksettomassa in-

terventiossa. Tätä selittää se, että kaikkiin tuloksellisiin interventioihin sisältyi ohjattua liikuntaa 5–90 tuntia. Sen sijaan ainoastaan yksi neljästä tuloksettomasta interventioista sisälsi ohjattua liikuntaa. Tulostavoitteiden asettamista on puolestaan käytetty kahdessa neljästä tuloksettomassa interventiossa, kun taas tuloksellisissa interventioissa sitä ei ole hyödynnetty. Lisäksi käyttäytymiseen liittyvää sosiaalista palkintoa on hyödynnetty puolessa tuloksettomia interventioita, mutta vain yhdessä viidestä tuloksellisista interventioista

Fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttaneissa interventioissa käytettiin keskimäärin yhtätoista käyttäytymisen muutostekniikkaa ja interventioissa, joissa muutoksia ei havaittu, niitä oli keskimäärin 10. Tekniikoiden määrässä ei siis ole juurikaan eroja tuloksellisten ja tuloksettomien interventioiden välillä. Myöskään mittaustavalla ei voida selittää eroja, sillä sekä objektiivista että subjektiivista mittausta on käytetty sekä tuloksellisissa että tuloksettomissa interventioissa. Kuitenkin interventiot, jotka vaikuttivat lasten fyysisen aktiivisuuden määrään, olivat keskimäärin pidempiä (26 vk vs. 17 vk) ja sisälsivät hieman enemmän elintapaohjausta (17,5 h vs. 14 h) kuin interventiot, joissa fyysisessä aktiivisuudessa ei tapahtunut muutoksia.

2.4 Yhteenveto

Tämän systemaattisen katsauksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia käyttäytymisen muutostekniikoita perhelähtöisissä elintapainterventioissa käytetään ja mitkä käyttäytymisen muutostekniikat ovat yhteydessä tuloksellisuuteen interventioissa. Aineiston perusteella eri interventioiden hyödyntämät käyttäytymisen muutostekniikat ovat keskenään melko samanlaisia. Interventioissa käytettiin yhteensä 33 eri käyttäytymisen muutostekniikkaa 93 taksonomian tekniikasta. Samat tekniikat toistuvat siitä huolimatta, ettei interventioissa mainittu käytettävän esimerkiksi samoja teorioita. Käytetyistä tekniikoista yleisimpiä olivat ohjeet käyttäytymisen suorittamiseksi, uskottava toteuttaja, käyttäytymisen harjoittelu ja käyttäytymisen demonstrointi sekä tieto ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista. Näitä käytettiin lähes kaikissa tarkastelluista interventioista. Tähän vaikutti se, että interventiot sisälsivät usein ohjattua liikuntaa ja raporteissa kerrottiin yleisesti opetuksesta ja koulutuksesta.

Vaikuttavien sisältöjen osoittaminen on vaikeaa, koska ihmisen käyttäytymiseen vaikuttaa samanaikaisesti monia tekijöitä sekä interventiossa että sen ulkopuolella (Anglé 2012). Käytettyjen tekniikoiden lisäksi esimerkiksi intervention kontekstilla, ohjaajien perehdytyksellä ja perheiden arkielämän tapahtumilla on suuri merkitys mahdollisiin tuloksiin. On myös mahdollista,

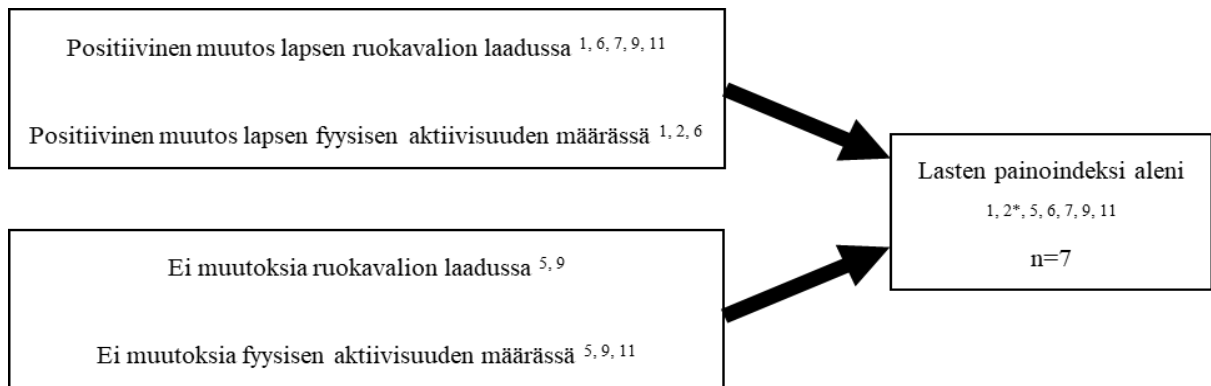
että erilaisissa kulttuureissa toimivat erilaiset tekniikat. Tässä analyysissä ei myöskään otettu huomioon sitä, kohdistuuko interventiossa käytetty tekniikka vanhempiin, lapsiin vai molempiin. On mahdollista, että tietty tekniikka on toimiva esimerkiksi vanhempiin kohdistettaessa, mutta lapsiin kohdistettaessa se ei ole keskeinen.

Haasteellisuudesta huolimatta tämän analyysin valossa on mahdollista nostaa joitain käyttäytymisen muutostekniikoita esiin. Käyttäytymisen harjoittelu ja käyttäytymisen demonstrointi nousivat esiin fyysiseen aktiivisuuteen positiivisesti vaikuttaneista interventioista. Tämä saattaa viitata siihen, että ohjattu liikunta olisi tärkeää fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. Khanalin ym. (2016, ⁶) tutkimus viittaa lisäksi siihen, ettei fyysisen aktiivisuuden lisäys johdu ainoastaan interventiossa harrastetussa liikunnasta, vaan liikunta lisääntyy myös vapaa-ajalla. Myös tieto ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista liittyi katsauksen perusteella fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen. Lisäksi ongelmanratkaisu vaikuttaa potentiaaliselta käyttäytymisen muutostekniikalta. Se oli yleinen painoindeksiin vaikuttaneissa tutkimuksissa ja nousee esiin myös fyysisen aktiivisuuteen vaikuttaneissa interventioissa. Sen sijaan ruokavalioon vaikuttaneiden interventioiden taustalta ei noussut selkeästi esiin yhtäkään käyttäytymisen muutostekniikkaa.

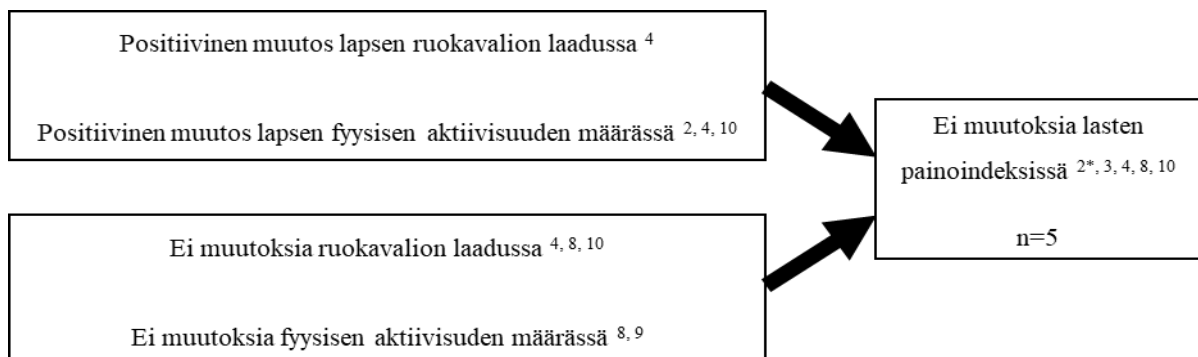
Tässä tutkimuksessa tarkastelu keskittyi tunnistamaan keskeisiä tekniikoita käyttäytymisen muutoksen taustalla. On kuitenkin huomioitava, että havaittu käyttäytymisen muutos ei aina johda painoindeksin muutokseen. Tutkimuksissa käyttäytymisen muutosta kartoitettiin osin melko yksittäisillä mittareilla, kuten kasvisten syönnillä. Tämä ei kerro ruokavalion kokonaisuudesta. Lisäksi on mahdollista, että subjektiiviset menetelmät eivät kerro todellisesta muutoksesta käyttäytymisessä.

Kuudessa tässä katsauksessa tarkastelluista interventioista lasten painoindeksi aleni tilastollisesti merkitsevästi ja lisäksi yhdessä painoindeksi aleni vain tytöillä (kuva 10). Sen sijaan neljässä painoindeksi ei muuttunut tilastollisesti merkitsevästi ja yhdessä poikien painoindeksi ei muuttunut (kuva 11). Kun painoindeksin alenemista tarkastellaan suhteessa muutoksiin ruokavaliossa ja fyysisessä aktiivisuudessa, havaitaan lasten painoindeksin alenemisen taustalla muutoksia ruokavalion laadussa. Ruokavalion laatu parani viidessä seitsemästä interventioista, joissa lasten painoindeksi aleni. Lisäksi kolmessa viidestä interventiosta, joissa muutoksia painoindeksissä ei tapahtunut, ei ruokavalion laatukaan muuttunut. Sen sijaan fyysisen aktiivisuu-

den muutokset eivät näytä selittävän lasten painoindeksin alenemista. Tässä katsauksessa tunnistetut keskeiset käyttäytymisen muutostekniikat nousivat kuitenkin juuri fyysisen aktiivisuuden muutoksen taustalta, eikä yhtäkään ruokavalion muutoksen kannalta keskeistä tekniikkaa tunnistettu.



KUVA 10. Käyttäytymisen muutos interventioissa, joissa lapsen painoindeksi aleni. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Vaikutus vain tytöillä. Huom.⁹ osa muuttujista osoitti ruokavalion laadun parantuneen, osassa ei muutoksia.



KUVA 11. Käyttäytymisen muutos interventioissa, joissa lapsen painoindeksi ei muuttunut. Yläindeksin numerot viittaavat lähdeartikkeleihin, ks. taulukko 1. * Vaikutus vain pojilla. Huom.⁴ osa muuttujista osoitti ruokavalion laadun parantuneen, osassa ei muutoksia.

Aiempaa tutkimusta käyttäytymisen muutostekniikoiden yhteydestä lasten elintapoihin on melko vähän. Martin ym. (2013) ovat tehneet tästä kuitenkin systemaattisen katsauksen, jonka mukaan käyttäytymisen harjoittelu on suotuisasti yhteydessä lihaviin lasten painoindeksiin. Tutkimus vahvistaa tämän analyysin tuloksia osittain, sillä tässä tutkimuksessa käyttäytymisen harjoittelun havaittiin olevan fyysisen aktiivisuuden muutokset taustalla. Kuitenkin Martinin

ym. (2013) mukaan myös ympäristön muokkaus, identifioituminen roolimalliksi, tunteiden hallinta sekä kommunikaatiotaitojen harjoittelu ovat suotuisasti yhteydessä lihaviin lasten painoindeksiin. Tässä tutkimuksessa nämä tekniikat eivät nousseet esiin. Lisäksi Martin ym. (2013) havaitsivat, että tieto käyttäytymisen seurauksista yksilölle on positiivisesti yhteydessä lasten painoindeksiin, kun taas tieto käyttäytymisen seurauksista yleisesti on yhteydessä huonoihin tuloksiin. Näin ollen tiedonannolla oli ristiriitaisia vaikutuksia riippuen sen kohdentumisesta. Tässä analyysissä tieto käyttäytymisen (ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista) seurauksista nousi esiin fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttaneista interventioista. Tutkimusten vertailua vaikeuttaa kuitenkin se, että Martinin ym. (2013) tutkimuksessa tekniikoiden luokittelussa käytettiin aiempaa taksonomiaa. Aiemmassa taksonomiassa käyttäytymisen muutostekniikoita on nimetty vähemmän, kuin tässä analyysissä käytetyssä uudemmassa taksonomiassa. Havaittuja eroja saattaa selittää myös se, että Martinin ym. (2013) tutkimuksessa lasten ikähaarukka oli laajempi, 2–18 vuotta, eivätkä interventiot välttämättä olleet perhelähtöisiä.

Aikuisia koskevasta tutkimuksesta löytyy yhteneväisyyksiä tämän analyysin tuloksiin. Olanderin ym. (2013) systemaattisen katsauksen mukaan ongelmanratkaisulla, käyttäytymisen demonstroinnilla ja käyttäytymisen harjoittelulla olisi lievä positiivinen vaikutus lihaviin aikuisten fyysisen aktiivisuuteen. Käyttäytymisen harjoittelun on havaittu olevan yhteydessä myös painoon (Dombrowski ym. 2012). Nämä tekniikat näkyivät tässä tutkimuksessa myös lasten fyysisen aktiivisuuden muutoksen taustalla. Kuitenkin aikuisia koskevasta tutkimuksesta on saatu myös ristiriitaisia tuloksia tämän analyysin tuloksiin nähden. Tulostavoitteet (Olander ym. 2013; Samdal ym. 2017), palkitseminen käyttäytymisestä (Olander ym. 2013) sekä oman käyttäytymisen seuranta (Olander ym. 2013; Samdal ym. 2017) ovat systemaattisten katsausten mukaan yhteydessä terveellisempään käyttäytymiseen. Tässä analyysissä nämä tekniikat eivät nousseet esiin. Saattaa olla, että aikuisten käyttäytymisen muutoksessa toimivatkin erilaiset tekniikat kuin lasten. Havaittuja eroja saattaa selittää myös se, että aiemmissa tutkimuksissa oli käytetty taksonomian edellistä versiota.

Analysoitujen tutkimusten perusteella käyttäytymisen muutostekniikoiden kokonaismäärä interventiossa ei vaikuta merkitykselliseltä sen tuloksellisuuden kannalta. Tekniikoiden määrä ei näytä olevan yhteydessä liikuntaan tai ruokavalioon liittyvien tulosten saavuttamiseen. Tekniikoiden optimaalista määrää on tutkittu myös lihavilla aikuisilla. Samdalin ym. (2017) systemaattisessa katsauksessa tekniikoiden suurempi määrä oli yhteydessä positiivisempiin tuloksiin, mutta Dombrowskin ym. (2012) katsauksessa määrällä taas ei havaittu olevan merkitystä

painoon tai liikunta-aktiivisuuteen. Saattaakin olla, että määrän sijaan keskeistä on tekniikoiden toteutuksen laatu ja intensiteetti.

Intervention keston suhde tuloksiin on analyysin perusteella ristiriitainen. Intervention kesto ei näytä selittävän tuloksia ruokavalioon liittyvien muutosten kohdalla. Kuitenkin fyysistä aktiivisuutta mitanneissa tutkimuksissa tuloksia saavuttaneet interventiot olivat hieman pidempiä ja sisälsivät enemmän ohjausta. Aiemman tutkimuksen perusteella pitkä kesto vaikuttaisi kuitenkin merkitykselliseltä. Intervention tulisi kestää seitsemän kuukautta (Ling ym. 2016) tai jopa vuoden (Kobes ym. 2018). Tässä systemaattisessa katsauksessa ainoastaan neljä yhdestätoista kesti vähintään seitsemän kuukautta (^{3,4,5,10}). Interventioiden verrattain lyhyt kesto vaikuttaa tyypilliseltä myös aiemman tutkimuksen perusteella (Heerman ym. 2017). Toisaalta on myös tutkimustuloksia, joiden mukaan intervention kesto ei ole yhteydessä vaikuttavuuteen (Yavuz ym. 2015; Heerman ym. 2017).

Intervention keston lisäksi pitää huomioida myös ohjauksen määrä eli intervention intensiteetti. Whitlockin ym. (2010) systemaattisen katsauksen mukaan ohjausta tulisi olla vähintään 26 tuntia. Tämän analyysin interventioista vain neljässä ohjausta oli vähintään tämän verran (^{4,6,7,9}), ja liian vähäinen intensiteetti on lasten ylipainoon kohdistuvissa tutkimuksissa yleistä (Heerman ym. 2017). Jatkossa interventioista tulisikin siis rakentaa pidempikestoisia ja niiden tulisi sisältää hieman enemmän ohjausta. Lisäksi seurantajaksoit olisivat tärkeitä, jotta saataisiin tietoa omaksumisen lisäksi myös pitkäkestoisemmista vaikutuksista ja käyttäytymisen muutoksen ylläpidosta. Monissa lapsille suunnatuissa elintapainterventioissa ei ole seurantaa (Jang ym. 2015), ja tämänkin analyysin interventioista ainoastaan viisi yhdestätoista sisälsi seurantajakson (^{2,5,6,8,11}).

Intervention osallistujamäärä on myös otettava huomioon tulosten tulkinnassa. Tilastollisesti merkittävä tulos on helpompi saavuttaa, kun osallistujia on enemmän. Muutoksia saavuttaneissa interventioissa oli tässä analyysissä keskimäärin enemmän osallistujia kuin interventioissa, joissa muutoksia ei havaittu. Kuitenkin kolmessa viidestä interventiosta, jossa ruokavalion laatu ei parantunut, ja kolmessa neljästä interventiosta, jossa fyysinen aktiivisuus ei lisääntynyt, osallistujia oli yli sata. Siten suurimmassa osassa myös niitä interventioita, joissa tuloksia ei saavutettu, osallistujia oli melko paljon.

3 PERHELÄHTÖINEN ELINTAPAININTERVENTIO

Tutkimuksen toinen osa käsitteli Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä toteutettua perhelähtöistä elintapainterventioita ylipainoisille lapsille. Interventioon osallistuneilta perheiltä ja sen ohjaajilta kartoitettiin heidän kokemuksiaan interventiosta kvalitatiivisin menetelmin. Tutkimuslupa hankittiin ennen tutkimuksen aloittamista Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymältä.

3.1 Intervention kuvaus

Tutkimuksen kohteena oleva interventio on toteutettu jo neljänä vuotena ja toiminnassa on ollut mukana yli 50 perhettä. Intervention tarkoituksena on lasten ylipainon hoitaminen ja lihavuuden ennaltaehkäiseminen. Tarkoitus on tukea koko perheen elintapamuutosta ennen kuin on aihetta erikoissairaanhoidon puuttumiselle. Perheet saavat kuitenkin itse asettaa omat tavoitteensa ryhmätoiminnalle.

Intervention kohderyhmänä ovat noin 6–10 -vuotiaat ylipainoiset lapset perheineen. Ikähaarukka ja lapsen ylipaino ovat kuitenkin vain suuntaa ohjaavia kriteereitä, joissa käytetään aina harkinnanvaraisuutta. Vuoden 2018 ryhmään osallistui 5–9 -vuotiaita lapsia. Toimintaan osallistuvien lasten ikähaarukkaa laaventavat myös mahdolliset sisarukset, jotka voivat myös osallistua toimintaan. Esimerkiksi lastenhoitoavun puuttuminen sisarukselle ei näin ollen ole esteenä ryhmään osallistumiselle.

Interventio noudattaa lasten lihavuuden Käypä Hoito -suosituksen (2013) asettamia linjauksia muun muassa perhekeskeisyydestä, moniammatillisuudesta, varhaisesta puuttumisesta ja asiakaslähtöisyydestä. Interventio on perhelähtöinen, sillä siihen osallistuvat sekä perheen lapset että vanhempi tai vanhemmat. Myös sisarukset ovat tervetulleita mukaan. Koko perhe pyritään osallistamaan elintapamuutokseen. Intervention ohjaavat terveydenhoitajat, ravitsemusterapeutti, psykologi sekä liikunnanohjaajaopiskelijat. Liikunnanohjaajaopiskelijat ovat vastuussa lasten liikunnasta ja perheliikunnasta, ja muut ohjaajat toteuttavat varsinaisen elintapaohjauksen. Interventio toteutetaan ryhmässä, mikä mahdollistaa vertaistuen saamisen ja on kustannustehokkaampaa kuin yksilöohjaus. Keskeistä toiminnassa on perheiden oma arki, joka ohjaa keskustelua ja käsiteltäviä aiheita.

TAULUKKO 2. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän toteuttaman intervention rakenne.

Tapaamisen nimi	Sisältö	Ohjaajat
1. Tutuksi toisillemme	Esittelyt: jäsenet, säännöt, Neuvokas Perhe -sivusto, Facebook-ryhmä Toiminnan sisältö ja tavoitteet Tavoitteen asettelu	Terveydenhoitajat, liikunnanohjaajaopiskelijat
2. Mistä hyvä olo tulee?	Minä-kirjan jakaminen Motivaatio Tavoitteet	Psykologi, liikunnanohjaajaopiskelijat, (terveydenhoitajat)
3. Meidän perheen arki	Neuvokas-kortin aiheet Facebook-keskustelun aiheet Motivointi, rohkaisu ja tuki	Terveydenhoitajat, liikunnanohjaajaopiskelijat
4. Sutinaa sisällä	Koko perheen yhteinen liikuntakerta	Liikunnanohjaajaopiskelijat, terveydenhoitajat
5. Arkiruoka – valintojen vaikeus	Tavoitteiden tarkistus Terveelliset valinnat, motivointi Maistelu Kokemusten jakaminen Kylläisyysmittari, napostelu	Ravitsemusterapeutti, liikunnanohjaajaopiskelijat, (terveydenhoitajat)
6. Mitä tänään syötäisiin?	Terveellinen ruokavalio Tavoitteiden asettelu	Ravitsemusterapeutti, liikunnanohjaajaopiskelijat, (terveydenhoitajat)
7. Seikkaillen ulkona	Koko perheen yhteinen liikuntakerta	Liikunnanohjaajaopiskelijat, terveydenhoitajat
8. Opittujen taitojen juhla	Nyyttärit Kunniakirjojen jako lapsille	Terveydenhoitajat, liikunnanohjaajaopiskelijat

Elintapaohjaus kohdistetaan vanhemmille, koska he ovat päävastuussa lastensa ruokailuista ja ajankäytöstä sekä ovat roolimalleja lapsilleen. Vanhempien ryhmäohjauksen aikana lapset saavat liikuntaohjausta omana ryhmänään. Ryhmä tapaa yhteensä kahdeksan kertaa, puolitoista tuntia kerrallaan. Intervention rakenne on kuvattu taulukossa 2. Intervention kokonaiskesto on

kahdeksan viikkoa. Prosessi lähtee kuitenkin käyntiin jo ennen ensimmäistä tapaamiskertaa, sillä perheet saavat kotiinsa materiaalipaketin ja ennakotehtäviä. Heidän tulee miettiä omia arvojaan, joiden pohjalta myöhemmin asetetaan tavoitteita.

Pääasiallisina asiasisältöinä interventiossa ovat ravitsemus ja liikunta. Intervention teoriaohjaus keskittyy lähinnä ravitsemukseen, vaikka liikunnan teemojakin sivutaan. Tapaamiset ovat toiminnallisia ja keskusteluun kannustavia, ja keskustelun avaamiseen käytetään muun muassa videoita. Tarkoituksena on lähteä liikkeelle perheen omasta elämäntilanteesta ja löytää omaan arkeen sopivia ratkaisuja. Lukuun ottamatta kahta ravitsemusterapeutin kertaa jokaisen tapaamiskerran aluksi ja lopuksi on noin 10 minuutin yhteinen liikunnallinen leikkihetki perheille. Lisäksi kaksi tapaamisista koostuu pelkästä perheliikunnasta (taulukko 2). Perheliikuntahetkien tavoitteena on tuottaa iloa, lisätä perheen vuorovaikutusta sekä antaa mallia yksinkertaisen liikunnan harrastamisesta. Jimenéz-Pavónin ym. (2010) systemaattisen katsauksen mukaan liikunta suojaakin lapsia ylipainolta.

Interventiossa hyödynnetään Sydänliiton Neuvokas Perhe -elintapaohjausmenetelmän keinoja ja materiaaleja (www.neuvokasperhe.fi). Neuvokas Perhe -menetelmä perustuu perhelähtöisyyteen, voimavarakeskeisyyteen ja ratkaisukeskeisiin toimintatapoihin. Se on kehitetty valtion virallisiin suosituksiin ja tutkimustietoon perustuen. Tarkoituksena on selvittää perheen omat voimavarat, yksilöllisesti koetut esteet ja perheen arki. Vahvuuksista lähteminen lisää perheen pysyvyyden tunnetta, joka nähdään avaintekijänä muutokselle. Nämä samat periaatteet näkyvät myös intervention tapaamisissa.

Perheet rekrytoidaan ryhmään neuvola- tai kouluterveydenhoitajalla käyntien yhteydessä. Koska ikähaarukka ja lapsen ylipaino eivät ole tiukkoja kriteerejä, terveydenhoitajat arvioivat perheiden soveltuvuuden ryhmään tapauskohtaisesti oman asiantuntemuksensa perusteella. Perheiden osallistuminen perustuu aina perheen omaan halukkuuteen, lasten lihavuuden Käypä Hoito -suosituksen (2013) mukaisesti. Moniongelmaiset perheet on kuitenkin rajattu ulos, sillä tämän intervention puitteissa ei heille pystytä tarjoamaan riittävää apua. Lisäksi maahanmuuttajaperheiden osallistumista rajoittaa se, että ryhmässä keskustellaan suomeksi.

Intervention osallistuville vanhemmille on perustettu suljettu Facebook-ryhmä, jossa heitä kannustetaan jakamaan vinkkejä ja kokemuksia tapaamisten välillä. Facebook-ryhmä pitää prosessin mielessä myös tapaamisten välillä. Sitä kautta perheet saavat asiantuntijoilta vinkkejä ja

lisätietoa esimerkiksi Neuvokas Perhe -materiaalien jakamisen kautta. Tieto keskittyy ravitsemukseen ja liikuntaan ja sisältö pyritään valikoimaan innostavaksi ja motivoivaksi. Lisäksi sivuilla jaetaan videoita lasten liikuntahetkistä, mikä antaa vanhemmille mahdollisuuden nähdä lastensa ilo ja liikuntapystyvyys. Jokaisen tapaamiskerran aluksi katsotaan Facebook-ryhmässä läpikäytyt asiat, joten Facebookin jäsenyys ei estä tiedon saamista.

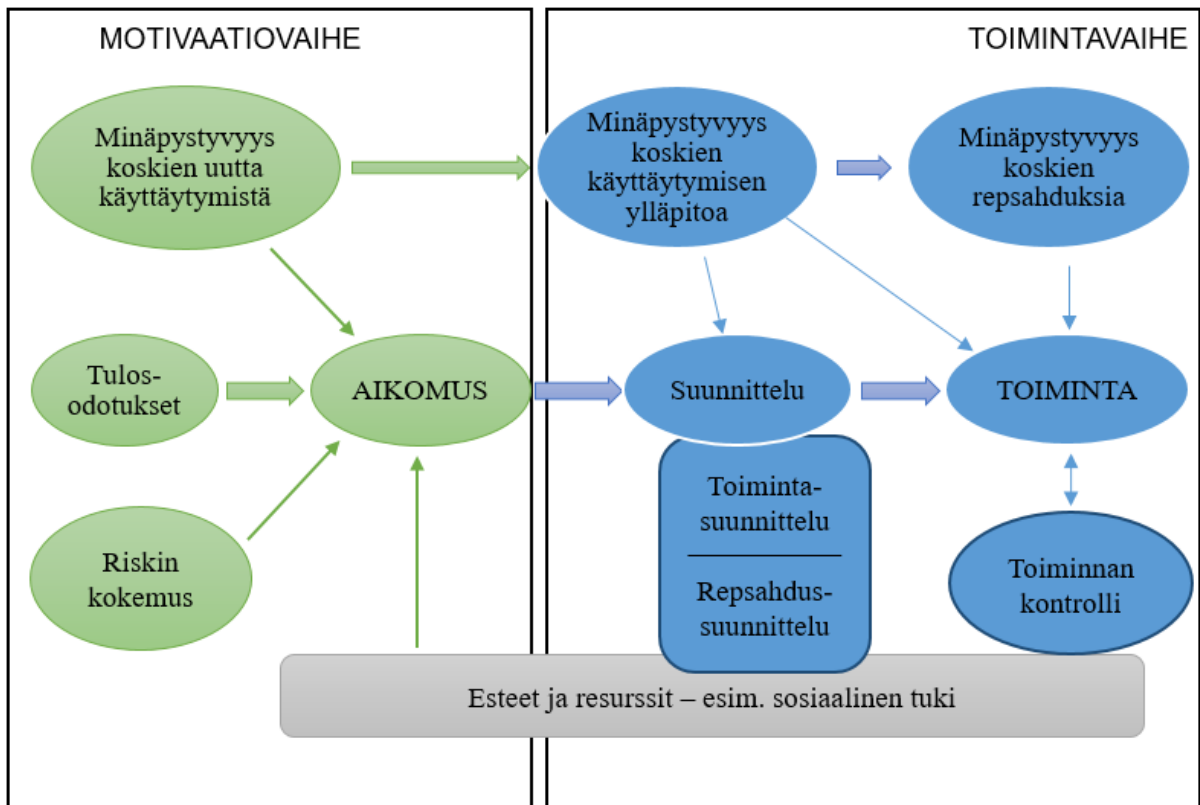
Lapsien potilaskertomuksiin kirjataan tieto osallistumisesta interventioon. Kuitenkaan systemaattista seuranta toiminnalla ei ole. Terveystenhoitajat kyselevät toiminnan vaikutuksista ja terveiden elintapojen ylläpidosta vapaamuotoisesti työnsä ohessa lasta ja/tai perhettä tavatessaan.

Tutkija toimitti päiväkirjat intervention osallistujien käyttöön ja oli paikalla sekä ensimmäisessä että viimeisessä tapaamisessa sekä interventiota koskeneissa palavereissa. Tutkija ei kuitenkaan osallistunut intervention suunnitteluun tai toteutukseen.

3.2 Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli

Tässä tarkastellussa interventiossa käytetyt materiaalit perustuvat terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalliin (Health Action Process Approach), minkä vuoksi tämä malli valittiin tukemaan intervention tarkastelua. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallin etuihin kuuluu myös se, että malli huomioi sen, mitä vaaditaan, jotta aikomus muuttuu pysyväksi käyttäytymiseksi (Schwarzer ym. 2011). Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli kuvaa käyttäytymistä määrittäviä tekijöitä ja niiden linkittymistä toisiinsa (kuva 12). Näin ollen se on pääasiassa käyttäytymistä selittävä teoria (Glanz ym. 2008). Malli yhdistää useita eri teorioita, ja sen taustalla vaikuttavat erityisesti suunnitellun käyttäytymisen teoria sekä Banduran minäpystyvyyksäitykset (Schwarzer 2008).

Mallin mukaan käyttäytymisen muodostumisessa on motivaatio- ja toimintavaihe (Schwarzer 2008). Motivaatiovaiheessa ihminen muodostaa aikomuksen muuttaa käyttäytymistään, kun taas toimintavaiheessa keskitytään tekijöihin, jotka siirtävät tämän aikomuksen konkreettiseksi toiminnaksi (kuva 12). Keskeistä mallissa on minäpystyvyys, joka jakautuu kolmeen eri osaan (Schwarzer 2008). Käyttäytymisen muutoksen edetessä tarvitaan erilaisia kykyjä ja tehtäviä, joten myös minäpystyvyys eri vaiheissa voi vaihdella (Schwarzer 2008).



KUVA 12. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli. Mukailten Schwarzer 2008.

Motivaatiovaiheessa pohditaan omia käsityksiä, uskomuksia ja tietoja sekä uudesta käyttäytymisestä että omasta pystyvyydestä muuttaa sitä. Tämä pohdinnan seurauksena voi muodostua aikomus muuttaa käyttäytymistä. Aikomus muodostuu mallin mukaan kolmen osatekijän: riskin kokemuksen, tulosodotusten sekä minäpystyvyyden kautta (Schwarzer 2008). Tekijöiden ajallista järjestystä mallissa ei ole eritelty, mutta saattaa olla, että ne etenevät riskin kokemuksesta tulosodotusten pohdintaan (Schwarzer ym. 2011) ja tulosodotusten pohdinnasta kokemukseen minäpystyvyydestä (Schwarzer 2014).

Muutosprosessin alkuna olisi siis *riskin kokemus*. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilön tulee kokea hänen nykyisen käyttäytymisensä uhkaavan hänen terveyttään jollain tapaa. Kokemus riskistä nähdään prosessin käynnistäjänä (Schwarzer 2014), joka mahdollistaa tarkemman pohdinnan uuden käyttäytymisen hyvistä ja huonoista seurauksista eli *tulosodotuksista* (Schwarzer 2008). Uudesta käyttäytymisestä on koettava olevan itselle jotain hyötyä, jotta aikomus voi muodostua (”jos lopetan tupakoinnin, minulla jää enemmän rahaa harrastaa”). Hyödyn kokemus saa puo-

lestaan henkilön pohtimaan omaa minäpystyvyyttään. Motivaatiovaiheessa se tarkoittaa henkilön omaa kokemusta siitä, onko hän kykenevä muuttamaan käyttäytymistään ja saamaan aikaan odotettuja hyviä seurauksia (Schwarzer 2008). Hänen tulee siis uskoa itseensä ja omiin mahdollisuuksiinsa muuttaa käyttäytymistään (”minä pystyn siihen”). Riskin kokemuksen, positiivisten tulosodotusten sekä minäpystyvyyden kautta muodostuu *aikomus* käyttäytymisen muutokseen ja siihen liittyvät tavoitteet (”aion harrastaa enemmän liikuntaa” ”tavoitteeni on lisätä kasvisten syömistä”) (Schwarzer 2008).

Mallin toimintavaiheessa aikomuksen muodostumiseen liittyvät tekijät eivät enää ole kovinkaan merkityksellisiä (Luszczynska & Schwarzer 2003), vaan keskeistä ovat itsesäätelytaidot eli oman toiminnan suunnittelu ja seuranta. Suunnittelu on mallin mukaan kaksiosainen. *Toimintasuunnittelu* tarkoittaa konkreettista suunnitelmaa siitä, mitä, missä ja milloin aikomuksen mukaista käyttäytymistä toteutetaan (Schwarzer 2008). *Repsahdussuunnittelussa* taas tarkoituksena on tunnistaa mahdolliset esteet uuden käyttäytymisen toteuttamiselle, suunnitella strategioita niiden voittamiseksi sekä suunnitella selviytymiskeinoja repsahduksen varalle (Schwarzer 2008). Näiden suunnitelmien kautta aikomus muuttuu toiminnaksi. Toiminta ei kuitenkaan ole stabiilia, vaan siinä vuorottelevat toiminnan aloitus, ylläpito ja repsahdukset (Schwarzer 2008). Keskeistä käyttäytymisen ylläpitämisessä onkin oman toiminnan kontrolli seuraamalla ja arvioimalla omaa käyttäytymistä (Schwarzer ym. 2011). Pelkkä suunnitelmien tekeminen ei riitä uuden käyttäytymisen ylläpitämiseen, vaan sen eteen on ponnisteltava ja suunnitelmien toteutumista on seurattava.

Schwarzerin ym. (2008) mukaan toimintavaiheeseen sisältyy kahdenlaista minäpystyvyyttä: käyttäytymisen ylläpitoa koskeva minäpystvyys sekä repsahduksista selviämiseen liittyvä minäpystvyys. *Käyttäytymisen ylläpitoon liittyvä minäpystvyys* on henkilön uskomus kyvystään kohdata esteitä keksimällä uusia tapoja niiden ylittämiseksi. Se liittyy vahvasti sinnikkyyteen ja vaikuttaa sekä suunnitelmien laatimiseen että itse toimintaan. *Repsahduksista selviämistä koskeva minäpystvyys* taas liittyy epäonnistumisen tilanteisiin, kun estettä ei olekaan onnistuttu voittamaan. Tällöin vahvan pystyvyyden tunteen omaava ihminen kykenee palauttamaan uskon itseensä, kontrolloimaan epäonnistumisen seuraukset ja olemaan syyttämättä itseään (Schwarzer 2008).

Malliin kuuluvat myös tilanne- ja ympäristötekijät eli *esteet ja resurssit*, jotka voivat joko helpottaa tai vaikeuttaa omien aikomusten ja suunnitelmien mukaista toimintaa (Schwarzer 2014).

Mallissa näitä tekijöitä ei kuitenkaan ole käsitelty syvällisesti. Schwarzer (2014) nostaa esiin ympäristötekijöistä erityisesti *sosiaalisen tuen* tärkeyden muutokselle. Sen puute voi olla este muuttaa käyttäytymistä ja toisaalta sosiaalinen tuki voi olla resurssi, jonka avulla käyttäytymisen muutos on helpompi toteuttaa (Schwarzer ym. 2011). Alustavaa näyttöä sosiaalisen tuen merkityksestä on esimerkiksi lihavuuden hoidossa (Scholz ym. 2013).

Schwarzerin ym. (2011) mukaan interventioiden suunnittelussa tulisi ottaa huomioon, missä vaiheessa muutosta ihmiset ovat ja räätälöidä intervention sisältö sen mukaan. Mallin mukaisesti ihmiset voidaan jakaa kolmeen ryhmään: motivaatiovaiheessa oleviin eli niihin, joilla ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään, sekä toimintavaiheessa niihin, jotka aikovat muuttaa käyttäytymistään mutta eivät vielä toimi, sekä niihin, jotka jo aktiivisesti muuttavat käyttäytymistään (Schwarzer ym. 2011).

Mallin vahvuudeksi voidaan lukea pyrkimys aikomuksen ja käyttäytymisen välisen kuilun selittämiseen. Lisäksi keskeistä on minäpystyvyyden keskeinen asema ja sen erilaisten osa-alueiden tunnistaminen. Vaikka mallissa on huomioitu esteet ja resurssit, siinä on kuitenkin puutteita ihmisten välisten suhteiden ja ympäristön rakenteellisten tekijöiden huomioon ottamisessa. Nämä näkyvät mallissa lähinnä maininnan tasolla ja lisätutkimusta tarvitaan, jotta ne voidaan huomioida mallissa entistä yksilöidymmin.

Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallille on paljon empiiristä tukea – sen eri osien on todettu olevan yhteydessä toisiinsa ja sitä on myös käytetty erilaisten interventioiden suunnittelussa. Kuitenkaan tutkimusta, jossa mallia olisi sovellettu tai testattu ylipainoisilla lapsilla, ei tiedonhaussa löytynyt. Ylipäätään perheen kontekstissa sitä on sovellettu vain hieman.

Linin ym. (2017) RCT-tutkimuksessa mallia sovellettiin interventiossa käytetyn työkirjan suunnitteluun. Intervention tarkoituksena oli lisätä nuorten hedelmien ja kasvien syöntiä ja siinä olivat mukana myös nuorten äidit. Intervention työkirja seurasi hyvin tarkkaan mallin vaiheita ja sisälsi monipuolisesti tehtäviä niin aikomuksen lisäämiseksi kuin toimintavaiheen konstruktioiden tukemiseen. Interventiolla myös pystyttiin vaikuttamaan laajasti mallin konstruktioihin ja sitä kautta myös käyttäytymiseen. Hamilton ym. (2017; 2018) puolestaan tarkastelivat mallin selityskykyä perheen kontekstissa eli sitä, kuinka suuren osan käyttäytymisen vaihtelusta malli selittää. Tutkimuksissa havaitut polut selittivät käyttäytymisen vaihtelusta jopa kolme neljäsosaa, mutta vähimmillään selityskyky oli alle viidesosan (taulukko 3). Malli selitti parhaiten

vaihtelua hampaidenpesun valvonnassa. Tämä saattaa johtua siitä, että tutkimuksessa oli huomioitu lähes kaikki toimintavaiheen käsitteet, kun taas ruokavaliota koskevissa tutkimuksissa oli huomioitu vain toiminta- ja repsahdussuunnittelu.

TAULUKKO 3. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallin kyky selittää käyttäytymisen vaihtelua perheitä koskevissa tutkimuksissa.

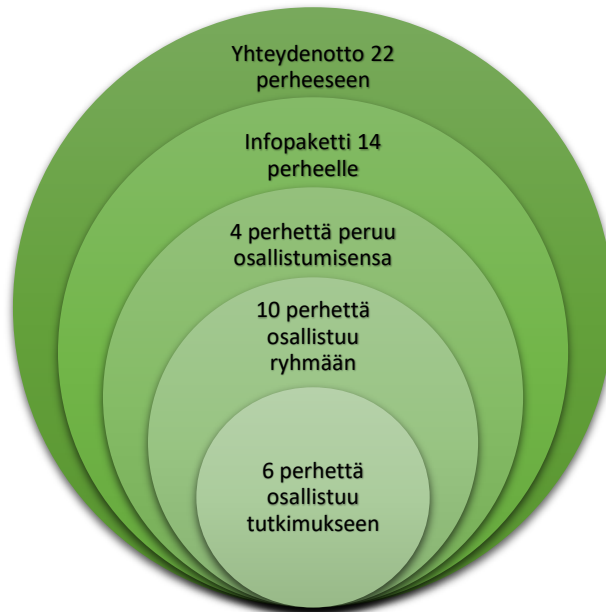
Viite	Tavoiteltu käyttäytyminen	Käyttäytymisen muutoksen polku	Polun selityskyky käyttäytymisen vaihtelusta, %
Hamilton ym. 2017	Lasten herkkujen syönnin rajoittaminen	Aikomus → käyttäytyminen	19
Hamilton ym. 2017	Lapsen terveellinen ruokavalio	Aikomus → toimintasuunnittelu → repsahdussuunnittelu → käyttäytyminen + Aikomus → käyttäytyminen	26
Hamilton ym. 2018	Lasten hampaidenpesun valvonta	Aikomus → toimintasuunnittelu & minäpystyvyys → toiminnan kontrolli → käyttäytyminen	74

3.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin intervention ohjaajilta ja siihen osallistuneilta perheiltä. Tutkitaviksi rekrytoitiin kaikki intervention ohjaajat eli kaksi terveydenhoitajaa, ravitsemusterapeutti sekä psykologi. Tiedote tutkimuksesta ja suostumuslomake toimitettiin ohjaajille ryhmän loppupalaverin yhteydessä toukokuussa 2018. Liikunnanohjaajaopiskelijoita ei rekrytoitu, koska tutkimus haluttiin kohdistaa vanhempiin ja liikunnanohjaajat olivat vastuussa lähinnä lasten liikunnasta.

Tutkimukseen pyrittiin rekrytoimaan kaikki ryhmään osallistuvat perheet, mutta siinä ei onnistuttu. Terveystoimittajat ottivat yhteyttä 22:een jonotuslistalla olevaan perheeseen (kuva 13). Näistä perheistä 14 lupautui osallistumaan interventioon, ja heille lähetettiin infopaketti postitse joulukuussa 2017. Infopaketissa oli tietoa interventiosta yleisesti sekä tutkimukseen liittyen saatekirje, tiedote, suostumuslomake, kyselylomakkeet sekä päiväkirja. Ennen intervention al-

kua neljä perhettä kuitenkin perui osallistumisensa, joten lopulta interventioon osallistui 10 perhettä. Perheet palauttivat suostumuslomakkeet ensimmäisellä tapaamiskerralla (tammikuu 2018), ja samalla tutkija antoi perheille lisää tietoa tutkimuksesta. Lopulta kuusi perhettä antoi suostumuksensa ja osallistui tutkimukseen.



KUVA 13. Ryhmään osallistuvien perheiden ja tutkittavien rekrytointi

Tutkimukseen osallistuneet perheet olivat aktiivisia ryhmään osallistujia. Yksi osallistuvista perheistä oli poissa kahdelta kerralta ja muut perheet olivat poissa enintään yhdeltä kerralta. Puolessa näistä perheistä vain äiti osallistui ryhmään ja puolessa isä oli mukana silloin tällöin joko äidin kanssa yhdessä tai vuorotellen.

Tutkimuksen aineistona olivat perheiden kirjoittama päiväkirjamateriaali sekä perheiden ja ohjaajien haastattelut. Tutkittavat kirjoittivat päiväkirjaan odotuksistaan jo ennen ryhmätoiminnan alkua (tammikuu 2018). Suurin osa kirjoitettiin kuitenkin ryhmätoiminnan aikana (tammi-maaliskuu 2018) siten, että uusi teksti kirjoitettiin aina jokaisen tapaamisen jälkeisellä viikolla. Haastattelut toteutettiin kolme kuukautta ryhmän jälkeen (touko-kesäkuu 2018) joko kasvotusten tai puhelimitse. Kolme perheistä lupautui päiväkirjan lisäksi puhelinhaastatteluun. Näin ollen aineiston muodostivat neljän ohjaajan haastattelut, kuusi perheiden kirjoittamaa päiväkirjaa sekä kolmen perheen haastattelut.

Päiväkirjan kirjoittamista varten luotiin tyhjä työkirja-tyyppinen pohja ryhmätoiminnan rakenteen mukaisesti. Päiväkirjan luomisessa konsultoitiiin Sydänliittoa ja heidän korjausehdotuksensa otettiin huomioon lopullisessa versiossa. Tutkittavia ohjeistettiin kirjoittamaan päiväkirjaa aina ryhmätapaamisten jälkeen sekä kerran ennen ensimmäistä tapaamiskertaa. Koska interventiossa on tärkeää koko perheen mukanaolo, päiväkirjassa huomioitiin myös perheen lapset. Lapsilla oli jokaisen päiväkirjasivun yhteydessä oma nurkka, johon he saivat kirjoittaa tai piirtää esimerkiksi mikä oli parasta tai hauskinta tapaamisessa.

Päiväkirjalla oli aineistonkeruun lisäksi myös elintapamuutosta tukeva funktio. Sen keskeisinä sisältöinä olivat tavoitteiden asettelu ja tavoitteisiin liittyvien prosessien sekä oman arkielämän reflektointi. Oman toiminnan reflektointiin kannustettiin ohjaavilla kysymyksillä, jotka liittyivät kunkin tapaamisen sisältöihin, tavoitteiden toteuttamiseen sekä tapaamisten hyödyllisyyteen perheelle (esim. *”Mikä motivoi perhettänne kokeilemaan uusia juttuja?”* *”Mitä teitte yhdessä perheen kanssa saavuttaaksenne viikkotavoitteenne?”*). Kysymysten tarkoituksena oli ohjata perheiden kirjoittamista siten, että saataisiin tietoa intervention merkityksestä ja perheiden muutosprosesseista. Tavoitteiden asettelu tehtiin päiväkirjassa kaksivaiheisesti. Alkuvuolle perheille jätettiin tilaa oman muutostavoitteen kirjaamiselle, mutta lisäksi perheiden tuli asettaa pienempiä viikkotavoitteita jokaisen tapaamiskerran yhteydessä. Tutkimuksen mukaan sekä lyhyt- että pitkäaikaisten tavoitteiden asettelu on suositeltavaa ja saattaa parantaa sitoutumista muutokseen (Shilts ym. 2004).

Perheiden ja ohjaajien haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina haastatteluina kolme kuukautta ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen (touko-kesäkuu 2018). Haastattelut nauhoitettiin. Tarkoituksena oli haastatella kaikki ohjaajat kasvotusten ryhmässä, mutta koska tämä ei ollut mahdollista, haastateltiin kaksi ohjaajista puhelimitse. Kaikki perheet haastateltiin puhelimitse. Perheiden haastatteluissa kysymykset rakentuivat intervention sisältöjen sekä perheen oman tilanteen ympärille. Ohjaajien haastattelussa painottui intervention suunnitteluprosessi, käytännön toteutus sekä ryhmän arviointi. Haastattelurungot ovat liitteenä (liite 1). Koska tarkoituksena oli selvittää hyvän intervention piirteitä, pyrittiin haastattelussa käymään läpi intervention olennaiset osa-alueet siten, että perheet ja ohjaajat saisivat kertoa jokaisesta oman näkemyksensä. Haastattelussa pyrittiin esittämään paljon lisäkysymyksiä ja tarkennuksia, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin ja haastateltavien kokemus tulisi esiin kokonaisvaltaisesti.

3.4 Aineiston kvalitatiivinen sisällönanalyysi

Analyysimenetelmäksi valittiin laadullinen sisällönanalyysi, koska haluttiin systemaattisella tavalla tuoda esiin kertojien kokemat merkitykset. Sisällönanalyysin avulla pyritään tiivistämään ja selkeyttämään aineistoa (Tuomi & Sarajärvi 2017). Se auttaa keskittymään aineistossa vain tiettyyn osaan (Schreier 2012, 3–4).

Aineistolähtöisessä analyysissä kaikki aiemmista havainnoista ja teoriasta saatu tieto pyritään jättämään analyysivaiheessa ulkopuolelle (Tuomi & Sarajärvi 2017). Siksi kirjoitin ennen analyysin aloittamista ylös ennakkoajatuksia siitä, millaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin odotan. Näin tulin tietoisemmaksi omista ennakko-oletuksistani ja tiedoistani ja pystyin sivuuttamaan ne analyysivaiheessa paremmin.

Analyysi seurasi Tuomen & Sarajärven (2017) aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita. Esimerkki analyysin etenemisestä on esitetty kuvassa 14. Kaikki haastattelut ja päiväkirjatekstit litteroitiin yksitellen. Tässä vaiheessa jokaiselle perheelle ja ohjaajalle annettiin numero, jotta anonymiteetti säilyisi (P1, P2... / O1, O2...). Ohjaajien aineiston koko oli 18 sivua, jossa fonttina oli Times New Roman fonttikoossa 12 ja rivivälillä 1,15. Perheiden haastattelu- ja päiväkirjamateriaali yhdistettiin, eikä niitä eroteltu analyysissä. Perheiden aineiston koko oli 17 sivua samoilla asetuksilla, josta päiväkirjamateriaalia oli yhdeksän sivua ja haastattelumateriaalia kahdeksan sivua. Koko aineisto luettiin läpi kolmeen kertaan, jonka jälkeen siitä etsittiin tutkimuskysymysten kannalta olennaiset ilmaukset. Sen jälkeen nämä ilmaukset pelkistettiin. Pelkistyksessä pyrittiin tiivistämään sanottu merkitys kadottamatta laadullisuutta. Ohjaajien osalta pelkistettyjä ilmauksia kertyi 208 kappaletta ja perheiden osalta 178 kappaletta. Pelkistetyt ilmaukset koodattiin. Kuhunkin koodiin merkittiin ilmauksen toteaja (P1, P2... / O1, O2...) sekä ilmauksen numero aineistossa ilmenemisjärjestyksen mukaisesti. Ennen pelkistettyjen ilmausten luokittelua, tehtiin osasta materiaalia uudelleen pelkistäminen. Sekä perheiden että ohjaajien materiaalista valittiin sattumanvaraisesti katkelmat, jotka pelkistettiin uudelleen. Alkuperäisen ja uudelleen pelkistämisen ilmauksia verrattiin keskenään reliabiliteetin varmistamiseksi. Tässä uudelleen pelkistämisessä ilmeni eroja sanamuodoissa, mutta pelkistettyjen ilmausten merkityssisältö oli samanlainen molemmilla pelkistämiskerroilla.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"no se että ne kerrat ku lasten kanssa ollaan oltu yhdessä ni ne on ollu sillee niinku mukavia" [P2.H16]	Lasten kanssa yhdessäolo mukavaa [P2.H16]	Lapsen kanssa yhdessäolo mukavaa	Yhdessäolo ja liikkuminen lapsen kanssa tärkeää
"Muksun kanssa kivaa" [P1.H2]	Kivaa yhdessä lapsen kanssa [P1.H2]		
"Kiva oli liikkua ja leikkiä yhdessä. Palloleikki oli kiva!" [P4.P9]	Yhdessä leikkiminen ja liikkuminen kivaa [P4.P9]	Lapsen kanssa liikkuminen ja leikkiminen mukavaa	
"No kyllä ehkä parhaimpia tapaamisia oli, ni oli se vanhempien ja lapsien yhteiset liikuntahetket, ne jäi mieleen" [P3.H18]	Yhteiset liikuntakerrat mieleenpainuvimpia tapaamisia [P3.H18]		
"ja semmonen että antaa et ehtisi antaa vanhempien niinku enempiin puhua itse. Jotenkin joutuu vähä niinku rajottamaan ja tavallaan tuomaan sitä asiaa" [O2.3]	Keskustelua rajoitettava, koska asiaa on paljon [O2.3]	Tiedonannon ja keskustelun välillä tasapainoilu	
"onhan se tavallaan just se et tietoo pitää antaa mutta sillee että he ei koe että se on tykitystä" [O1.82]	Tasapainoilu tiedonannon määrässä [O1.82]		
"toisaalta mä mietin et helpottaako se myös niinku tavallaan että jos siinä kulkis samat vetäjät vähä niinku koko aikaa alusta loppuun että mietin et onks aina hankalampi ku siihen tulee yhdellä kerralla joku täysin ulkopuolinen tyyppi ja sit sun pitäis sen kans ruveta jotenki niinku miettimää ehkä henkilökohtasiaki asioita" [O3.29]	Samat ohjaajat joka kerta, koska uuden vetäjän kanssa hankalampi jakaa asioita [O3.29]	Samojen ihmisten käyminen tapaamisissa koetaan tärkeäksi	Ryhmän yhteenkuuluvuus ja keskustelu
"Kyl se mäkin nään et jos vaihtuu paljon porukka et tuleekin nyt isä tai. On se tosi erityyppinen kerta" [O1.81]	Ihmisten vaihtuvuus hankaloittaa [O1.81]		

KUVA 14. Esimerkki analyysin etenemisestä perheiden ja ohjaajien aineistoista. Ilmauksen koodin ensimmäinen osa kertoo puhujan ja toinen osa ilmenemisjärjestyksen haastattelussa tai päiväkirjassa.

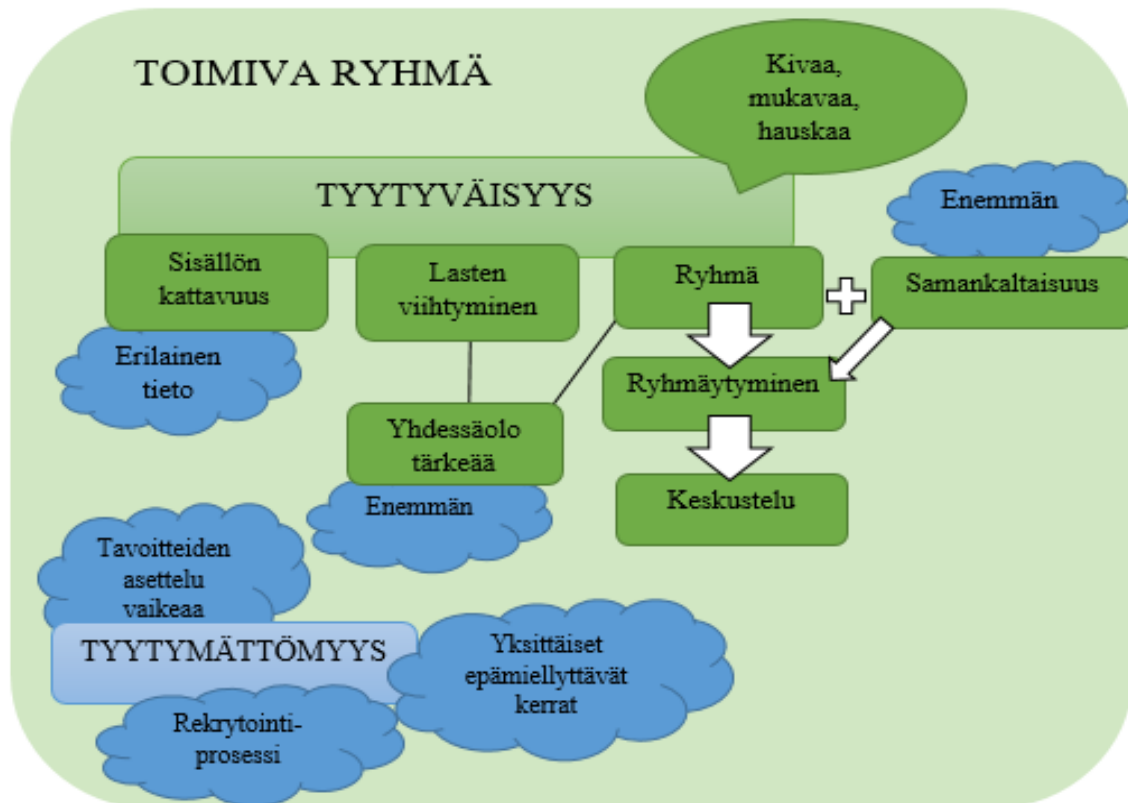
Pelkistettyjä ilmauksia tarkasteltiin, ja niiden eroavaisuuksien ja samankaltaisuuksien pohjalta muodostettiin alaluokat. Alaluokkia kertyi perheiden osalta 39 ja ohjaajien osalta 45. Alaluokat nimettiin, mutta luokkien nimet myös muokkaantuivat analyysin edetessä. Samalla tavalla alaluokat yhdisteltiin yläluokiksi ja edelleen pääluokiksi, ja myös nämä luokat nimettiin. Yläluokkia syntyi analyysissä perheiden osalta 12 ja ohjaajien osalta 15 kappaletta. Perheiden 12 yläluokkaa jaettiin kahteen pääluokkaan ja ohjaajien 15 yläluokkaa kolmeen pääluokkaan. Alaluokista, yläluokista ja ne kokoavista pääluokista muodostettiin analyysikehys (liite 2).

3.5 Tulokset

Tässä tulososiossa käsitellään sekä interventioon osallistuneiden perheiden että sen ohjaajien käsityksiä siitä, millainen on hyvä interventio. Ensimmäiset kaksi alalukua kuvaavat, millainen perheiden kokemus interventiosta oli ja millaiset asiat he kokivat hyviksi. Seuraavat kolme alalukua puolestaan kuvaavat ohjaajien esiin tuomia haasteita ja tärkeitä tekijöitä intervention suunnittelussa ja toteutuksessa. Tulokset on ryhmitelty muodostuneiden pääluokkien mukaisesti. Perheiden osalta pääluokat ovat: toimiva ryhmä ja ryhmän anti. Ohjaajien osalta puolestaan pääluokat ovat: intervention suunnittelu, mahdollistaminen ja kehittäminen, intervention ohjaaminen sekä perheiden tilanne ja toiminta.

3.5.1 Perheet – toimiva ryhmä

Perheet kuvasivat intervention toimivia piirteitä sekä kertoivat kokemuksistaan ryhmästä. Pääasiassa ryhmä koettiin toimivana, mutta perheet toivat esiin myös kehittämiskohteita ja tekijöitä, jotka eivät heidän näkökulmastaan olleet toimivia. Näiden toimimattomien tekijöiden kautta perheet kuvasivat, millainen intervention tulisi olla ollakseen toimiva. Kuva 15 esittää havainnollisesti perheiden kuvaamia tekijöitä intervention toimivista piirteistä sekä tekijöistä, jotka olisivat tehneet interventiosta entistä toimivamman.



KUVA 15. Toimiva ryhmä perheiden kuvaamana.

Hyvä kokonaisuus. Perheet kokivat intervention kokonaisuutena hyväksi ja positiiviseksi kokemukseksi. Interventioon oltiin tyytyväisiä ja tapaamiset koettiin pääasiassa mukavina. Interventiotia kuvattiin myös hyödylliseksi ja hyödyllisiksi piirteiksi mainittiin esimerkiksi sen tarjoama säännöllinen liikunta lapselle ja oma aika itselle. Myös intervention rentous nähtiin positiivisenä piirteenä.

Lasten viihtyminen. Perheille oli tärkeää, että lapset ja mahdolliset sisarukset pitivät ryhmästä ja viihtyivät tapaamisissa. Lapset liikkuvat interventiossa joka viikko sillä välin, kun vanhemmilla oli ohjausta, sekä kaksi kertaa yhdessä vanhempiensa kanssa. Perheet toivat esiin lasten pitäneen liikkumisesta ryhmässä, ja lapset kokivat liikkumisen hauskaksi. Lasten kuvattiin olleen innoissaan ja kiinnostuneita ryhmästä. Ryhmä oli lapsille jopa kohokohta. Lapsen kokemusta interventiosta kuvattiin monipuolisemmilla sanavalinnoilla kuin aikuisten kokemusta.

Yhdessäolo ja liikkuminen lapsen kanssa. Interventiossa oli kaksi tapaamista, jolloin perheet liikkuvat yhdessä, tapaamisissa oli pieniä yhteisiä leikkihetkiä. Lisäksi viimeinen tapaaminen vietettiin pääasiassa yhdessä. Yhdessäolo koettiin mukavaksi ja tärkeäksi. Perheet kuvasivat

sekä yhdessäoloa yleisesti että yhdessä liikkumista erikseen. Intervention antamat mahdollisuudet viettää mukavaa aikaa yhdessä lapsen kanssa koettiin tärkeäksi, ja yhdessä liikkumista lapsen kanssa kuvattiin kivaksi, hauskaksi ja mukavaksi. Osa perheistä myös toi esiin yhdessä liikkumisen intervention parhaimpana sisältönä ja sitä toivottiin jopa lisää. Yhdessä liikkuminen tarjosi perheille positiivisia kokemuksia.

”Parasta oli kaupunkisota, äiti sekä lapsi tykkäs. Hauskaa liikkua yhdessä.” (perhe 1)

”Kivaa oli liikkua ja leikkiä yhdessä.” (perhe 4)

Ryhmän jäsenet. Perheiden kokemus ryhmän jäsenistä oli positiivinen. Ryhmä kokonaisuutena ja sen jäsenet koettiin mukaviksi ja kivoiksi. Myös ohjaajien ja osallistujien tapaaminen oli perheistä mukavaa. Perheet nostivat esiin positiiviset kokemuksensa samankaltaisuudesta muiden osallistujien kanssa. Samankaltaisuus nähtiin hyödyllisenä ryhmän kannalta. Samanlaiset kokemukset, ajatukset ja elämäntilanne lisäsivät perheiden mukaan ryhmän henkeä ja ryhmäytymistä.

”Ensimmäinen tapaaminen oli hyvä, oli kiva tutustua vetäjiin sekä muihin vanhempiin ja oli mukava huomata että samoilla fiiliksillä liikkui muutkin -- Samoja kysymyksiä, ja ajatuksia heräsi.” (perhe 3)

Kuitenkin tuotiin esiin myös kokemus siitä, etteivät ryhmän jäsenet olleet riittävän samankaltaisia keskenään. Tämän vuoksi yksinhuoltajille toivottiin omaa ryhmää, jolloin kokemukset ja elämäntilanne olisivat samankaltaisempia.

Ryhmän toiminta. Sen lisäksi, että vanhemmat kokivat lastensa kanssa yhdessäolon tärkeäksi, nostettiin esiin myös ryhmän aikuisten kanssa yhdessäolo. Kaikkien osallistuminen ja yhdessäolo olivat perheistä mukavaa. Perheet toivat esiin toiveensa vertaistuesta elintapamuutokseen ja terveellisen käyttäytymiseen jo ennen intervention alkamista. Myös intervention jälkeen perheet nostivat esiin keskustelun myötä saatavan ajatustenvaihdon ja vertaistuen. Tältä osin perheiden toiveet siis täyttyivät. Keskustelu muiden osallistujien kanssa kuvattiin tärkeäksi osaksi interventiota. Se nostettiin esiin jopa tapaamisen parhaimpana sisältönä. Muiden kanssa haluttiin keskustella, mutta sitä edeltävänä vaiheena tärkeäksi koettiin ryhmäytyminen, jotta omia

asioita uskaltaisi jakaa. Luottamuksen syntymistä, ryhmäytymistä ja sitä kautta avointa keskustelua auttaisi perheiden mukaan samojen vanhempien osallistuminen kaikkiin tapaamisiin. Perheet kokivat haastavana, kun ryhmän koostumus vaihteli kerrasta toiseen.

Ryhmän asiasisältö. Vaikka perheet pitivät ryhmää hyvänä kokemuksena ja tapaamisia pääasiassa mukavina, tuotiin esiin kuitenkin yksittäisiä kertoja, jotka koettiin epämiellyttäväksi. Perheiden omista näkemyksistä tai elämäntilanteista johtuen koettiin osa tapaamisista sopimattomina, mikä herätti voimakkaita negatiivisia tunteita.

”...lähinnä mulla itellä tunteet sai kiehumaan se ravintoterapeutin kans keskustelu -- Mulla vaan soi päässä semmonen kauhee ei ei, ku meillä ei syödä tämmöstä” (perhe 2)

Mahdollisuutta harrastaa itse liikuntaa kuvattiin positiiviseen sävyyn ja liikkuminen huomauttamatta leikkien kautta koettiin mukavaksi. Myös ravitsemusasioiden monipuolinen käsittely koettiin tärkeäksi. Perheet tosin kokivat, että heillä oli jo tiedossa ravitsemukseen liittyvät asiat, mutta kuitenkin niiden kertaaminen koettiin hyödylliseksi. Toisaalta myös vaihtoehtoisia ravitsemusohjeita toivottiin sekä tiedonannon laajentamista koskemaan terveellisten elintapojen sijaan sitä, millaiset asiat vaikuttavat elintapojen muodostumiseen. Intervention asiasisältö kokonaisuudessaan koettiin kuitenkin kattavaksi ja ryhmää kuvattiin syväluotaavaksi.

”Kyl mä niinku sen koen, että tai ei kyl osaa ees kaivatakaan mitään sillee [lisää], ku jotenki tuntu vaan sillee, että no se oli siinä ja mä sain sen mitä hainki sitte ja et se oli niinku sit tarpeeks” (perhe 3)

Ryhmän piirteet. Ryhmän yleiset piirteet koettiin pääosin hyväksi. Ryhmän kesto koettiin sopivaksi ja ryhmän ohjaajia kuvattiin hyväksi ja mukaviksi. Tavoitteiden asettaminen nähtiin tärkeänä muutoksen saavuttamiselle, mutta niiden keksiminen koettiin haastavaksi. Tavoitteiden asettamiseen kaivattiinkin enemmän tukea. Perheet toivat esiin, että tavoitteiden asettaminen voisi tapahtua ryhmässä ohjatumminkin ja siihen voisi käyttää enemmän aikaa. Myös ryhmässä käytetyistä materiaaleista pidettiin. Esimerkiksi ravitsemusterapeutin jakamat materiaalit koettiin hyödyllisiksi. Kuitenkin tuotiin esiin myös se, että materiaalia oli melko paljon. Esimerkiksi kansio, mihin koota kaikki eri laput, selkeyttäisi ja auttaisi muistamaan asiat paremmin.

Rekryointi. Rekryointi ryhmään tapahtui neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajien kautta. Perheet toivatkin esiin ammattilaisen suosituksen olleen pääasiallinen syy ryhmään osallistumiselle. Perheet kuvasivat kuitenkin useita rekryointiin liittyviä ongelmia. Jonotusaika ryhmään koettiin liian pitkäksi, koska jonotusaikana ryhmä ehtii unohtua ja lapsen painoon puuttuminen vaatisi ripeämpää toimintaa. Perheet kokivat, ettei heille ollut ryhmän alkaessa selvää, mistä ryhmässä oikein on kyse. Ryhmästä kaivattiin enemmän tietoa etukäteen, jotta ryhmän sisältö ja tarkoitus olisivat selviä.

”Ku mulle soitettiin ni mä oli jo kerenny oikeestaan unohtaa sen, et meitä on mihinkää listalle laitettukaan -- ehkä se vois olla sillee niinku ripeempi se prosessi ku jos miettii et menee kuitenkin yli vuos. Kuitenkin jos puhutaan lapsen painoon liittyvistä asioista.” (perhe 2)

3.5.2 Perheet – ryhmän anti omaan arkeen

Ryhmän toimivuuden lisäksi perheet erittelivät ryhmän antia, sitä, mitä he kokivat interventiosta saaneensa omaan arkeensa. Lisäksi perheet kuvasivat tekijöitä, jotka omalta osaltaan vaikeuttivat interventiosta hyötymistä. Kuvassa 16 esitetään näitä tekijöitä.



KUVA 16. Ryhmän anti perheiden arkeen perheiden kuvaamana.

Tiedon ja vinkkien saaminen. Ryhmän suurin anti koettiin tulleen tiedon ja vinkkien muodossa. Jo ennen ryhmää, perheet odottivat ja toivoivat ryhmältä vinkkejä ja ideoita omaan arkeensa. Arjen läheisyys näkyi toiveissa hyvin vahvasti ja erityisesti tuotiin esiin arkiruokaan ja syömiseen liittyvät vinkit. Intervention päätteeksi perheet kuvasivatkin saaneensa paljon tietoa ja vinkkejä interventiosta. Perheet nostivat esiin erityisesti oppineensa ryhmästä uusia leikkejä ja reseptejä sekä saaneensa vinkkejä ruokaan. Kuitenkin koettiin, että lapsen tietoihin olisi voinut kiinnittää enemmänkin huomiota lisäämällä konkreettista ja opettavaista tekemistä interventi-oon.

”...just niitä neuvoja ja hyviä just ideoita ja semmosta, että tietoa lisää hyvästä ja pahasta ruuasta ja just siitä liikunnan tärkeydestä” (perhe 3)

Itsetuntemus ja sosiaaliset suhteet. Perheet kuvasivat myös saaneensa tietoja itsestään ja omasta lapsestaan intervention myötä. Interventio kehitti itsetuntemusta ja ymmärrystä elintapamuutoksen tekemisestä. Intervention myötä perheet havaitsivat positiivisia asioita myös omasta lapsestaan. Perheet kuvasivat havainneensa lapsestaan positiivisia asioita ryhmässä, esimerkiksi lapsen kiinnostuksen liikuntaan sekä lapsen toiminnan ryhmässä. Oivallukset herättivät perheitä toimintaan, kuten lapsen liikunnan vahvempaan tukemiseen. Perheet toivat esiin myös intervention myötä saadut sosiaaliset suhteet arkielämässä. Toisaalta tuotiin esiin myös, ettei ryhmästä jäänyt erityisiä ystäviä. Tätä ei kuitenkaan koettu negatiivisena asiana.

Terveellisempi elämä. Perheet mainitsivat konkreettisia muutoksia elintavoissaan. Perheet kertoivat esimerkiksi ruokailun muuttuneen säännöllisemmäksi ja liikunnan lisääntyneen. Perheet olivat tehneet kukin erilaisia pieniä muutoksia. Ryhmän anniksi koettiin myös sen ”aktivoiva vaikutus”. Perheet kuvasivat esimerkiksi heränneensä tiedostamaan valintojaan ja kiinnittämään niihin enemmän huomiota. Ryhmän kuvattiin myös vahvistaneen jo opittuja tapoja. Kaikilla perheillä ei ollut tapahtunut ryhmän myötä juurikaan muutoksia elintavoissa. Perheet kuitenkin kuvasivat, että interventiosta sai myös sellaisia resursseja, jotka ovat ajankohtaisia myöhemmin. Esimerkiksi Neuvokas Perhe -sivusto ja osa aktiviteeteista ovat resursseja, joita perheet voivat hyödyntää, kun muutos on eri vaiheessa tai heillä on sille enemmän aikaa.

”Ryhmätoiminta on aktivoinut kokeilemaan uusia ja muistamaan vanhoja hyviä juttuja” (perhe 2)

Haasteita ryhmästä hyötymisessä. Perheet toivat esiin tekijöitä, minkä vuoksi he eivät pysty tekemään elintapamuutosta. Perheet toivat esiin, ettei heillä omasta halusta huolimatta välttämättä ole mahdollisuuksia terveellisten valintojen tekemiseen. Perheet eivät välttämättä olleet henkisesti valmiita muutokseen, sillä elintapamuutoksesta puhuminen aiheutti osin negatiivisia tunteita ja sai aikaan vastareaktioita ryhmälle. Lisäksi perheet kuvasivat haastavan elämäntilanteen ja sairauksien vaikeuttavan muutoksen tekemistä. Ryhmän kuvattiin vaativan sitoutumista ja voimavaroja, mitä perheillä ei välttämättä ollut.

”...mä mietin silloin ku mä siihen ilmottauduin, että jaksanko mä ees vetää sitä läpi” (perhe 1)

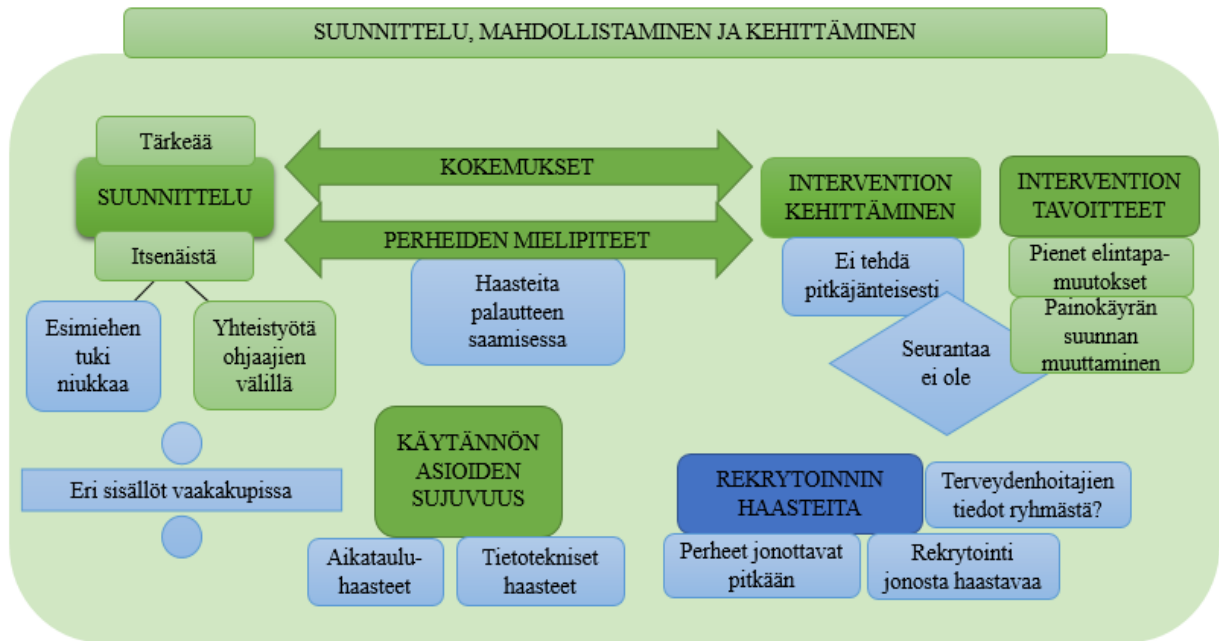
Perheet kuvasivat, ettei interventioista tai sen osa-alueista ole välttämättä jäänyt mieleen mitään erityistä. Yksittäisiä asioita interventiosta ei muisteta ja tapaamisia ei välttämättä osata kuvata. Ryhmään osallistumisesta puhuttiin rutiinina. Sen lisäksi, ettei perheille ole jäänyt mieleen paljoakaan interventiosta, perheet kuvasivat, ettei intervention tarjoamia materiaaleja ollut tullut hyödynnettyä. Perheiden panostuksen puute kertoo vähäisestä motivaatiosta ja sitoutumisesta.

”Ok tapaaminen” (perhe 6)

”Hirveesti ei oo tullu, mikäköhän se on toi mikä piti täytellä, sitä en muistanu ees täytellä” (perhe 1)

3.5.3 Ohjaajat – intervention suunnittelu, mahdollistaminen ja kehittäminen

Ohjaajat kuvasivat paljon intervention suunnitteluun, mahdollistamiseen ja kehittämiseen liittyviä asioita. Nämä asiat tapahtuivat varsinaisen elintapaohjauksen ulkopuolella ja ympärillä, mutta ovat välttämättömiä sen toteutumiseksi. Ohjaajat kokivat haasteita näihin liittyen, mutta toisaalta kuvasivat myös toimivia ja sujuvia käytäntöjä. Kuvassa 17 havainnollistetaan ohjaajien kuvaamia asioita intervention suunnitteluun, mahdollistamiseen ja kehittämiseen liittyen.



KUVA 17. Intervention suunnittelu, mahdollistaminen ja kehittäminen ohjaajien kuvaamana.

Tapaamisten suunnittelu. Ohjaajat kokivat huolellisen etukäteissuunnittelun olevan tärkeää intervention onnistumiselle. Perusrungon lisäksi varasuunnitelmia tulee olla pohdittuna etukäteen. Suunnittelussa voi kuitenkin olla haastavaa pohtia etukäteen, millaiset asiat perheille toimivat ja mitkä eivät. Ohjaajat kuvasivat tasapainoilua intervention kahden pääsisällön: ravitsemuksen ja liikunnan välillä. Myös perheiden mielipiteitä peilattiin tässä pohdinnassa. Ohjaajat kuvasivat myös valintojen tekemistä siinä, mitä asioita käsitellään. Ohjaajat toivat esiin sen, kuinka eri aihealueita tulee priorisoida ja valita tärkeimmät käsiteltäviksi tapaamisissa.

”Kyl me niit mietittiin, et mitä me halutaan, et mikä on niinku ne perusjutut, mitä me halutaan sinne – [ja] mietittiin, et jos meille jää aikaa, ni mitä otetaan sitte vielä lisäksi” (ohjaaja 1)

Ohjaajat kokivat suunnittelutyön olevan hyvin itsenäistä, mikä koettiin sekä positiivisena että negatiivisena asiana. Koska esimiehen rooli suunnittelussa koettiin pieneksi, ohjaajat saivat toteuttaa ryhmän, kuten halusivat, mutta toisaalta kokivat olevansa suunnittelussa yksin. Ohjaajat nostivat esiin, että yhteistyötä kaikkien tahojen välillä kaivattaisiin suunnittelussa enemmän. Kuitenkin kuvattiin myös tiivistä yhteistyötä ohjaajakollegan kanssa, ja tämä koettiin tärkeänä suunnittelun kannalta.

” Mun esimies se ei varmaan tiedä et mä vedän tätä ryhmää. -- Mut et tavallaan minulla on vapaat kädet sitte niinku toteuttaa näitä ryhmiä ” (ohjaaja 2)

Ohjaajat toivat esiin erilaisia lähtökohtia, mihin tapaamisten suunnittelu perustui. Oma kokemus, muiden tai aiempien ohjaajien kokemus ja perheiden kiinnostuksenkohteet kuvattiin tärkeinä lähtökohtina. Niiden lisäksi myös Neuvokas Perhe -menetelmä ja tietyt käsitteet, mainittiin suunnittelun lähtökohdiksi. Oman kokemuksen koettiin myös helpottavan suunnittelua. Ohjaajat toivat esiin, että ilman kokemusta työtä joutuu tekemään enemmän, koska ennakkotietoja ja käsitystä kokonaisuudesta ei ole. Toisaalta nostettiin esiin myös se, että kokemus voi olla myös negatiivinen tekijä ja estää uudistumista. Voi olla, että oma kokemus ryhmän vetämisestä ikään kuin kahlitsee ajattelua ja saa tekemään asiat totutulla tavalla.

Rekrytoinnin haasteet. Ohjaajat kokivat rekrytointiprosessiin liittyvän monia haasteita. Prosessi lähti liikkeelle neuvoloista ja kouluterveydenhuollosta, jossa ryhmää suositellaan kohderyhmään kuuluville perheille. Halukkaat perheet laitettiin jonoon ja intervention ajankohdan lähes työssä sitovat ilmoittautumiset kerättiin jonottavilta perheiltä puhelimitse. Ohjaajat nostivat esiin, ettei rekrytoivilla terveydenhoitajilla välttämättä ole tarpeeksi tietoa ryhmästä, minkä vuoksi myös perheiden käsitykset ryhmästä olivat vaihtelevia. Tiedonkulkua ammattilaisilla heikensi ohjaajien mukaan myös työntekijöiden suuri vaihtuvuus. Nostettiin esiin, että selkeä esitemateriaali ryhmästä voisi selkeyttää sekä perheiden että terveydenhoitajien käsityksiä ryhmästä. Perheiden tietoja ryhmästä heikensi myös pitkä jonotusaika. Ohjaajat kuvasivat, että ryhmä voi unohtua perheiltä ja jonotusaika on liian pitkä. Ohjaajien mukaan haasteita oli myös saada jonottavia perheitä sitoutumaan ryhmään ja perheille soittelu vie paljon aikaa.

Tuki muilta ammattilaisilta. Ohjaajat kokivat vuoropuhelun muiden ammattilaisten kanssa sujuvaksi. Aiemmilta ohjaajilta saatua tukea kuvattiin käytännön opastuksen muodossa ja muiden ohjaajien kanssa tarvittava vuoropuhelu toimi. Tuotiin esiin myös palaverit tärkeinä paikkoina ajatusten vaihtoa varten. Sen sijaan esimiehen tuki koettiin niukaksi. Ohjaajat kokivat, että esimies on kaukana heidän arjestaan, eikä välttämättä ole edes tietoinen ryhmän ohjaamisesta. Esimiehen tukea ja yhteydenpitoa toivottiin osaltaan lisää, mutta toisaalta tuotiin myös esiin, ettei tuen niukkuutta koettu suurena haasteena.

Käytännön asiat. Käytännön asioiden toimivuus nähtiin tärkeänä ryhmän onnistumiselle ja ohjaajat mainitsivat useita tekijöitä, jotka toimivat interventiossa hyvin. Esimerkiksi ryhmän käyttämät tilat koettiin toimiviksi. Käytännön asioissa koettiin kuitenkin myös haasteita ja ne liittyivät lähinnä tietoteknisiin järjestelmiin. Haasteita toivat myös sellaiset asiat, joihin ohjaajat eivät juurikaan pystyneet vaikuttamaan. Esimerkiksi julkisten resurssien niukkuuden kuvattiin asettavan rajoitteita ryhmälle ja toisaalta sairastumiset estivät perheiden osallistumista tapaamisiin. Myös aikataulukysymykset mainittiin haasteena ryhmään osallistumiselle. Monesti ryhmän tapaamispäivä karsi osan osallistujista, koska heillä oli päällekkäisiä menoja, kuten harrastuksia.

Ryhmän tavoitteet. Ohjaajat kokivat, että ryhmän myötä perheissä tulisi tapahtua pieniä elintapamuutoksia. Myös perheiden itse tulisi ohjaajien mukaan kokea saaneensa ryhmästä jotain. Ryhmän lopulliseksi tavoitteeksi puolestaan kuvattiin painokäyrän suunnan muuttamista alaspäin. Ohjaajat kuitenkin kokivat, ettei ole realistista olettaa tämän tapahtuvan heti. Tavoitteen toteutumisesta ei myöskään ole tietoa yleisellä tasolla, sillä tilastoja osallistuneiden lasten painokäyrästä ei ole saatavilla. Ryhmän tulosten seuranta on ohjaajien mukaan lapsen oman terveydenhoitajan vastuulla, joten seuranta on vain yksittäistä.

”...näähän ei oo tavallaan poimittavissa, et vaikka kolmen vuoden päästä, et eroaaks näähän lapset, ketkä on käynyt tän ryhmän, ni näistä lapsista, jotka ei oo käynyt. Yksittäisen lapsen kohdalla sit pystyy toki millon vaan” (ohjaaja 2)

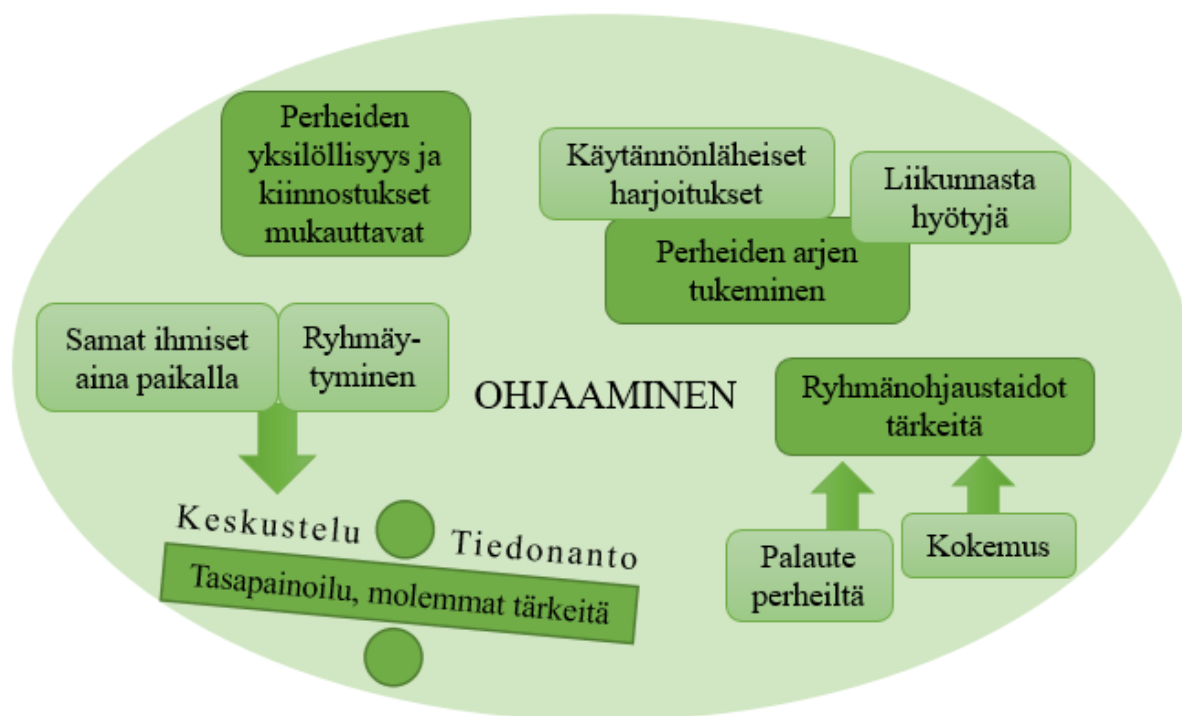
Ryhmän kehittäminen. Ryhmän kehittäminen sisällöllisesti ja haasteisiin vastaaminen koettiin tärkeäksi. Kuitenkin ohjaajat kuvasivat, ettei pitkäjänteistä kehittämistyötä tällä hetkellä juuri tehdä. Vaikka haasteista keskusteltiin, ei pitkäjänteinen kehittäminen ohjaajien mukaan ole mahdollista näiden tapaamisten puitteissa. Ohjaajat toivat esiin, ettei ryhmää ole kirjattu palveluvalikkoon ja ryhmän käynnistäminen on riippuvaista esimiesten aktiivisuudesta. Vaarana siis on, että esimerkiksi esimiesten vaihtuessa ryhmää ei enää pidetä, koska sillä ei ole virallista asemaa hoitomuotojen joukossa. Ohjaajat kuvasivat vanhempien mielipiteen olevan tärkeää ryhmän muokkaamisessa ja kehittämisessä. Perheiden antama palaute otetaan huomioon ja ryhmää muokataan annetun palautteen mukaan. Muutostarpeiden nähtiin nousevan vanhempien mielipiteistä ja kiinnostuksista. Lisäksi muiden ohjaajien näkemykset ja kokemukset sekä keskustelu niistä auttaisivat ohjaajien mukaan kehittämään toimintaa.

”Mutta mikä se porukka pitäis olla jos ihan tätä sisältöä tai menetelmiä ja miten niitä tavoitteita ja motivointia ni se pitäis olla kyllä oma, niinku erilliset tapaamiset tai tämmöset kokoontumiset sitte vielä” (ohjaaja 2)

Palaute perheiltä. Perheiltä saatava palaute koettiin tärkeäksi, mutta sen saamisessa kuvattiin kuitenkin olevan monia haasteita. Kerätyistä palautelomakkeista saatuja vastauksia kuvattiin pintapuolisiksi, eikä kehittämiskohteita tuotu esiin. Myös vaihtoehtoisia palautteen keruutapoja nostettiin esiin, mutta niihinkin koettiin liittyvän omia haasteitaan. Intervention jälkeen järjestettiin vapaamuotoinen tapaaminen, ja ohjaajat kokivat tämän tapaamisen hedelmälliseksi palautteen saamisen kannalta. Ohjaajat kokivat, että palautetta tuli enemmän keskustellen rennosti, kun ryhmästä on jo kulunut hieman aikaa. Haasteena tässä kuitenkin oli se, että vain pari perhettä osallistui tapaamiseen.

3.5.4 Ohjaajat – intervention ohjaaminen

Ohjaajat kuvasivat ohjaukseen ja ohjaustilanteeseen liittyviä tärkeitä tekijöitä. Kuvaan 18 on koottu olennaisimmat ohjaajien esiintuomat tekijät intervention ohjaustilanteesta.



KUVA 18. Intervention ohjaaminen ohjaajien kuvaamana.

Ohjaajien osaaminen. Ohjaajat toivat esiin omasta osaamisestaan erityisesti ryhmänohjaustaidot, eikä muuta osaamista juuri pohdittu. Ohjaamistaitojen lähteeksi kuvattiin lisäkoulutuksia sekä kokemusta työssä, mutta osin ne koettiin myös puutteellisiksi. Ohjaajat kokivat, että rakentava palaute perheiltä sekä kokemuksen karttuminen olisivat tärkeitä taitojen kehittymiselle.

”...oltais toivottu semmosta tavallaan niinku rakentavaa palautetta, miten me niinku vetäjinä oltais voitu tehdä toisin” (ohjaaja 4)

Yhteenkuuluvuus ja keskustelu. Ohjaajat kokivat keskusteluun kannustamisen ja sen herättämisen tärkeäksi ohjaamisessa. Toisaalta tiedonantokin koettiin tärkeäksi, joten ohjaajat kokivat joutuvansa tasapainoilemaan keskustelun ja tiedonannon välillä. Ohjaajat kokivat epävarmuutta keskustelun ja asiasisällön oikeasta suhteesta, mutta toivat esiin myös sen, että keskustelua on tiedonantoa enemmän. He kuvasivat kuitenkin, että asiaa on niin paljon, että keskustelulle on vaikeaa saada aikaa. Toisaalta liika tietokin voi aiheuttaa ohjaajien mukaan vastareaktioita.

”... kyl mun tavote olis ollu saada ne ihmiset keskustelemaan” (ohjaaja 3)

”...tietoo pitää antaa mutta sillee että he ei koe että se on tykitystä” (ohjaaja 1)

Aktiiviselle keskustelulle tärkeäksi koettiin se, että ryhmä luottaa toinen toisiinsa ja ryhmäytyy. Myös kommunikoinnin sujuvuus koettiin tärkeäksi keskustelulle ja vieraskielisyys nähtiin haasteena aktiiviselle keskustelulle. Ohjaajat nostivatkin esiin mahdollisuuden ryhmään, joka olisi tarkoitettu pelkästään vieraskielisille. Ryhmän yhteenkuuluvuuden kannalta ja ulkopuolisuuden tunteiden välttämiseksi ohjaajat kokivat tärkeäksi sen, että samat osallistujat olisivat paikalla kaikissa tapaamisissa. Toisaalta ohjaajat pohtivat luottamuksen rakentumista myös ohjaajien ja ryhmään osallistujien välillä. Kun ei ohjaa koko ryhmää, ei itse opi tuntemaan perheitä ja toisaalta perheiden voi olla vaikeampi jakaa asioitaan aina eri ohjaajan kanssa. Siksi ohjaajat pohtivat myös mahdollisuutta siihen, että koko intervention ohjaisivat samat ohjaajat.

Arkielämän tukeminen. Ohjaajat kuvasivat, että ryhmän ohjaamisessa on tärkeää antaa perheille tukea arkeen ja elintapamuutokseen. Perheet voivat ohjaajien mukaan myös tarvita lisätukea, jos heillä on esimerkiksi hankala elämäntilanne, joten tuki on osin henkilökohtaista. Myös harjoitusten tulee ohjaajien mukaan olla lähellä perheiden arkielämää. Ohjaajat kuvasivat mukaan valittuja harjoituksia havainnollistaviksi, hyödyllisiksi ja työkaluiksi. Ohjaajat toivat esiin, ettei

pelkkä tieto riittää muutokseen. Konkretia harjoituksissa on siis tärkeää ja ohjaajat halusivat tarjota perheille keinoja terveyden aktiiviseen tavoitteluun.

”...mitä kaikkee, mistä perheet vois hyötyä -- ja sitte tavallaan että tukea siihen perheen arkeen ja niihin elämäntapamuutoksiin” (ohjaaja 4)

”...ihmisillä on tavallaan ajatus aina et kyllä minä tiedän mitä minun pitäisi. Ni tavallaan ehkä se että, miten siitä pitäisi sanasta vaihdetaan tämmöseen konkretiaan” (ohjaaja 2)

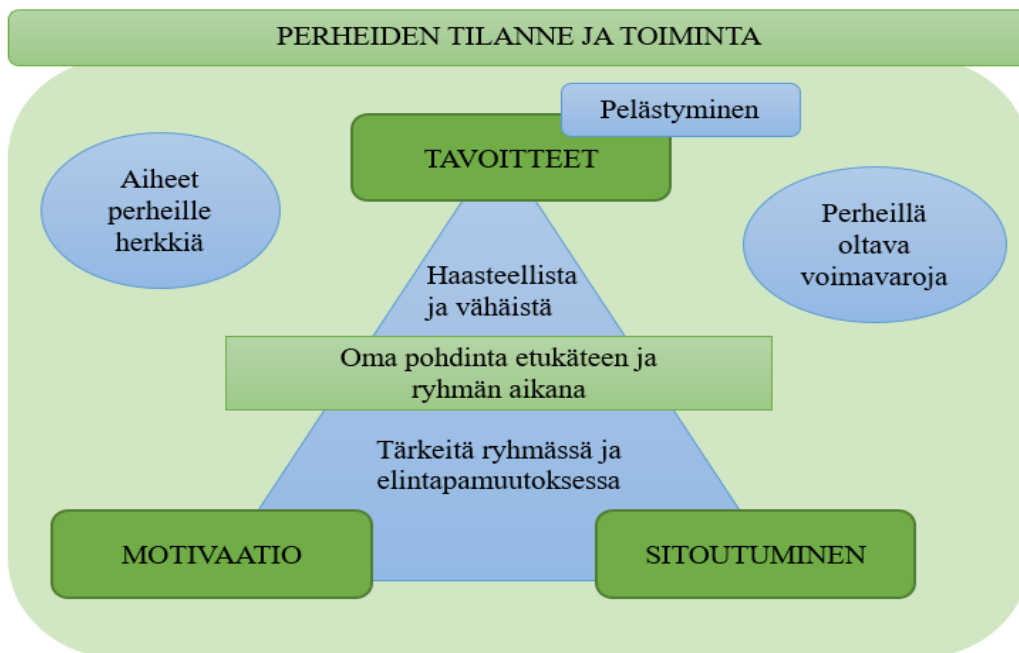
Ohjaajat kokivat, että liikkuminen osana interventiota auttaa perheiden arkea. Yhdessä liikkumisen kuvattiin esimerkiksi parantavan vanhemman ja lapsen välistä suhdetta ja antavan vanhemmalle mahdollisuuden nähdä lapsensa onnistumisia. Ohjaajat kokivat, että lapsille on tärkeää saada kokemuksia samankaltaisten lasten kanssa liikkumisesta, jotta he rohkaistuisivat ja saisivat itsevarmuutta omaan liikkumiseensa.

Ohjauksen mukauttaminen. Ohjaajat toivat esiin ohjauksen mukauttamisen tärkeyden tapaamisissa perheiden mukaan. Ohjaajat kuvasivat pyrkivänsä huomioimaan ohjauksessa perheiden erilaisuuden niin elämäntilanteiden, muutosprosessien vaiheiden kuin ominaisuuksien mukaan. Ohjaajat siis pyrkivät monipuoliseen ohjaukseen. Ohjaajat kuvasivat muuttavansa suunnitelmiaan sen mukaan, mikä perheitä kiinnostaa, mitä he tuovat itse esiin sekä sen mukaan, mikä perheille toimii. Myös tämän vuoksi varasuunnitelmien tekeminen koettiin tärkeäksi.

”...ja mitä sit tietenki perheetki toi, et sen mukaanhan sitä mennään -- tai jos tuli vanhemmilta jotain johonki liittyen ni sitte vaihettiin vähän suunnitelmia vauhdissa” (ohjaaja 1)

3.5.5 Ohjaajat – perheiden tilanne ja toiminta

Ohjaajat pohtivat kuvauksissaan myös perheisiin liittyviä ominaisuuksia, jotka olivat tärkeitä intervention onnistumisen kannalta. He nostivat esiin asioita, joita ryhmään osallistuminen ja elintapamuutoksen tekeminen edellyttävät perheiltä. Ohjaajat kuvasivat myös haasteita, siinä, miten perheet suhtautuivat interventioon. Toisaalta ohjaajat myös pohtivat omaa rooliaan näiden edellytysten täyttämässä, ja haasteita perheiden valmiuksien lisäämisessä. Kuvassa 19 visualisoidaan ohjaajien kuvausta perheiden tilanteesta ja toiminnasta interventioon ja elintapamuutokseen liittyen.



KUVA 19. Perheiden tilanne ja toiminta ohjaajien kuvaamana.

Tavoitteet ja motivaatio. Ohjaajat kokivat tärkeäksi, että perheet oppisivat asettamaan tavoitteita ja että niistä puhuttaisiin ryhmässä. Kuitenkin tavoitteiden asettaminen nähtiin haastavana perheille, ja ohjaajat kokivat myös omassa toiminnassaan haasteelliseksi sen, miten tukea perheiden tavoitteiden asettamista. Ohjaajat kokivat, että tavoitteiden asettelu myös motivoisi perheitä. Ohjaajat kokivat, että ryhmä edellyttää motivaatiota perheiltä, jotta he jaksaisivat panostaa siihen. Kuitenkin he kuvasivat, etteivät kaikki perheet olleet riittävän motivoituneita muutokseen, mikä vaikeutti ryhmän yhdessä toimimista. Motivaation puutteesta voi myös kertoa se, että ohjaajat kuvasivat perheiden täyttäneen materiaaleja puutteellisesti vedoten ajan puutteeseen.

”Totta kai täst näistä tavoitteista me ollaan keskusteltu varmaan joka ainoa kerta ja tästä motiivoinnin ongelmasta ja miten saada heitä niinkun tämä oma pieni tavoite vaikka jokaiselle kerralle” (ohjaaja 2)

”...ei siel ollu joillain mitään ajatustakaan siitä et heillä pitäis olla joku tavote tässä tai. Et ja sit jotenki hankala sanoa mikä mua motivoi tähän jos ei oo mitään tavotetta ja on vaan sillä ajatuksella et toin lapseni tänne liikkumaan ni” (ohjaaja 3)

Ohjaajat kokivat perheiden motivoinnin sekä motivaation ylläpidon hyvin haasteellisiksi. Aika ennen ryhmän alkua nähtiinkin tärkeänä perheiden motivaation kannalta. Ohjaajat nostivat esiin, että perheiden kanssa tulisi keskustella muutoshalukkuudesta ja tavoitteista jo ennen ryhmän alkamista. Motivointi tulisi aloittaa jo rekrytointivaiheessa terveydenhoitajan vastaanotolla. Myös jonotusaikana kontaktin ja sitä kautta motivaation ylläpito nähtiin tärkeänä, vaikka sitä ei tällä hetkellä tehty.

Ryhmään sitoutuminen. Ohjaajien mukaan ryhmä vaatii perheiltä tietoista sitoutumista ja ahke-
raa osallistumista. He kokivat, että perheille olisi hyvä kertoa ryhmän edellyttämistä tekijöistä
etukäteen, jotta ryhmään sitoudutaan oikeilla perusteilla. Ohjaajat kokivat, että perheiden sitou-
tuminen oli osin puutteellista. Osa perheistä lupautui mukaan ryhmään, mutta perui osallistu-
misensa sitten. Ohjaajat kuvasivat myös epäonnistumisen tunteita aktiiviseen osallistumiseen
kannustamisessa ja sitouttaminen ylipäättään koettiin haastavana. Sitouttamisen haastavuutta li-
sääviksi tekijöiksi koettiin ryhmän maksuttomuus ja kohderyhmä ylipäättään. Myös ryhmän
keston nähtiin vaikuttavan sitouttamiseen.

*”...miten niinku käytännössä voitais viel enemmän ihmisiä etukäteen osallistaa siihen ja sitout-
taa, et ne ymmärtäs et täs on kyse jotain mitä he itse tekee niinku itse aiheuttaa sitä muutosta”
(ohjaaja 3)*

Elintapamuutoksen vaatimukset. Ohjaajat toivat esiin, että ryhmään osallistuminen ja elintapa-
muutos vaativat voimavaroja. Perheiden kiireinen arki kuluttaa ohjaajien mukaan perheiden
voimavaroja, minkä vuoksi ryhmään ja muutokseen panostaminen voi olla haastavaa. Ryhmään
tulevilla perheillä tulisikin olla riittävä jaksaminen, eikä ryhmää siksi ole ohjaajien mukaan
tarkoitettu perheille, joilla on vaikea ja kuluttava elämäntilanne. Ohjaajat toivat esiin myös sen,
että perheiden tulisi ymmärtää elintapamuutoksen edellytykset kokonaisvaltaisesti sekä ym-
märtää muutoksen vaativan toimia koko perheeltä.

*” Sit monesti kuuli, et kyl me nää tiedetään, mutta ku ei oo aikaa eikä jaksa, arki vie niin paljon
voimavaroja” (ohjaaja 4)*

Perheiden suhtautuminen. Ohjaajat kuvasivat painon ja elintapamuutoksen olevan perheille
herkkä aihe. Lisäksi ohjaajat toivat esiin, että tavoitteista, elintapamuutoksesta ja tutkimuksesta

puhuminen voi myös pelästyttää perheitä. Siksi ohjaajat kokivat tärkeäksi pyrkiä hienovaraisuuteen ja dialogisuuteen. Ohjaajat kokivat, ettei perheillä olisi syytä säikähtämiseen. Perheiden tulisi kuitenkin ohjaajien mukaan itse herätä omaan tilanteeseensa ja sen pohdintaan. Ohjaajat toivoivat perheiden reflektoivan omaa tilannettaan, motivaatiotekijöitään sekä tavoitteitaan tapaamisten seurauksena.

3.6 Yhteenveto

Keskustelu ja ryhmämuotoisuus vaikuttavat sekä perheiden että ohjaajien kuvausten perusteella olevan hyviä sisältöjä interventiossa. Kuvatessaan toimivaa ryhmää perheet puhuivat paljon juuri näistä tekijöistä ja toisaalta ohjaajat kokivat keskustelun ja ryhmäytymisen intervention tärkeäksi osaksi. Myös arjen läheisyys oli keskeistä interventiossa molempien näkökulmasta. Ohjaajat korostivat perhelähtöisyyttä ohjauksessaan ja kokivat perheiden palautteen kokemuksen ohella tärkeäksi sekä ohjaajan oman kehittymisen että intervention kehittämisen kannalta. Perheillä arjen läheisyyttä kuvattiin siten, että he kokivat intervention pääasialliseksi anniksi vinkit omaan arkeen. Tavoitteiden asettaminen ja motivaatio vaikuttavat sen sijaan haasteellisilta osa-alueilta. Ohjaajat kuvasivat eniten haasteita perheiden sitouttamisessa, motivoinnissa ja tavoitteiden asettamisen tukemisessa, ja perheiden kuvauksissa näkyi tavoitteiden asettamisen vaikeuden lisäksi motivaation vähäisyys. Sekä perheet että ohjaajat kuvasivatkin voimavarojen puutetta ja hankalia elämäntilanteita, mitkä saattavat olla vähäisen motivaation taustalla. Lisäksi sekä perheet että ohjaajat kuvasivat rekrytointiprosessissa samankaltaisia haasteita — pitkää jonotusta sekä tiedon puutetta.

Perheet olivat pääosin tyytyväisiä interventioon ja sen sisältöihin. Sekä vanhemmat että lapset viihtyivät ryhmässä. Lasten viihtyminen interventiossa on tärkeä tekijä myös siksi, että lasten viihtyessä myös vanhemmat viihtyvät ja sitoutuvat osallistumaan tapaamisiin. Keskustelun ja ryhmän kanssa yhdessäolon ohella vanhemmat kokivat todella tärkeäksi yhdessäolon lastensa kanssa. Ohjaajat eivät juurikaan nostaneet lasten roolia esiin omista kuvauksistaan. Sen sijaan ohjaajat pohtivat interventioita pidemmällä tähtäimellä nostaen esiin kehittämisen haasteita ja tarpeita.

Aiemmassakin tutkimuksessa vanhemmat raportoivat tyytyväisyyttä interventioihin (O'Brien ym. 2013; Howie ym. 2016; Robertson ym. 2017). Aiempi tutkimus tukee myös tulosta ryhmä-

muotoisuuden ja lasten roolin tärkeydestä. Vanhemmat ovat kuvanneet sosiaalisen tuen keskeisyyttä (Klitzman-Ulrich ym. 2016; Linville 2018) ja keskustelu muiden ryhmän aikuisten kanssa koetaan tärkeäksi (Robertson ym. 2017; Linville ym. 2018). Tässäkin tutkimuksessa vanhemmat korostivat ryhmän yhteenkuuluvuuden ja keskustelun tärkeyttä. Lisäksi vanhemmat kokivat tärkeäksi yhdessäolon lastensa kanssa. Aiempi tutkimus vahvistaa tätä, sillä vanhemmat kokevat perheen yhdessäolon keskeiseksi (Howie ym. 2016; Klitzman-Ulrich ym. 2016). Lasten viihtyminen on vanhemmille tärkeää ja lapset motivoivat vanhempiaan (O'Brien ym. 2013). Tässä tutkimuksessa myös arjen läheisyys koettiin intervention tärkeäksi sisällöksi. Kuitenkin aiemmassa tutkimuksessa ainoastaan yhdessä vanhemmat nostivat esiin intervention käytännönläheisyyden keskeisenä piirteenä (Klitzman-Ulrich ym. 2016).

Vanhemmat ovat nostaneet aiemmassa tutkimuksessa esiin useita keskeisiä sisältöjä, jotka tässä tutkimuksessa näkyivät ohjaajien kuvauksissa. Aiemman tutkimuksen perusteella keskeistä interventioissa on perheiden yksilöllisyyden huomioiminen (Howie ym. 2016; Linville ym. 2018) ja käytännön asioiden toimivuus (O'Brien ym. 2013; Klitzman-Ulrich ym. 2016). Tässä tutkimuksessa perheiden sijaan ohjaajat kuvasivat näitä puolia. Ohjaajat näkivät tärkeäksi ohjauksen mukauttamisen perheiden yksilöllisten tilanteiden mukaan, ja pohtivat käytännön asioiden sujuvuutta tapaamisissa. Aiemman tutkimuksen mukaan myös positiivinen lähestymistapa ja pienten muutosten tärkeyden ymmärtäminen on keskeistä (Howie ym. 2016; Klitzman-Ulrich ym. 2016). Ohjaajat halusivatkin tukea perheitä ja toteuttaa ryhmää heidän lähtökohdistaan käsin. Lisäksi he kokivat intervention tavoitteeksi pienten muutosten saavuttamisen ja toisaalta myös perheet raportoivat saavuttaneensa näitä.

Tässä tutkimuksessa muutosta estäväksi tekijäksi kuvattiin motivaation puutetta ja voimavarojen vähäisyyttä. Motivaation vähäisyys ei kuitenkaan noussut kovin vahvasti esiin aiemmassa tutkimuksessa, sillä ainoastaan Robertsonin ym. (2017) tutkimuksessa vanhemmat kuvasivat haluttomuutta muuttua. On mahdollista, että tutkimuksiin on valikoitunut jo valmiiksi motivoitunut joukko, jolloin haasteita sen suhteen ei koeta. Aiemmassa tutkimuksessa muutosta estäväksi tekijäksi nostetaan sen sijaan ajanpuutetta (Howie ym. 2016; Linville ym. 2018) ja taloudellisia esteitä (Robertson ym. 2017; Linville 2018). Nämä tekijät eivät kuitenkaan tässä tutkimuksessa nousseet esiin. Toisaalta osin ajanpuute voi kytkeytyä myös motivaation puutteeseen.

Tavoitteiden asettelun haasteet nostettiin esiin vain yhdessä aiemmista interventioista (Howie ym. 2016), vaikka tässä haasteet tavoitteiden asettelussa olivat keskeisiä. Saattaa olla, että tässä

analysoidun intervention painotus tavoitteiden asettamiseen vaikutti tähän tulokseen. Toisaalta on mahdollista, että aiemmissa interventioissa on onnistuttu tukemaan tavoitteiden asettelua paremmin, jolloin ongelmia ei ole koettu. Lisäksi aiemmassa tutkimuksessa vanhemmat kuvasivat tiedonantoon liittyviä haasteita ja tärkeitä tekijöitä. Taustatekijöiden pohdinta koetaan tärkeäksi (Klitzman-Ulrich ym. 2016), erilaisia ravitsemusohjeita toivotaan (Linville ym. 2018) ja toisaalta saatu tieto koetaan jo valmiiksi tutuksi (Robertson ym. 2017). Nämä samat toiveet näkyivät myös tämän tapaustutkimuksen perheiden kuvauksissa. Saattaa olla, että tiedonanto koetaan liian yleisluontoiseksi ja perheet toivoisivat siihen enemmän syvyyttä.

Interventiot koetaan hyödyllisiksi aiemmassa (O'Brien ym. 2013; Howie ym. 2016) ja tässä tutkimuksessa. Intervention antina nähdään tiedon ja tietoisuuden lisääntyminen (Howie ym. 2016; Robertson ym. 2017; Linville ym. 2018) ja muutokset elintavoissa (Howie ym. 2016; Linville ym. 2018). Myös tässä tutkimuksessa tiedonsaanti koettiin intervention pääasialliseksi anniksi ja muutoksia elintavoissa kuvattiin. Toisaalta aiemmassa tutkimuksessa vanhemmat ovat kuvanneet myös perheen vuorovaikutuksen (Howie ym. 2016; Linville ym. 2018) ja vanhemmuustaitojen paranemista (Robertson ym. 2017), mikä ei tullut esiin tässä tutkimuksessa. Tämä ero saattaa johtua siitä, että interventio ei keskittynyt näihin asiasisältöihin.

Tutkimusta ohjaajien näkemyksistä lasten ylipainon hoitoon liittyvistä interventioista on hyvin vähän. Tiedonhaussa löytyi ainoastaan kaksi tutkimusta, jotka käsittelivät asiaa jollain tapaa. Kuvaukset olivat kuitenkin melko niukkoja. Linvillen ym. (2018) tutkimuksessa ohjaajat kuvasivat ryhmämuotoisuuden ja ryhmän tuen olevan interventiossa tärkeää. Myös tässä tutkimuksessa ryhmämuotoisuus koettiin keskeiseksi. Lisäksi ohjaajat kuvasivat kokemuksen tärkeyttä intervention ohjaamisessa (Robertson ym. 2017). Haasteiksi nähtiin erilaiset käytännön tekijät (Robertson ym. 2017; Linville ym. 2018) sekä pitkään jonotukseen liittyvät ongelmat (Robertson ym. 2017). Samat haasteet näkyivät myös tässä, vaikka ohjaajien päällimmäinen haaste olikin motivaation herättäminen ja perheiden sitouttaminen.

Tulosten tarkastelussa on otettava huomioon se, että tähän tutkimukseen osallistuneet perheet olivat aktiivisia ryhmään osallistujia. Siten tulokset kuvastavat vain aktiivisesti osallistuvien perheiden kokemuksia. Voi olla, että epäaktiivisemmin osallistuneet perheet tai perheet, jotka eivät osallistuneet ryhmään ollenkaan, olisivat kuvanneet erilaisia haasteita interventiosta. Lisäksi on mahdollista, että haastatteluissa ei tullut ilmi kaikkia olennaisia tekijöitä interventiosta. Kysymyksenasettelu on voinut ohjata perheitä ja ohjaajia tiettyihin näkökulmiin.

4 POHDINTA

Tämän tapaustutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia piirteitä hyvään interventioon kuuluu. Kysymystä tarkasteltiin sekä teorian näkökulmasta systemaattisella kirjallisuuskatsauksella että käytännön näkökulmasta Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä toteutettuun interventioon osallistuneiden perheiden ja intervention ohjaajien kokemuksista. Vaikka keskeisten sisältöjen tunnistaminen osoittautui haastavaksi, tutkimuksessa pystyttiin tunnistamaan joi-takin interventioiden tärkeitä sisältöjä ja piirteitä.

4.1 Tulosten tarkastelua

Perhelähtöisissä elintapainterventioissa ylipainoisille lapsille interventioiden sosiaalinen puoli on keskeinen. Empiirisen aineiston mukaan intervention perhe- ja ryhmäkeskeisyys oli olennaista. Vanhemmat kokivat yhdessäolon niin lastensa kuin muiden ryhmäläisten kanssa tärkeäksi, ja ohjaajien mukaan perheiden tarpeiden tulee olla ohjauksen lähtökohtana. Sekä perheet että ohjaajat näkivät keskustelun tärkeäksi osaksi interventiota. Lasten viihtyminen oli olennaista myös vanhempien viihtymisen ja sitoutumisen kannalta. Nämä piirteet näkyvät terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallissa erityisesti muutosta tukevin resursseina ja minäpystyvyyttä vahvistavina tekijöinä. Lasten osallistuminen ja viihtyminen tukee vanhempien osallistumista interventioon, ja on näin muutosta helpottava resurssi. Myös ryhmän tarjoama sosiaalinen tuki on tällainen resurssi (Schwarzer ym. 2014), ja lisäksi se voi vahvistaa vanhempien minäpystyvyyttä (Olander ym. 2013; Prestwich ym. 2014). Minäpystyvyyttä ryhmässä voi tukea esimerkiksi rohkaisevien esimerkkien, onnistumisen kokemusten ja vinkkien jakaminen. Se on keskeistä sekä aikomuksen muodostumisessa että toiminnan aloittamisessa ja ylläpidossa (Schwarzer 2008).

Interventioiden sosiaalinen puoli ei noussut esiin tapaustutkimuksen katsausosiossa. Sosiaalinen tuki oli katsauksessa analysoiduissa interventioissa yleinen, mutta se ei analyysissä selkeästi liittynyt käyttäytymisen muutokseen. Toisaalta voi olla, että perheet ja ohjaajat kokivat ryhmästä muitakin hyötyjä sosiaalisen tuen lisäksi. Voi olla, että ryhmä tarjosi esimerkiksi sosiaalisen vertailun mahdollisuuksia tai sosiaalisia palkintoja. Aiempi tutkimus on puolestaan nostanut esiin kommunikaatiotaitojen harjoittelun, jonka todettiin olevan yhteydessä lasten painoindeksiin (Martin ym. 2013). Ryhmämuotoisuus voi siis liittyä useisiin käyttäytymisen muutostekniikkoihin, mutta tässä katsauksessa niitä ei noussut esiin. Sosiaalisen aspektin toinen

näkökulma eli perheen yhdessäolo voisi puolestaan liittyä käyttäytymisen muutostekniikoista roolimallina toimimiseen. Tämä tekniikka ei esiintynyt systemaattisen katsauksen lähdetutkimuksissa. Sillä on kuitenkin Martinin ym. (2013) tutkimuksen mukaan yhteys lasten painoindeksiin. Lisätutkimus voisi valottaa ryhmän merkityksiä perheille ja perheiden yhdessäolon roolia käyttäytymisen muutosprosessissa.

Aiempi tutkimus vahvistaa intervention sosiaalisen aspektin tärkeyttä. Ryhmämuotoisuus on yksilöohjausta vaikuttavampaa (Elvsaas ym. 2017) ja sekä perheet (Klitzman-Ulrich ym. 2016; Robertson ym. 2017; Linville ym. 2018) että ohjaajat (Linville ym. 2018) kokevat ryhmän tärkeäksi. Aiempi tutkimus tukee myös vanhempien mukanaoloa interventioissa (Kobes ym. 2018). Tutkimusnäyttö viittaa siihen, että interventio tulisi kohdistaa ainoastaan vanhempiin kustannustehokkuuden vuoksi (Loveman ym. 2015). Tämän tutkimuksen perusteella ei voida sanoa, millainen vanhempien kokemus vain vanhemmille suunnatusta interventiosta olisi. Tässä tutkimuksessa perheet kuitenkin nostivat yhdessäolon lasten kanssa yhdeksi intervention keskeisimmistä sisällöistä, ja sama on todettu muissakin kvalitatiivissa tutkimuksissa (Howie ym. 2016; Klitzman-Ulrich ym. 2016). Kohderyhmän kokemukset perustelevat lasten mukanaolon tärkeyttä ja perhelähtöisyyttä vahvasti. Lisäksi lasten kuvattiin motivoivan vanhempiaan, mikä voi osaltaan vastata interventioiden ongelmaan suuresta pudokkaiden määrästä. Jatkossa lasten ylipainon hoitointerventiot olisi hyvä toteuttaa perhelähtöisinä ja ryhmämuotoisina, jotta perheille tarjoutuisi mahdollisuuksia yhdessäoloon ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Ryhmämuotoisuus on myös kustannustehokas toteutustapa.

Tämän tapaustutkimuksen perusteella keskeisiä sisältöjä perhelähtöisissä elintapainterventioissa ovat ohjattu liikunta, ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen ja tiedonanto. Sekä systemaattinen kirjallisuuskatsaus että empiirinen tutkimus tukevat näiden sisältöjen tärkeyttä. Katsauksen mukaan käyttäytymisen harjoittelu ja demonstrointi olivat fyysisen aktiivisuuden lisäyksen taustalla. Nämä tekniikat toteutuivat empiirisen tutkimuksen interventiossa erityisesti ohjatussa liikunnassa, joka oli mieluista sekä vanhemmille että lapsille. Tieto käyttäytymisen ympäristöön liittyvistä ja sosiaalisista seurauksista näkyi katsauksessa fyysisen aktiivisuuden taustalla. Perheet puolestaan nostivat vinkit omaan arkeen intervention tärkeimmäksi anniksi, ja ohjaajat näkivät tiedonannon keskeisenä. Kuitenkin perheet kokivat myös kehittämisen aiheita tiedollisessa ohjauksessa, sillä annettu tieto koettiin osittain jo tutuksi. Ongelmanratkaisu puolestaan näkyi katsauksessa sekä fyysisen aktiivisuuden lisäyksen että painoindeksin alenemi-

sen taustalla. Ongelmanratkaisutaitoja ei juuri nostettu esiin vanhempien tai ohjaajien kuvauksissa. Tätä voi selittää se, että ongelmanratkaisutaidot ovat keskeisiä terveystyöskäytännön prosessimallin toimintavaiheessa (Schwarzer 2008). Empiiristen tulosten mukaan perheillä oli haasteita muutosaikomuksen muodostamisessa, jolloin heille ajankohtaisempia olivat toimintavaiheen sijaan motivaatiovaiheen konstruktiot.

Tunnistetut keskeiset sisällöt linkittyvät terveystyöskäytännön prosessimallin motivaatio- ja toimintavaiheeseen. Tiedonanto liittyy keskeisesti riskin kokemuksen herättämiseen (Nieuwenhuijsen ym. 2018) sekä mahdollisesti positiivisten tulosodotusten rakentamiseen. Näin se vahvistaa aikomuksen syntymistä. Ohjatussa liikunnassa puolestaan perheet saavat harjoitella terveellistä käyttäytymistä, kokea onnistumisia ja kuulla positiivista palautetta. Nämä tekijät voivat vahvistaa heidän uskoa itseensä ja omaan kykyynsä muuttaa käyttäytymistään. Minäpystyyvyys sekä motivaatio- että toimintavaiheessa voi vahvistua. Ongelmanratkaisu puolestaan kytkeytyy toimintavaiheen repsahdussuunnitteluun, sillä molemmissa keskeistä on käyttäytymisen esteiden tunnistaminen sekä suunnittelu niiden voittamiseksi. Tämän tapaustutkimuksen perusteella tunnistetut keskeiset sisällöt liittyvät siis motivaatiovaiheen konstruktiioihin, minäpystyyvyyteen ja repsahdussuunnitteluun. Kuitenkaan keskeiseksi sisällöksi ei noussut toimintasuunnitteluun tai toiminnan kontrolliin liittyviä sisältöjä, jotka terveystyöskäytännön muutoksen prosessimallissa ovat myös keskeisiä (Schwarzer 2008).

Aiempi tutkimus tukee ohjatun liikunnan, ongelmanratkaisutaitojen ja tiedonannon keskeisyyttä. Käyttäytymisen harjoittelulla on havaittu yhteys lasten painoindeksiin (Martin ym. 2013), ja käyttäytymisen demonstrointi ja ongelmanratkaisu puolestaan ovat yhteydessä aikuisten fyysiseen aktiivisuuteen (Olander ym. 2013). Myös tiedonannon keskeisyys näkyy aiemmassa tutkimuksessa, sillä tiedonannolla käyttäytymisen seurauksista yksilölle on havaittu yhteys lasten painoindeksiin (Martin ym. 2013) ja tiedon saanti on tärkeää perheille (Howie ym. 2016; Robertson ym. 2017; Linville ym. 2018). Kuitenkin tiedonanto käyttäytymisen seurauksista yleisesti on yhteydessä huonoihin tuloksiin (Martin ym. 2013) ja tässä tutkimuksessa perheet kokivat kehittämisen tarvetta tiedonannossa. Tämä saattaa kertoa siitä, että tiedonannon muodot ja sisällöt vaikuttavat sen toimivuuteen. Tiedonanto ei ole yksilöllinen tekijä, joka toimii miten tahansa, joten lisää tietoa hyvistä käytännöistä tarvitaan. Tämän tutkimuksen perusteella tiedonannon tulisi olla yksilöllistä, käytännönläheistä ja syventää perheiden jo olemassa olevia tietoja. Tässä tunnistetut keskeiset sisällöt näkyivät erityisesti fyysisen aktiivisuuden muutoksen taustalla. Kuitenkin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että

muutos fyysisessä aktiivisuudessa ei ole yhteydessä lasten painoindeksin muutokseen. Siitä huolimatta näiden sisältöjen rakentaminen interventioihin on tärkeää, koska fyysisellä aktiivisuudella on monia terveyshyötyjä huolimatta siitä, muuttuuko paino vai ei.

Tässä tarkastellussa interventiossa ohjaajat kokivat intervention kehittämisen tärkeäksi. Kehittämisen kohteena nähtiin erityisesti perheiden motivaation tukeminen ja vahvistaminen. Perheiden motivaation vähäisyyteen liittyi myös haasteita tavoitteiden asettamisessa ja sitoutumisessa. Tämä näkökulma ei tullut kovin vahvasti esiin aiemmasta tutkimuksesta. Howien ym. (2016) tutkimuksessa perheet kokivat haasteita tavoitteiden asettamisessa, ja Robertsonin ym. (2017) tutkimuksessa puolestaan perheiden motivaatio oli vähäinen. Lisäksi tämän tutkimuksen systemaattisen katsauksen lähdetutkimuksissa poispudonneiden määrät olivat suuria (liite 3;4), mikä saattaa myös kertoa motivaation vähäisyydestä. Katsauksen tuloksissa ei kuitenkaan nousut esiin tavoitteiden asettamisen tärkeys. Sen sijaan aiemman tutkimuksen mukaan tulostavoitteiden asettamisella on yhteys terveelliseen käyttäytymiseen aikuisilla (Olander ym. 2013; Samdal ym. 2017).

Intervention kehittämiseksi tulee nykyisiä sisältöjä tarkastella kriittisesti. Interventiossa toteutettiin jo tämän tutkimuksen suosituksia perhelähtöisyydestä, ryhmämuotoisuudesta sekä tiedonannon ja ohjatun liikunnan sisällöistä. Edellä on pohdittu näiden tekijöiden yhteyksiä terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallin konstruktioihin. Sisällöt liittyvät erityisesti motivaatiovaiheen konstruktioihin, minäpystyvyyteen ja muutosta tukeviin resursseihin. Kuitenkin tarkastellussa interventiossa koettiin haasteita nimenomaan motivaatiovaiheessa, muutosaikomuksen rakentamisessa. Vaikka intervention sisällöt tätä tukivatkin, voisi sisältöjen selkeämpi kohdennus terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallin konstruktioihin kohdistaa huomion paremmin muutoksen kannalta keskeisiin asioihin ja vahvistaa aikomuksen muodostumista. Intervention tapaamiset voisi olla hyödyllistä rakentaa mallin konstruktioiden ympärille ja siten vahvistaa teorian roolia interventiossa. Koska tietoa vaikuttavista tekijöistä tästä kohderyhmästä on melko vähän, teoria tukee ja täydentää suunnittelua. Teorian vahvempi rooli lisäisi myös interventioprosessin kokonaisuuden loogisuutta.

Intervention hyviä sisältöjä tulisi kehittää terveyskäyttäytymisen prosessimallin konstruktioiden mukaisesti. Perheet kokivat kehitettävää esimerkiksi tiedonannossa, sillä annettu tieto oli osin jo tuttua ja siihen kaivattiin lisää syvyyttä. Voi olla, että tiedonanto ei tämän vuoksi vah-

vistanut aikomusta. Tiedonanto tulisikin rakentaa vahvemmin riskin kokemuksen ja positiivisten tulosodotusten ympärille. Lisäksi tiedonantoa voisi tukea näitä tekijöitä havainnollistavilla harjoituksilla. Keskeinen tekijä aikomuksen muodostumisessa on myös minäpystyvyyden kokemus (Schwarzer 2008). Intervention ryhmämuotoisuus ja perhekeskeisyys tarjoavat hyviä mahdollisuuksia sen vahvistamiseen. Ohjatussa liikunnassa tulisi kiinnittää huomio positiivisen ja kannustavan ilmapiirin luomiseen, jotta perheet saavat onnistumisen kokemuksia ja hyvää palautetta. Lisäksi ryhmän vuorovaikutuksessa tulisi korostaa erityisesti onnistumistarinoiden, vinkkien ja sosiaalisen tuen jakamista. Aikomuksen muodostamisessa keskeistä on myös tavoitteiden asettelu (Schwarzer 2008). Tavoitteiden asettelu tulisi interventiossa olla ohjatumpaa ja siihen tulee antaa tukea, sillä perheet kokivat sen haastavaksi.

Toimintavaiheessa keskeistä on minäpystyvyyden vahvistaminen edelleen osallistujien muutosvaiheen mukaisella tavalla. Lisäksi perheille tulisi opettaa työkaluja siihen, miten aikomus muuttuu pysyväksi toiminnaksi. Toiminta- ja repsahdussuunnitelmien luominen ja niiden seurannassa tukeminen on keskeistä (Schwarzer 2008). Erityisen tärkeää on repsahdussuunnittelu, joka linkittyy tässä tutkimuksessa keskeiseksi tunnistettuun ongelmanratkaisutaitojen kehittämiseen. Empiirisistä tuloksista kävi ilmi vähäisten voimavarojen rooli muutosta estävänä tekijänä. Esteiden tunnistaminen ja ratkaisustrategioiden pohtiminen voisi vastata tähän haasteeseen. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallin konstruktioihin keskittymällä tarjoaa interventio osallistujilleen tietoja ja taitoja elintapamuutoksen tekemiseksi.

Terveyskäyttäytymisen prosessimallin mukaisten suuntaviivojen ja tämän tutkimuksen suositusten lisäksi interventiota tulee peilata aiemman tutkimuksen antamiin suosituksiin. Perheet saattaisivat hyötyä intervention pidemmästä kestosta. Interventio kesti vain 8 viikkoa, ja vaikka perheet ja ohjaajat kokivat tämän sopivaksi, osoittaa Kobesin ym. (2018) metasynthese pidempien interventioiden olevan tehokkaampia. Intervention sisältövalinnat vaikuttavat hyviltä, sillä aiempi tutkimus tukee liikunta- ja ravitsemussisältöjen yhdistämistä (Ling ym. 2016; Gori ym. 2017). Toisaalta interventio voisi hyötyä vielä vanhemmuustaitojen ohjauksen (Yavuz ym. 2015; Ling ym. 2016) tai käytösneuvonnan (Foster ym. 2015) lisäämisestä.

Vaikuttavien interventiosisältöjen tunnistaminen on vaikeaa, sillä interventioiden raporteissa oli puutteita ja ne koostuvat monista erilaisista sisällöistä. Lisäksi käyttäytymiseen ja painon muutoksiin vaikuttavat intervention ohella monet asiat ympäristössä ja perheiden arkielämässä. Myös terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli huomioi ensisijaisesti vain yksilötason,

mikä ei välttämättä ole riittävä käyttäytymisen ja painoindeksin muuttamiseksi. Vaikuttavien elintapainterventioiden lisäksi tarvitaan siis laajempia toimia myös politiikan ja ympäristön tasolla, jotta lasten ylipainoon voidaan tehokkaasti puuttua. Tutkimus keskeisistä sisällöistä elintapainterventioissa on silti välttämätöntä, jotta vaikuttavia interventioita voidaan suunnitella ja toteuttaa. Interventioissa tulee pyrkiä yhdistämään parhaat käytännöt niin teorian, intervention kohderyhmän kuin intervention toteuttajienkin näkökulmasta. Tämän tutkimuksen pyrkimyksenä oli tuottaa tietoa interventioiden suunnittelun pohjaksi yhdistämällä juuri näitä näkökulmia. Tutkimuksen tulokset lisäävät tietoisuutta perheiden ja ohjaajien kokemuksista perhelähteisistä elintapainterventioista. Tuloksia voidaan hyödyntää lasten ylipainon hoitamiseen tarkoitettujen interventioiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Lisäksi tutkimuksessa nostettiin esiin useita jatkotutkimustarpeita, joiden täyttäminen on tärkeää hyvän intervention kokonaisvaltaiseksi ymmärtämiseksi.

4.2 Tapaustutkimuksen luotettavuus

Tapaustutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tässä ensin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen osalta ja sen jälkeen empiirisen tutkimuksen osalta. Tutkimusprosessi on toteutettu huolellisesti ja systemaattisesti. Kuitenkin käyttäytymisen muutostekniikoiden luotettava tunnistaminen on vaikeaa. Luotettavuutta heikentää myös vähäinen osallistujamäärä empiirisessä aineistossa ja suuri pudokkaiden määrä systemaattisen katsauksen lähdetutkimuksissa.

Systemaattisen katsauksen vahvuudeksi voi lukea pyrkimyksen selvittää vaikuttavia käyttäytymisen muutostekniikoita, sillä aiempaa tutkimusta aiheesta on vähän. Toimivien tekniikoiden tunnistaminen olisi tärkeää, jotta voidaan suunnitella ja toteuttaa vaikuttavia, käyttäytymistä muuttavia interventioita. Toisaalta tutkimuksen heikkoutena on systemaattisessa haussa löytyneiden tutkimusten pieni määrä ja niiden heterogeisuus, minkä vuoksi yhteyksiä tekniikoiden ja tulosten välillä on vaikea löytää. On myös mahdollista, ettei systemaattisella haulla löytynyt kaikkia relevantteja tutkimuksia. Hakulausekkeessa pyrittiin huomioimaan mahdolliset asiasanat kattavasti, mutta esimerkiksi useampia tietokantoja käyttämällä tuloksia olisi voinut tulla enemmän.

Haasteita systemaattiseen katsaukseen toi se, että interventioissa raportoitiin niiden toteutuksesta hyvin vaihtelevasti. Osassa artikkeleita intervention sisältöä kuvattiin vain muutamalla lauseella, minkä vuoksi hyödynnettyjä käyttäytymisen muutostekniikoita oli vaikea tunnistaa

(myös Martin ym. 2013). Raporttien kirjoittajien haasteena on eritellä interventiossa käytetyt käyttäytymisen muutostekniikat, ja puolestaan raporttien lukijan haasteena on tunnistaa ne (Abraham ym. 2015). Koska raportoinnin tarkkuus vaihteli, on osasta interventioita voitu tunnistaa tekniikat paremmin kuin toisista, mikä vääristää tuloksia. Lisäksi haasteena oli se, että joitakin tekniikoita on hankala erottaa toisistaan (Abraham ym. 2015). Erottamista vaikeuttaa heikko raportointi. On myös mahdollista, että tässä analyysissä tunnistetut käyttäytymisen muutostekniikat eivät kuvaa sitä, mitä interventioissa todella on tapahtunut. Johnstonin ym. (2018) mukaan interventiossa toteutettu käyttäytymisen muutostekniikka voi olla erilainen kuin se, mistä on raportoitu, raportissa tekniikoiden kuvaukset voivat olla puutteellisia tai raportin lukija on voinut tulkita lukemaansa väärin. Tekniikoiden koodaaminen ja yhteyksien tarkastelu on kuitenkin tässä analyysissä ollut systemaattista koko prosessin ajan, ja tehty parhaaseen mahdolliseen tietoon nojaten.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltujen tutkimusten luotettavuus analysoitiin Yhdysvaltojen kansallisen sydän-, keuhko- ja veri-instituutin kriteerien mukaisesti (Study Quality Assessment Tools s.a.). RCT-tutkimuksille ja pelkkiin alku- ja loppumittauksiin perustuville interventioille ilman kontrolliryhmää (pre–post) oli omat kriteerinsä. Näiden kriteerien perusteella tutkimusten luotettavuutta voidaan kuvata pääosin kohtalaiseksi (liite 3; liite 4). Eriytyisen huonosti kriteerit täyttivät kaksi pilottitutkimusta.

Tutkimusten luotettavuudessa oli puutteita erityisesti pudokkaiden suuressa määrässä (1,3,4,6,9,10,11). Myös intervention tapaamisiin osallistuminen oli vähäistä (3,4,8,9,10) tai sitä ei raportoitu (5,7). Vaikka tämä onkin tyypillistä elintapainterventioissa (Jang ym. 2015; Elvsaas ym. 2017), on tuloksiin silti suhtauduttava varauksellisesti. Kuitenkin neljässä kuudesta RCT-tutkimuksesta suoritettiin intention-to-treat analyysi eli myös pudokkaat olivat mukana analyysissä (2,4,6,8). Tämä parantaa tutkimusten luotettavuutta.

Painoindeksi ja veriarvot mitattiin analysoiduissa tutkimuksissa objektiivisilla ja standardoiduilla menetelmillä. Kuitenkin monissa interventioissa käytettiin erityisesti ruokavalion kartoittamiseen kyselylomakkeita, joiden validiudesta tai reliabiliteetista ei ollut mainintaa (1,3,5,7,10,11). Pre–post interventioiden laatua heikensi myös se, interventiot perustuivat yksittäisiin alku- ja loppumittauksiin, eikä mittauksia siis tehty toistuvasti.

Osallistujat ja intervention toteuttajat eivät olleet sokkoutettuja interventioissa, koska kyseessä oli elintapainterventio ja näin ollen sokkoutus olisi lähes mahdotonta. Sen sijaan RCT-tutkimuksissa satunnaistaminen oli pääosin onnistunutta, koska intervention alussa interventio- ja kontrolliryhmä eivät eronneet toisistaan. Muutamassa tutkimuksessa yhdessä muuttujassa havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja, jotka saattavat vaikuttaa tuloksiin (2,5,8).

Luotettavuuden arviointia vaikeutti osin tutkimusraporttien puutteellisuus. Pre–post -interventioiden raporteissa ei juuri pohdittu otoksen edustavuutta suhteessa tutkimuksen kohdejoukkoon (1,3,7,10). Siksi on vaikea sanoa, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä. Raporteissa ei myöskään ollut mainintoja siitä, olivatko muuttujia mitanneet ja tulkinneet henkilöt sokkoutettuja. On silti todennäköistä, että he kuuluivat tutkimusryhmään ja olivat näin ollen tietoisia interventiosta.

Tämän tapaustutkimuksen perhelähtöisestä elintapainterventiosta tehtyä osaa tarkastellaan Milesin ym. (2014, 311) määrittelemien kriteerien mukaisesti. Milesin ym. (2014, 311) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat objektiivisuus ja varmistettavuus, luotettavuus ja käyttövarmuus, uskottavuus ja autenttisuus, siirrettävyys sekä hyödynnettävyys ja sovellusarvo.

Objektiivisuus ja neutraalius on pyritty säilyttämään tulosten analysoinnissa kirjoittamalla auki oma esiyymmärrys sekä ennako-oletukset tutkimuskysymysten mukaisista tuloksista ennen analysointia. Näin pyrittiin lisäämään omaa tietoisuutta ja sitä kautta vähentämään näiden ennakokäsitysten vaikutusta analyysiin. Oma esiyymmärrykseni koostui lähinnä opintojeni aikani kertyneistä tiedoista sekä tämän tutkimuksen teoriaosuuden työstämisestä. Vaikka tapasin suurimman osan perheistä ensimmäisessä ja viimeisessä ryhmätapaamisessa, suhde aiheeseen ei kuitenkaan ollut henkilökohtainen. Raportti on pyritty kirjoittamaan siten, että lukija pystyy vahvistamaan havainnot. Tutkimuksen teon prosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja selkeästi ja tulkintojen tueksi on esitetty sitaatteja tekstistä. Kuitenkin vahvistettavuuden periaatteeseen kuuluu myös aineiston avoimuus jatkotutkimuksille. Tutkittavilta saadun luvan mukaisesti tämä ei ole mahdollista, sillä tutkittavien suojan varmistamiseksi tutkimusaineisto tullaan hävittämään tutkimusraportin valmistuttua.

Luotettavuudella ja käyttövarmuudella viitataan siihen, että tutkimusprosessilla on pystytty mittamaan sitä, mitä on yritetty, ja se on toteutettu johdonmukaisesti ja huolellisesti (Miles ym.

2014, 312). Koko tutkimusprosessin ajan on tehty vertaisarviointia, ja saatu palaute on otettu huomioon raportissa ja tutkimuksen teossa. Litterointi, pelkistäminen sekä luokittelu on tehty mahdollisimman huolellisesti siten, että alkuperäiselle kokemukselle ja ilmaukselle ollaan uskollisia. Valituilla menetelmillä on mahdollista saada vastaus tutkimuskysymyksiin. Aineisto on kerätty tätä tutkimusta varten, ja se on huomioitu analyysissä kokonaisuudessaan. Aineiston laatua on arvioitu, ja vaikutti siltä, että osallistujat kuvasivat kokemustaan totuudenmukaisesti. Kuitenkin päiväkirja-aineisto osallistuneilta perheiltä oli niukkaa, minkä vuoksi lisääaineistoa kerättiin haastattelemalla. Vain kuusi kymmenestä interventioon osallistuneesta perheestä osallistui tutkimukseen, ja näistä ainoastaan kolme osallistui myös puhelinhaastatteluun. Aineisto ei siis välttämättä kuvaa kaikkien osallistuneiden perheiden kokemusta interventiosta. Sen sijaan kaikki intervention ohjaajat haastateltiin. Tutkimuksen teon aikana tutkimuskysymykset muuttuivat alkuperäisestä, koska saatu päiväkirjamateriaali oli niukkaa. Tutkimuskysymysten muuttuminen on kuitenkin tavallista laadullisissa tutkimuksissa (Miles ym. 2014, 25).

Uskottavuudella ja autenttisuudella tarkoitetaan tulosten uskottavuutta lukijan ja tutkimukseen osallistuneiden näkökulmasta sekä sitä, kuvaavatko tulokset autenttisesti tutkittua ilmiötä (Miles ym. 2014 312). Tutkimukseen osallistuneille ohjaajille ja perheille lähetettiin raportti tuloksista ja pyydettiin kommentteja niiden autenttisuudesta. Viestiin vastasi kaksi neljästä osallistuneesta ohjaajasta ja yksi kuudesta osallistuneesta perheestä. Tulokset kuvasivat heidän mukaan heidän kokemuksiaan, joten aineiston tulkinta näyttää onnistuneen. Tulosten uskottavuutta on pyritty parantamaan myös tarjoamalla lukijalle selityksiä kontekstista ja useita sitaatteja, jotka tukevat niistä tehtyjä tulkintoja. Tulokset on pyritty esittämään siten, että lukija saa kokonaiskuvan, mutta huomaa myös ne osa-alueet, joista osallistujilla on vastakkaisia mielipiteitä. Päätulokset nojaavat tulososiossa esitettyihin tulkintoihin ja niitä on myös vertailtu aiempaan. Monet samat teemat toistuvat sekä tässä että aiemmassa tutkimuksessa. Tutkimuksessa ei käytetty useita eri menetelmiä, joten ei ole tietoa siitä, tulotaisiinko eri menetelmillä samoihin lopputuloksiin. Uskottavuutta lisäisi myös tutkimuksen toistaminen uuden intervention kohdalla.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, pätevätkö tulokset mahdollisesti myös muissa samankaltaisissa tilanteissa (Miles ym. 2014, 314). Siirrettävyyden kannalta tärkeää on se, että interventio, josta osallistujien kokemuksia kerättiin, on kuvattu tarkoin. Näin lukijalle on mahdollista pohtia tulosten sopivuutta muihin konteksteihin. Lisäksi on huomioitu se, että osallistujina oli lähinnä aktiivisia perheitä sekä perheiden äitejä. Näin ollen tulokset eivät todennäköisesti kuvaa esi-

merkiksi niiden perheiden kokemusta, jotka eivät aktiivisesti osallistuneet intervention tapaanisiin. Intervention tulokset ovat siirrettävissä koskemaan samantyyppisiä perhelähtöisiä elintapainterventioita, ja ne kuvaavat ohjaajien ja aktiivisesti osallistuvien perheiden kokemuksia.

Lopuksi on arvioitava tutkimuksen sovellusarvoa ja tulosten hyödyntämistä. Tulosten hyödynnettävyyttä lisää tutkimuksen avoin saatavuus sekä käytännön suositusten antaminen. Elintapainterventioita toteuttavat tahot voivat hyötyä perheiden ja ohjaajien kuvaamista hyvistä käytännöistä. Siksi tuloksia voidaan hyödyntää tapaustutkimuksen kohteena olleen intervention kehittämässä sekä muiden samantyyppisten interventioiden kehittämässä. Suositusten lisäksi tulokset lisäävät tietoisuutta sekä perheiden että ohjaajien kokemuksista että heidän kohtaamistaan haasteista elintapainterventioissa.

Tutkimuksen luotettavuus on osa sen eettisyyttä, ja esimerkiksi johdonmukaisuus, raportoinnin tarkkuus ja rehellisyys ovat osa tutkimuksen eettisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2017). Kuitenkin eettisyyteen liittyy myös muita näkökohtia. Tutkimukseen osallistujien suoja on yksi keskeisimmistä. Tutkimuslupa hankittiin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymältä. Tutkimukseen osallistujille on selvitetty sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tarkoitus, menetelmät ja osallistujilta vaadittavat asiat. Osallistujille on selkeästi kerrottu suostumuksen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus peruuttaa suostumus. Tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti on pyritty varmistamaan siten, ettei henkilökohtaisia tietoja tai tunnistetietoja julkaista raportissa. Lisäksi tutkimusaineisto tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimusprosessin läpinäkyvyys on pyritty varmistamaan selkeällä kuvauksella interventiosta, tutkimuksen toteutuksesta sekä tutkijan omasta roolista interventiossa. Myös tutkimuksen tulokset tulevat julkisesti saataville. Tutkimusprosessi on pyritty suorittamaan mahdollisimman huolellisesti ja rehellisesti. Aiemmalle tutkimukselle on annettu sen ansaitsema kunnia pitämällä huolta hyvistä viittauskäytännöistä. Tutkimuksen teossa on pyritty objektiivisuuteen ja neutraaliuteen. Tutkimusaiheen valintakin on eettinen valinta (Tuomi & Sarajärvi 2017). Tässä tutkimuksessa aiheen eettisyyttä lisää se, että hyvää interventiota tarkastellaan monista eri näkökulmista. Raportti ei siis kuvaa ainoastaan esimerkiksi teorian näkökulmaa hyvään interventioon, vaan tämän lisäksi on huomioitu kohderyhmän ja toteuttajien näkökulmat.

Tutkimuksen ensisijaisena vahvuutena on sekä osallistujien että ohjaajien näkökulmien yhdistäminen. Tutkimuksessa kerättiin tietoa molemmista näkökulmista: sekä osallistuvilta perheiltä

että intervention ohjaajilta. Tarkastellusta interventiosta piirtyy näin kokonaisvaltainen kuva. Heikkoutena on kuitenkin se, ettei kaikkia perheitä onnistuttu rekrytoimaan tutkimukseen. Perheistä vain kuusi kymmenestä osallistui tutkimukseen, ja haastatteluaineisto saatiin vain kolmelta perheeltä. Heikkoudeksi voidaan lukea myös se, ettei tietoa saatu intervention tapaamisiin satunnaisemmin osallistuneilta perheiltä. Perheiden pienen määrän vuoksi saturaatiotakin ilmeni vain osassa luokkia. Lisäksi suurimmaksi osaksi perheiden vastaukset ovat perheen äidin antamia. Perheiden isät ja lapset olivat kirjanneet muutamia kommentteja päiväkirjaan, mutta muutoin aineisto kuvaa äitien näkemystä. Toisaalta suurin osa interventioon osallistujista oli myös äitejä. Isien vähäinen määrä onkin tyypillistä lasten ylipainoon liittyvissä interventioissa (Davison ym. 2018). Sekä perheet että ohjaajat toivat kuitenkin haastatteluissa esiin myös kritiikkiä ja kehittämissuhteita rohkeasti. Voi olla, että interventiosta ulkopuoliselle henkilölle oli helpompi esittää myös koettuja negatiivisia tai haastavia puolia, ja näin ollen tulokset kuvannevat autenttisesti perheiden kokemuksia.

4.3 Johtopäätökset

Ylipaino on kasvava ongelma, ja sen syntymiseen on syytä puuttua jo lapsuudessa. Tässä tapaustutkimuksessa aihetta lähestyttiin aiemman kirjallisuuden sekä toteutettuun elintapaintervention osallistuneiden perheiden ja intervention ohjaajien kokemusten kautta. Tarkoituksena oli selvittää hyvän intervention piirteitä.

Tämän tapaustutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset ylipainoisten lasten elintapainterventioiden rakentamisessa:

- Interventioiden sosiaalinen aspekti on keskeinen. Lasten ylipainon hoitointerventioista tulee rakentaa ryhmä- ja perhekeskeisiä.
- Ylipainoisten lasten elintapainterventioiden keskeisiä sisältöjä ovat ohjattu liikunta, tiedonanto ja ongelmanratkaisutaitojen kehittäminen. Näiden sisältöjen rakentaminen interventioihin jatkossa vaikuttaa hyödylliseltä.
- Tässä tarkasteltua interventiota tulee kehittää erityisesti perheiden muutosaikomuksen rakentamisen näkökulmasta. Teorian hyödyntäminen suunnittelussa auttaa kiinnittämään huomion keskeisiin asioihin.

- Vaikuttavien sisältöjen osoittaminen interventioista on haasteellista. Interventiot ovat monitekijäisiä, niiden raportointi voi olla heikkoa ja intervention lisäksi ihmisen käyttäytymiseen vaikuttavat lukuisat tekijät elinympäristössä.

4.4 Jatkotutkimustarpeet

Jotta toimivia elintapainterventioita voidaan suunnitella, tarvitaan kokonaisvaltaista tietoa intervention vaikuttavista piirteistä, niiden sovellettavuudesta käytäntöön sekä tietoa kohderyhmän näkemyksistä. Tieto näistä tekijöistä lasten elintapainterventioiden kohdalla on vielä puutteellista. Tämä tutkimus antaa viitteitä keskeisistä sisällöistä. Lisää tietoa kuitenkin tarvitaan erityisesti ryhmämuotoisuuden ja perhelähtöisyyden merkityksistä ja tärkeistä piirteistä. Lisäksi tarvitaan tietoa siitä, miten tiedonanto olisi hyödyllisintä toteuttaa. Tässä keskeisiksi tunnistettujen käyttäytymisen muutostekniikoiden vahvistamiseksi, olisi hyvä toteuttaa interventioita samankaltaisilla kohderyhmillä, mahdollisimman samanlaisissa olosuhteissa, mutta hyödyntäen erilaisia käyttäytymisen muutostekniikoita. Näin tekniikoiden vaikuttavuuden vertailu olisi mahdollisimman luotettavaa. Saattaa myös olla, että tekniikka ei ole vaikuttava yksistään, vaan toimii ainoastaan yhdistettynä johonkin toiseen tekniikkaan. Siksi myös erilaiset tekniikoiden yhdistelmät tulisi ottaa huomioon. Tässä tutkimuksessa ei tunnistettu yhtäkään käyttäytymisen muutostekniikka, joka olisi ruokavalion muutoksen taustalla. Kuitenkin havaittiin, että ruokavalion muutos on yhteydessä lasten painoindeksin alenemiseen. Siksi lisätutkimusta nimenomaan ruokavalion muutoksen kannalta tehokkaista tekniikoista tarvitaan.

Jotta vaikuttavia tekniikoita voidaan tunnistaa ja omaksua hyviä toimintatapoja, tulee interventioiden raportoinnissa hyvin selkeästi raportoida niiden sisällöt. Raporteissa olisi tärkeää raportoida myös tekniikoiden toteuttamisen onnistuminen. Lisäksi interventioiden suunnittelussa olisi tärkeää huomioida jo vaikuttaviksi tunnistetut sisällöt. Esimerkiksi riittävä kesto (esim. Kobes ym. 2018) ja intensiteetti (Whitlock ym. 2010) tulisi varmistaa, jotta intervention muiden piirteiden arviointi olisi mahdollista. Interventioihin tulee myös suunnitella seurantajaksoja muutoksen pysyvyyden analysoimiseksi (Smith ym. 2013; Yavuz ym. 2015).

Käytännön sovellettavuus ja toteuttamiskelpoisuus ovat tärkeitä toimivan intervention rakentamiseksi. Kuitenkin tieto intervention toteuttajien näkemyksistä on vähäistä. Interventioiden toteuttajat työskentelevät vuorovaikutuksessa kohderyhmän kanssa, joten heillä on ensikäden tie-

toa siitä, millaiset sisällöt ovat toimivia ja millaiset puolestaan haastavia soveltaa. Ammattilaisten hiljaisen tiedon hyödyntäminen interventioiden suunnittelussa toisi siihen arvokkaan lisän ja lisääisi käytännön toimivuutta. Siksi laadullinen tutkimus ohjaajien näkemyksistä siitä, mitkä käyttäytymisen muutostekniikat ovat toimivia ja miksi, olisi hedelmällistä.

Tässä tapaustutkimuksessa tarkastellun intervention arvioimiseksi olisi tärkeää saada määrällistä tietoa interventioon osallistuneiden perheiden elintapamuutoksista sekä lasten painon muuttumisesta pitkällä aikavälillä. Näin voitaisiin arvioida intervention piirteitä suhteessa intervention tuloksellisuuteen. Tässä tutkimuksessa keskityttiin ainoastaan perheiden ja ohjaajien näkemyksiin hyvistä piirteistä ja sisällöistä, eikä niitä verrattu intervention tuloksiin. Lisäksi olisi tärkeää saada tietoa niiltä perheiltä, jotka kuuluvat kohderyhmään, mutta eivät osallistu interventioon. Selvittämällä syitä, miksi interventioon ei osallistuta, voitaisiin sitä kehittää vastaamaan kohderyhmän tarpeisiin entistä paremmin. Sama koskee myös perheitä, jotka osallistuvat interventioon vain epäsäännöllisesti.

LÄHTEET

- Abraham, C., Wood, C., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., Richardson, M. & Michie, S. 2015. Reliability of Identification of Behavior Change Techniques in Intervention Descriptions. *Annals of Behavioral Medicine* 49, 885–900. DOI 10.1007/s12160-015-9727-y.
- Anglé, S. 2012a. Käyttäytymisen muutosta tukevat menetelmät perhekeskeisessä painonhallinnan ohjauksessa. Näytönastekatsaus. Käypä Hoito. Viitattu 16.10.2018. <http://www.kaypahoito.fi/>
- Anglé, S. 2012b. Lasten lihavuuden hoidon kohdentaminen. Näytönastekatsaus. Käypä Hoito. Viitattu 21.1.2018. <http://www.kaypahoito.fi/>
- Ashford, S., Edmunds, J. & French, D. P. 2010. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology* 15 (Pt 2), 265–288. doi://dx.doi.org/10.1348/135910709X461752.
- Birch, L & Davison, K. 2001. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood over-weight. *Pediatric Clinics of North America* 48, 893–907.
- Cohen, T. R., Hazell, T. J., Vanstone, C. A., Plourde, H., Rodd, C. & Weiler, H. A. 2013. A family-centered lifestyle intervention to improve body composition and bone mass in overweight and obese children 6 through 8 years: A randomized controlled trial study protocol. England: BioMed Central 13. doi:10.1186/1471-2458-13-383.
- Cohen, T. R., Hazell, T. J., Vanstone, C. A., Rodd, C. & Weiler, H. A. 2016. A family-centered lifestyle intervention for obese six- to eight-year-old children: Results from a one-year randomized controlled trial conducted in Montreal, Canada. *Canadian Journal of Public Health* 107 (4–5), e453–e460. doi://dx.doi.org/10.17269/cjph.107.5470.

- Colquitt, J., Loveman, E., O'Malley, C., Azevedo, L., Mead, E., Al-Khudairy, L., Ells, L., Metzendorf, M.-I. & Rees, K. 2016. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3. doi:10.1002/14651858.CD012105.
- Davison, K., Kitos, N., Aftosmes-Tobio, A., Ash, T., Agaronov, A., Sepulveda, M. & Haines, J. 2018. The forgotten parent: Fathers' representation in family interventions to prevent childhood obesity. *Preventive Medicine* 111, 170–176. doi:10.1016/j.ypmed.2018.02.029.
- Dombrowski, S. U., Sniehotta, F. F., Avenell, A., Johnston, M., MacLennan, G. & Araújo-Soares, V. 2012. Identifying active ingredients in complex behavioural interventions for obese adults with obesity-related co-morbidities or additional risk factors for co-morbidities: A systematic review. *Health Psychology Review* 6 (1), 7–32. doi:10.1080/17437199.2010.513298.
- Elvsaa, Ø., Giske, L., Fure, B. & Juvet, K. 2017. Multicomponent lifestyle interventions for treating overweight and obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Obesity* (6), 1–14. doi:10.1155/2017/5021902.
- Ewald, H., Kirby, J., Rees, K. & Robertson, W. 2013. Parent-only interventions in the treatment of childhood obesity: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Public Health* 36 (3), 476–489. doi:10.1093/pubmed/fdt108.
- Flynn, M., McNeil, D., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C. & Tough, S. 2006. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obesity Reviews* 7 (S1), 7–66. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00242.x.
- Foster, B., Farragher, J., Parker, P. & Sosa, E. 2015. Treatment interventions for early childhood obesity: A systematic review. *Academic Pediatrics* 15 (4), 353–361. doi:10.1016/j.acap.2015.04.037.

- Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. 2008. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä, Opetusministeriö ja Nuori Suomi.
- Glanz, K., Rimer, B. & Viswanath, K. 2008. Theory, research and practice in health behavior and health education. Teoksessa K. Glanz, B. Rimer & K. Viswanath (toim.) Health behavior and health education. Theory, research and practice. 4. painos. San Francisco: Jossey-Bass, 23–30.
- Glasgow, R. & Linnan, L. 2008. Evaluation of theory-based interventions. Teoksessa K. Glanz, B. Rimer & K. Viswanath (toim.) Health behavior and health education. Theory, research and practice. 4. painos. San Francisco: Jossey-Bass, 487–508
- Gori, D., F. Guaraldi, S. Cinocca, G. Moser, P. Rucci & M. P. Fantini. 2017. Effectiveness of educational and lifestyle interventions to prevent paediatric obesity: Systematic review and meta-analyses of randomized and non-randomized controlled trials. *Obesity Science And Practice* 3 (3), 235–248. doi:10.1002/osp4.111.
- Griffiths, L., Parsons, T. & Hill, A. 2010. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity* 5 (4), 282–304. doi: 10.3109/17477160903473697.
- Gustafson, S. & Rhodes, R. 2006. Parental correlates of physical activity in children and early adolescents. *Sports Medicine* 36 (1), 79–97.
- Hamilton, K., Kothe, E., Mullan, B. & Spinks, T. 2017. The mediating and moderating role of planning on mothers' decisions for early childhood dietary behaviours. *Psychology & Health* 32 (12), 1518–1533. doi:10.1080/08870446.2017.1351970.
- Hamilton, K., Cornish, S., Kirkpatrick, A., Kroon, J. & Schwarzer, R. 2018. Parental supervision for their children's toothbrushing: Mediating effects of planning, self-efficacy, and action control. *British Journal of Health Psychology* 23, 387–406.
- Heerman, W., JaKa, M., Berge, J., Trapl, E., Sommer, E., Samuels, L., Jackson, N., Haapala, J., Kunin-Batson, A., Olson-Bullis, B., Hardin, H., Sherwood, N. & Barkin, S. 2017. The

dose of behavioral interventions to prevent and treat childhood obesity: A systematic review and meta-regression. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14 (157). doi:10.1186/s12966-017-0615-7.

Howie, E. K., McManus, A., Smith, K. L., Fenner, A. A. & Straker, L. M. 2016. Practical lessons learned from adolescent and parent experiences immediately and 12 months following a family-based healthy lifestyle intervention. *Childhood Obesity* 12 (5). doi:10.1089/chi.2016.0091.

Iloa, leikkiä ja yhdessä tekemistä. Varhaisvuosien fyysisen aktiivisuuden suositukset. 2016. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2016:21. Viitattu 15.1.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75405/OKM21.pdf>.

Jalali, S., Sharafi-Avarzaman, Z., Rahmandad, H. & Ammerman, A. S. 2016. Social influence in childhood obesity interventions: A systematic review. *Obesity Reviews* 17 (9), 820–832. doi:10.1111/obr.12420.

Jang, M., Chao, A. & Whittemore, R. 2015. Evaluating intervention programs targeting parents to manage childhood overweight and obesity: A systematic review using the RE-AIM framework. *Journal of Pediatric Nursing* 30 (6), 877–887. doi:10.1016/j.pedn.2015.05.004.

Jiménez-Pavón, D., Kelly, J. & Reilly, J. 2010. Associations between objectively measured habitual physical activity and adiposity in children and adolescents: Systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity* 5 (1), 3–18.

Johnston, M., Johnston, D., Wood, C., Hardeman, W., Francis, J. & Michie, S. 2018. Communication of behaviour change interventions: Can they be recognised from written descriptions?. *Psychology & Health* 33 (6), 713–723. doi:10.1080/08870446.2017.1385784.

Khanal, S., Welsby, D., Lloyd, B., Innes-Hughes, C., Lukeis, S. & Rissel, C. 2016. Effectiveness of a once per week delivery of a family-based childhood obesity

intervention: A cluster randomised controlled trial. *Pediatric Obesity* 11 (6), 475–483. doi:10.1111/ijpo.12089.

Kitzman-Ulrich, H. E., Wilson, D. K. & Lysterly, J. E. 2016. Qualitative perspectives from African American youth and caregivers for developing the families improving together (FIT) for weight loss intervention. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 4 (3), 263–274. doi:10.1037/cpp0000147.

Kobes, A., Kretschmer, T., Timmerman, G. & Schreuder, P. 2018. Interventions aimed at preventing and reducing overweight/obesity among children and adolescents: a meta-synthesis. *Obesity Reviews* 19 (8) 1065–1079. doi:10.1111/obr.12688.

Koponen, P. & Hakulinen-Viitanen, T. 2010. Perheiden terveys ja terveystottumukset. Teoksessa LATE-työryhmä (toim.) Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 2/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 131–139.

Lagström H, Hakanen M, Niinikoski H, Viikari J, Rönnemaa T, Saarinen M, Pahkala K, Simell O. 2008. Growth patterns and obesity development in overweight or normal weight 13-year-old adolescents – The STRIP study. *Pediatrics* 122 (4), 876–883. doi: 10.1542/peds.2007-2354.

Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. 2007. Tapaustutkimuksen käytäntö ja teoria. Teoksessa M. Laine, J. Bamberg & P. Jokinen (toim.) Tapaustutkimuksen taito. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 9–38.

Lihavuus (lapset). 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.10.2017. www.kaypahoito.fi.

Lin, C.-Y., Scheerman, J., Yaseri, M., Pakpour, A. & Webb, T. 2017. A cluster randomised controlled trial of an intervention based on the Health Action Process Approach for increasing fruit and vegetable consumption in Iranian adolescents, *Psychology & Health* 32 (12), 1449–1468. doi:10.1080/08870446.2017.1341516.

- Ling, J., Robbins, L. B. & Wen, F. 2016. Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 53, 270–289. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.017.
- Linville, D., Savercool, V., Barrera, S., Mintz, B. & Shune, S. 2018. Qualitative perspectives on a family group intervention program for improving physical wellness. *Journal of Family Psychotherapy* 29 (3), 252–273. doi:10.1080/08975353.2018.1440098.
- Loveman, E., Al-Khudairy, L., Johnson, R., Robertson, W., Colquitt, J., Mead, E., Ells, L., Metzendorf, M. & Rees, K. 2015. Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12. doi:10.1002/14651858.CD012008.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. 2003. Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: a longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health* 18 (1), 93–110.
- Martin, J., Chater, A., & Lorencatto, F. 2013. Effective behaviour change techniques in the prevention and management of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 37 (10), 1287–94. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.jyu.fi/10.1038/ijo.2013.107
- Mead, E., Brown, T., Rees, K., Azevedo, L., Whittaker, V., Jones, D., Olajide, J., Mainardi, G., Corpeleijn, E., O'Malley, C., Beardsmore, E., Al-Khudairy, L., Baur, L., Metzendorf, M., Demaio, A. & Ells, L. 2017. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6. doi:10.1002/14651858.CD012651.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M., Cane, J. & Wood, C. 2013. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 46 (1), 81–95. doi:10.1007/s12160-013-9486-6.

- Miles, M., Huberman, A. & Saldaña, J. 2014. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. 3. painos. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Mäki, P. 2010. Muut terveystottumukset. Perheiden terveys ja terveystottumukset. Teoksessa LATE-työryhmä (toim.) *Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 2/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 101–111.
- Mäki, P. & Laatikainen, T. 2010. Lasten terveys. Perheiden terveys ja terveystottumukset. Teoksessa LATE-työryhmä (toim.) *Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 2/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 53–87.
- Mäki, P., Lehtinen-Jacks, S., Vuorela, N., Levälahti, E., Koskela, T., Saari, A., Mölläri, K., Mahkonen, R., Salo, J. & Laatikainen, T. 2017. Tietolähteenä Avohilmo-rekisteri. Lasten ylipainon valtakunnallinen seuranta. *Suomen lääkäri* 72 (4), 209–215.
- Nieuwenhuijsen, K., Hulshof, C. & Sluiter, J. 2018. The influence of risk labeling on risk perception and willingness to seek help in an experimental simulation of preventive medical examinations. *Patient Education & Counseling* 101 (7), 1291–1297. doi: 10.1016/j.pec.2018.02.011.
- O'Brien, A., J. McDonald & J. Haines. 2013. An approach to improve parent participation in a childhood obesity prevention program. *Canadian Journal of Dietetic Practice And Research* 74 (3), 143–145. doi:10.3148/74.3.2013.143.
- Olander, E. K., Fletcher, H., Williams, S., Atkinson, L., Turner, A. & French, D. P. 2013. What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 10. doi:10.1186/1479-5868-10-29.
- Ovaskainen, M-L. & Virtanen, S. 2010. Lasten ateriointi ja ruokavalinnat. Perheiden terveys ja terveystottumukset. Teoksessa LATE-työryhmä (toim.) *Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä,*

terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 2/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 88–100.

Prestwich, A., Kellar, I., Parker, R., MacRae, S., Learmonth, M., Sykes, B., Taylor, N. & Castle, H. 2014. How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions. *Health Psychology Review* 8 (3), 270–285. doi://dx.doi.org/10.1080/17437199.2013.813729.

Ranucci, C., Pippi, R., Buratta, L., Aiello, C., Gianfredi, V., Piana, N., Reginato, E., Tirimagni, A., Chiodini, E., Tomaro, E., Gili, A., De Feo, P., Fanelli, C. & Mazzeschi, C. 2017. Effects of an intensive lifestyle intervention to treat overweight/obese children and adolescents. *BioMed Research International*. doi:10.1155/2017/8573725.

Robertson, W., J. Fleming, A. Kamal, T. Hamborg, K. A. Khan, F. Griffiths, S. Stewart-Brown, S., Stallard, N., Petrou, S., Simkiss, D., Harrison, E., Kim, S. W. & Thorogood, M. 2017. Randomised controlled trial evaluating the effectiveness and cost-effectiveness of families for health, a family-based childhood obesity treatment intervention delivered in a community setting for ages 6 to 11 years. *Health Technology Assessment* 21 (1). doi:10.3310/hta21010.

Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. 2017. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 14 (1), 42–14. doi:10.1186/s12966-017-0494-y.

Scholz, U., Ochsner, S., Hornung, R. & Knoll, N. 2013. Does Social Support Really Help to Eat a Low-Fat Diet? Main Effects and Gender Differences of Received Social Support within the Health Action Process Approach. *Applied Psychology* 5 (2), 270–290. doi: 10.1111/aphw.12010.

Schwarzer, R. 2008. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology* 57 (1), 1–29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.

- Schwarzer, R. 2014. The Health Action Process Approach (HAPA). www.hapa-model.de. Viitattu 20.4.2018.
- Schwarzer, R., Lippke, S. & Luszczynska, A. 2011. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The health action process approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology* 56 (3), 161–170. doi:10.1037/a0024509.
- Serra-Paya, N., Ensenyat, A., Castro-Vinuales, I., Real, J., Sinfreu-Bergues, X., Zapata, A., Mur, J. M., Galindo-Ortego, G., Sole-Mir, E. & Teixido, C. 2015. Effectiveness of a multi-component intervention for overweight and obese children (nereu program): A randomized controlled trial. *PLoS ONE* 10 (12), e0144502. doi://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0144502.
- Serra-Paya, N., Ensenyat, A., Real, J., Castro-Viñuales, I., Zapata, A., Galindo, G., Solé-Mir, E., Bosch-Muñoz, J., Mur J. M., & Teixidó, C. 2013. Evaluation of a family intervention programme for the treatment of overweight and obese children (nereu programme): A randomized clinical trial study protocol. England: BioMed Central Ltd 13. doi:10.1186/1471-2458-13-1000.
- Shilts, M., Horowitz, M. & Townsend, M. 2004. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: A review of the literature. *American Journal of Health Promotion* 19 (2), 81–93.
- Smith, L. R., Chadwick, P., Radley, D., Kolotourou, M., Gammon, C. S., Rosborough, J. & Sacher, P. M. 2013. Assessing the short-term outcomes of a community-based intervention for overweight and obese children: The MEND 5-7 programme. *BMJ Open* 3 (5). doi://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002607.
- Srivastava, G., Palmer, K. D., Ireland, K. A., McCarthy, A. C., Donovan, K. E., Manders, A. J., McDougal, J., Lenders, C. M. & Apovian, C. M. 2018. Shape-up and eat right families pilot program: Feasibility of a weight management shared medical appointment model in african-americans with obesity at an urban academic medical center. *Frontiers in Pediatrics* 6 (101). doi:10.3389/fped.2018.00101.

- Study Quality Assessment Tools. s.a. National Heart, Lung, and Blood Institute Viitattu 22.1.2019. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.painos. Helsinki: Tammi.
- Wansink, B. 2006. Nutritional gatekeepers and the 72% solution. *Journal of the American Dietetic Association* 106 (9), 1324–1327.
- Weaver, S. P., Kelley, L., Griggs, J., Weems, S. & Umstattd Meyer, M. R. 2014. Fit and healthy family cAMP for engaging families in a child obesity intervention: A community health center pilot project. *Family & Community Health* 37 (1), 31–44. doi://dx.doi.org/10.1097/FCH.000000000000013.
- Welsby, D., Nguyen, B. O'Hara, B., Innes-Hughes, C., Bauman, A. & Hardy, L. 2014. Process evaluation of an up-scaled community based child obesity treatment program: NSW Go4Fun(R). England: BioMed Central 14. doi:10.1186/1471-2458-14-140.
- Williams, S. L. & French, D. P. 2011. What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behaviour – and are they the same? *Health Education Research* 26 (2), 308–322. doi://dx.doi.org/10.1093/her/cyr005.
- Whitlock, E., O'Connor, E., Williams, S., Beil, T. & Lutz, K. 2010. Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. *Pediatrics* 125 (2), 396–418. doi: 10.1542/peds.2009-1955
- Wright, K., Giger, J. N., Norris, K. & Suro, Z. 2013. Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: A parallel-group, randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies* 50 (6), 727–737. doi://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.004.
- Yackobovitch-Gavan, M., Wolf Linhard, D., Nagelberg, N., Poraz, I., Shalitin, S., Phillip, M. & Meyerovitch, J. 2018. Intervention for childhood obesity based on parents only or

parents and child compared with follow-up alone. *Pediatric Obesity* 13 (11), 656–657. doi://dx.doi.org/10.1111/ijpo.12263.

Yavuz, M., Ijzendoorn, H., Mesman, J. & Veek, S. 2015. Interventions aimed at reducing obesity in early childhood: A meta-analysis of programs that involve parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56 (6), 677–692. doi:10.1111/jcpp.12330.

Zoellner, J., Hill, J., You, W., Brock, D., Frisard, M., Alexander, R., Silva, F., Price, B., Marshall, R. & Estabrooks P. 2017. The Influence of Parental Health Literacy Status on Reach, Attendance, Retention, and Outcomes in a Family-Based Childhood Obesity Treatment Program, Virginia, 2013–2015. *Preventing chronic disease* 14 (E87), 4202–4214. DOI: <https://doi.org/10.5888/pcd14.160421>.

LIITTEET

LIITE 1. Haastattelurungot.

Haastattelurunko intervention ohjaajille

1. Suunnitteluprosessi

- Kuvaile, miten suunnittelit ryhmää
- Saitko suunnitteluun tukea muilta tahoilta (muut ohjaajat, esimies, järjestöt...)?
- Onko asioita, mitä suunnittelussa pitäisi mielestäsi kehittää?

2. Oma koulutus ja kokemus

- Kuvaile oman koulutuksesi roolia
- Kuvaile oman kokemuksesi roolia
- Opitko itse jotain ryhmän vetämisestä?

3. Ryhmän perustiedot

- Miten ryhmän kohderyhmäksi ovat valikoituneet ylipainoiset lapset ja heidän perheet?
- Mitä mieltä olet ryhmän kestosta?
- Mitä mieltä olet ryhmän sisällöistä?

4. Rekrytointi

- Kuvaile, miten perheet rekrytoitiin ryhmään
- Millaiset asiat koet rekrytoinnissa tärkeiksi?

5. Ryhmän ohjaaminen

- Kuvaile käyttämiäsi harjoituksia
- Millaiset asiat koet toimiviksi tai tärkeiksi tapaamisissa?
- Onko asioita, joita tapaamisissa pitäisi kehittää?
- Millaiset asiat ovat perheille mieluisia?
- Kuvaile käyttämiäsi materiaaleja

6. Mukana olevat perheet

- Kuvaile perheiden roolia ryhmän onnistumiselle
- Millaisia asioita koet, että perheet saivat ryhmästä?

7. Arviointi

- Kuvaile, miten ryhmää arvioidaan
- Kerro ryhmän tavoitteista

- Oliko sinulla omia tavoitteita koskien ohjaamiasi tapaamisia?

8. Muuta?

Haastattelurunko interventioon osallistuneille perheille

1. Aloitus

- Mitä sinulle jäi päällimmäisenä mieleen ryhmästä?

2. Ryhmän yleiset piirteet

- Mitä mieltä olet ryhmän kestosta?
- Mitä mieltä olet ryhmään rekrytoinnista?
- Mitä mieltä olet tavoitteiden asettamisesta ryhmässä?
- Mitä mieltä olet ryhmän ohjaajista?

3. Ryhmän sisällöt

- Mitä mieltä olet ryhmässä käsitellyistä aiheista? Olisitko kaivannut jotain muuta?
- Mikä oli mielestäsi paras tapaaminen? Miksi?
- Entä oliko joku tapaaminen huono tai epämieluisa? Mikä ja miksi?

4. Ryhmässä tehdyt harjoitukset

- Millaisia harjoituksia ryhmästä on jäänyt mieleesi?
- Mikä tai mitkä olivat mielestäsi parhaita harjoituksia? Miksi?
- Oliko ryhmässä harjoituksia, jotka eivät sopineet teille? Miksi?
- Mitä mieltä olet ryhmässä käytetyistä materiaaleista?

5. Oma tilanne

- Kuinka aktiivisesti osallistuitte tapaamisiin? Millaisia syitä siihen oli?
- Millaisia asioita koette saaneenne ryhmästä?
- Onko perheessänne tapahtunut muutoksia ryhmän jälkeen?
- Onko vielä asioita, mitä haluaisitte elintavoissanne muuttaa?

6. Muuta

- Onko vielä jotain, mitä olisitte ryhmältä toivoneet?
- Onko vielä jotain, mistä haluaisit antaa palautetta?

LIITE 2. Analyysikehys. Teemat esitetty lihavoituna isoilla kirjaimilla, yläluokat lihavoituna pienillä kirjaimilla ja alaluokat normaalilla tekstillä.

PERHEET – TOIMIVA RYHMÄ

Kokemus kokonaisuutena hyvä

Ryhmän käyminen koetaan hyväksi kokemukseksi

Tapaamiset koetaan pääasiassa mukaviksi

Ryhmä koetaan hyödylliseksi

Ryhmä koetaan rennoksi

Lapset pitivät ryhmästä

Lapsi viihtyy ryhmässä

Sisarus viihtyy ryhmässä

Lapsi pitää ryhmässä liikkumisesta

Yhdessäolo ja liikkuminen lapsen kanssa tärkeää

Lapsen kanssa yhdessäolo mukavaa

Lapsen kanssa liikkuminen ja leikkiminen mukavaa

Kokemukset ryhmän jäsenistä

Ohjaajien ja ryhmän jäsenten tapaaminen mukavaa

Ryhmä koetaan mukavaksi

Samankaltaisuus ryhmän jäsenten kesken koetaan positiivisena

Samankaltaisuus ryhmäläisten kesken koetaan hyödylliseksi

Ajatuksia ryhmän toiminnasta

Ryhmän jäsenten yhdessäolo tapaamisissa koetaan tärkeäksi

Ryhmäytyminen koetaan tärkeäksi

Ryhmän koostumus vaikuttaa sen toimimiseen

Keskustelu muiden kanssa tärkeää

Ryhmästä toivotaan tukea terveellisiin elintapoihin

Ajatuksia ryhmän asiasisällöstä

On yksittäisiä kertoja, jotka koetaan epämiellyttäväiksi

Ryhmän asiasisältö koetaan kattavaksi

Mahdollisuus liikkumiseen koetaan positiivisena

Ravitsemusasioiden kertaaminen ja muu tiedonanto

Hyviä kokemuksia ryhmän eri piirteistä

Tavoitteiden asettaminen koetaan tärkeäksi ja haastavaksi

Materiaalit koetaan pääasiassa hyvinä

Ryhmän kesto koetaan sopivaksi

Ryhmän vetäjät koetaan hyväiksi

Kokemukset ryhmään rekrytoimisesta

Rekrytointiprosessissa koetaan ongelmia

Ammattilaisen rooli osallistumiselle on tärkeä

PERHEET – RYHMÄN ANTI OMAAN ARKEEN

Ryhmästä sai tietoa ja vinkkejä arkeen

Ryhmästä toivottiin ideoita arkeen

Ryhmästä sai tietoa ja vinkkejä

Ryhmästä sai ruoka- ja liikuntavinkkejä

Ryhmästä saatu itsetuntemus ja sosiaaliset suhteet

Ryhmästä sai oivalluksia itsestä ja omasta lapsesta

Ryhmästä sai sosiaalisia suhteita

Muutoksia elintavoissa

Elintavoissa konkreettisia muutoksia

Ryhmä aktivoi terveellisempään toimintaan

Resursseja tulevaisuuteen

Haasteita ryhmästä hyötymisessä

Elintapamuutokseen ei olla valmiita tai siihen ei pystytty

Ryhmästä ei ole mitään erityistä sanottavaa

Asioita ei ole tullut tehtyä

OHJAAJAT – INTERVENTION SUUNNITTELU,

MAHDOLLISTAMINEN JA KEHITTÄMINEN

Tapaamisten suunnittelu

Suunnittelussa erilaisia lähtökohtia

Ryhmän suunnittelu etukäteen on tärkeää

Kokemus helpottaa suunnittelua

Suunnittelu on itsenäistä

Priorisointi ja tasapainoilu asiasisältöjen valinnassa

Rekrytointiprosessin haasteet

Terveydenhoitajilla puutteellisia tietoja ryhmästä

Pitkä jonotusaika ryhmään tuo haasteita

Perheiden rekrytointi jonosta haastavaa

Tuki muilta ammattilaisilta

Esimiehen tuki koetaan niukaksi

Yhteistyö muiden ohjaajien kanssa sujuvaa

Käytännön asioiden toimivuus

Käytännön asioiden sujuminen koetaan tärkeäksi

Käytännön asiat asettavat reunaehdoja toiminnalle

Ryhmän tavoitteena elintapamuutokset ja painonnousun hillitseminen

Ryhmän tarkoituksena elintapamuutokset

Ryhmän vaikuttavuus suhteessa painoon

Ryhmän kehittäminen

Ryhmän kehittäminen olisi tärkeää

Ryhmän virallinen asema nähdään heikkona

Perheiden palaute muokkaa ryhmää

Muiden kokemus auttaa kehittämään

Haasteita palautteen saamisessa

Palautteen saaminen perheiltä koetaan haastavaksi

Hedelmällisin palaute tapaamisesta ryhmän jälkeen

OHJAAJAT – INTERVENTION OHJAAMINEN

Ohjaajien oma osaaminen

Ohjaamistaidot koetaan olennaisiksi

Oma ja muiden kokemus auttaa kehittämään

Ryhmän yhteenkuuluvuus ja keskustelu

Keskustelu koetaan tärkeäksi

Tiedonannon ja keskustelun välillä tasapainoilu

Vieraskielisyys vaikeuttaa osallistumista

Ryhmäytyminen tärkeää keskustelulle

Samojen ihmisten käyminen tapaamisissa koetaan tärkeäksi

Perheiden arkielämän tukeminen

Perheiden tukeminen koetaan tärkeäksi

Käytännönläheinen ote harjoituksissa koetaan tärkeäksi

Liikkuminen tuo hyötyjä perheille

Ohjauksen mukauttaminen

Perheiden yksilöllisyyden huomioiminen

Suunnitellun mukauttaminen perheiden kiinnostusten mukaan

OHJAAJAT – PERHEIDEN TILANNE JA TOIMINTA

Tavoitteet ja motivaatio olennaisia

Tavoitteiden asettaminen koetaan tärkeäksi

Tavoitteiden asettaminen perheille haastavaa

Ryhmä vaatii motivaatiota

Perheiden motivointi koetaan haastavaksi

Muutoshalukkuuden herättäminen ja ylläpito ennen ryhmää

Haasteita ryhmään sitoutumisessa

Ryhmään on sitouduttava

Perheiden sitouttaminen koetaan haastavaksi

Perheiden sitoutuminen ryhmään koetaan vähäiseksi

Elintapamuutos vaatimukset

Elintapamuutos vaatii voimavaroja

Elintapamuutos on ymmärrettävä kokonaisvaltaisesti

Perheiden suhtautuminen elintapamuutokseen

Herkkä aihe asettaa haasteita toiminnalle

Perheiden tulisi herätä pohtimaan omaa tilannettaan

Perheet voivat pelästyä tavoitteellisuutta

LIITE 3. Analysoitujen tutkimusten arviointi. RCT-tutkimukset. ER=Ei raportoitu.

	2. Wright ym. 2013	4. Serra- Paya ym. 2015	5. Cohen ym. 2016	6. Khanal ym. 2016	8. Robert- son ym. 2017	11. Yacko- bovitch- Gavan ym. 2018
Kuvattiinko tutkimusta sa- tunnaistetuksi?	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Oliko ryhmien muodosta- minen satunnaista?	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	ER
Oliko ryhmään satunnaista- minen salattua?	ER	Kyllä	Kyllä	ER	Kyllä	ER
Olivatko osallistujat ja in- tervention toteuttajat sok- koutettuja?	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Olivatko tulosten mittajat sokkoutettuja?	ER	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	ER
Olivatko interventio- ja verrokkiryhmät samanlai- sia alkumittauksissa?	Ei (fyysi- nen aktiivi- suus)	Kyllä	Ei (sosio- ekonomi- nen asema)	Kyllä	Ei (sosio- ekonomi- nen asema)	Kyllä
Oliko pudokkaiden koko- naismäärä enintään 20 %?	Kyllä	Ei (21 %)	Kyllä	Ei (34 %)	Kyllä	Ei (38 %)
Oliko ero pudokkaiden määrässä ryhmien välillä alle 15 prosenttiyksikköä?	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Noudattivatko osallistujat intervention protokollaa?	Kyllä	Ei (osallis- tuminen vähäistä)	ER	Kyllä	Ei (osallis- tuminen vähäistä)	ER
Vältettiin, etteivät osal- listujat saaneet samanaikai- sesti muita interventioita?	ER	ER	ER	ER	ER	ER

Arvioitiinko lopputulos- muuttujat valideilla ja reli- aabeilla tavoilla?	Kyllä	Kyllä	ER	Kyllä	Kyllä	ER
Oliko otoskoko riittävä ha- vaitsemaan ero päämuuttu- jassa ryhmien välillä väh. 80 % voimalla?	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Raportoitiinko lopputulos- muuttujat tai analysoitiinko alaryhmät etukäteen ilmoi- tetun mukaan?	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Käytettiinkö analyysissä intention-to-treat -periaa- tetta?	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Ei
Kyllä vastauksia yhteensä	9 / 14	10 / 14	7 / 14	9 / 14	10 / 14	5 / 14

LIITE 4. Analysoitujen tutkimusten arviointi. Pre–post interventiotutkimukset. ER=Ei raportoitu.

	1. Smith ym. 2013	3. Weaver ym. 2014	7. Ranucci ym. 2017	9. Zoellner ym. 2017	10. Srivastava ym. 2018
Oliko tutkimuskysymys tai tutkimuksen tarkoitus selkeä?	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Olivatko sisäänottokriteerit osallistujille määritelty etukäteen selkeästi?	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Edustivatko tutkimukseen osallistujat sen perusjoukkoa?	ER	ER	ER	Kyllä	ER
Pyrittiinkö kaikki kriteereihin sopivat osallistujat rekrytoimaan?	ER	Kyllä	Kyllä	Kyllä	ER
Oliko otoskoko riittävä tuottaakseen luotettavia havaintoja?	Kyllä	Ei	Kyllä	ER	Ei
Kuvattiinko interventio selvästi ja noudattivatko osallistujat intervention protokollaa?	Kyllä	Ei (osallistuminen vähäistä)	ER	Ei (osallistuminen vähäistä)	Ei (osallistuminen vähäistä)
Kuvattiinko lopputulosmuuttujat etukäteen selkeästi ja arvioitiinko ne valideilla ja reliaabeilla mittareilla samalla tavalla kaikilta osallistujilta?	ER	ER	ER	Kyllä	ER
Olivatko muuttujien mittaajat / tulkitsijat sokkoutettuja?	ER	ER	ER	ER	ER
Oliko pudokkaiden määrä seurannassa enintään 20 %? Olivatko pudokkaat mukana analyysissä?	Ei (38 %)	Ei	ER	Ei (30 %)	Ei (38 %)

Arvioivatko tilastolliset menetelmät muutoksia ennen ja jälkeen kohtien välillä? Arvioitiinko p-arvot näille muutoksille?

Kyllä

Ei

Kyllä

Kyllä

Kyllä

Otettiin mittaukset useasti ennen ja jälkeen intervention?

Ei

Ei

Ei

Ei

Ei

Jos interventio toteutettiin ryhmätasolla, ottivatko tilastolliset menetelmät huomioon yksilötason datan käytön ryhmätason vaikutusten määrittämisessä?

Kyllä

-

Kyllä

Ei

-

Kyllä vastauksia yhteensä

6 / 12

2 / 11

6 / 12

6 / 12

3 / 11
