

Virpi Muurman

”KOHTI KEVYEMPÄÄ ELÄMÄÄ”

- Osallistuneiden kokema hyöty
ryhmäohjauksesta

Opinnäytetyö
Ylempi ammattikorkeakoulu / Terveysten edistäminen

2017



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tekijä/Tekijät Virpi Muurman	Tutkinto Terveysten edistäminen/ YAMK	Aika Huhtikuu 2017
Opinnäytetyön nimi "Kohti kevyempää elämää" – Osallistuneiden kokema hyöty ryhmäohjauksesta		44 sivua 12 liitesivua
Toimeksiantaja Kotkan Terveysenedistämisyksikkö		
Ohjaaja Marja-Leena Kauronen, yliopettaja		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tilaajana oli Kotkan terveydenedistämisyksikkö. Tämän opinnäytetyön tuloksia käytetään ryhmäohjauksen kehittämiseen Kotkan perusterveydenhuollossa. Lisäksi oli tarkoitus selvittää, oliko ryhmäohjauksesta hyötyä.</p> <p>Tutkimus on laadullinen. Tutkimuksen aineisto koostui haastatteluista, ne tehtiin yksilöittäin. Haastateltavia oli seitsemän. Heistä viisi oli naisia ja kaksi miestä. Ikäjakauma oli 50–69 vuotta. Neljä heistä sairastaa tyypin 2 diabetesta. Kaikki olivat ylipainoisia. Tulokset saatiin sisällönanalyysin ja erittelyä käyttäen.</p> <p>Tässä ryhmässä saatiin hyviä tuloksia, neljä seitsemästä laihtui. Ryhmätoiminnan kehittämiseksi olisi hyvä laatia selkeä suunnitelma. Osallistujat toivoivat moniammatillista ohjausta, esimerkiksi fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin luentoja. Mahdolliset konkreettiset harjoitteet lisäisivät muutosta motivaatiota. Osallistujat kaipaavat enemmän liikuntaa ja tekemistä pelkän istumisen sijaan. Tavoitteet ovat keskeisessä osassa, mikäli halutaan tuloksia, osallistujat toivoivatkin tavoitteiden laadintaa ja niiden läpikäymistä ryhmätoiminnan aikana, tämä motivoisi enemmän. Lisäksi voitaisi ottaa alussa ja lopussa veriarvot, niistä nähtäisiin miten terveellisempään elämään annettu ohjaus vaikuttaa.</p> <p>Elintapamuutosryhmäohjauksen systemaattisella kehittämisellä Kotkan perusterveydenhuolto saavuttaisi suuren joukon ihmisiä joilla on riski sairastua lihavuudesta johtuviin sairauksiin. Lisäksi voitaisi markkinoida tätä uutta elintapamuutosryhmätoimintaa niin, että siihen voisi terveydenhuollon ulkopuoleltakin osallistua, näin saavutettaisi mahdollisesti joukko ihmisiä, joilla ei vielä ole terveysongelmia, mutta selkeä riski on jo olemassa. Jatkotutkimusehdotuksina, kuinka terveydenhuollonammattilainen voisi motivoida ja tukea motivaatiota, miten mediaa voisi hyödyntää tehokkaammin elintapamuutoksen tekemisessä. Elintapamuutosryhmätoiminnan systemaattinen kehittäminen Kotkan perusterveydenhuollossa sekä luodun ryhmätoiminnan markkinointi. Lisäksi voisi tutkia, kuinka tulee kehittää yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa.</p>		
Asiasanat ryhmäohjaus, laihdutus, lihavuus, aikuiset, 2 tyypin diabetes		

Author (authors)	Degree	Time
Virpi Muurman	Master's Degree of Health Promotion	April 2017
Thesis Title "Towards the Lighter Life" –The Experience and Benefits of The Group Counseling		44 pages 12 pages of appendices
Commissioned by Kotka Health Promotion Unit		
Supervisor Marja-Leena Kauronen, Principal Lecturer		
<p>Abstract</p> <p>This thesis was commissioned by Kotka Health Promotion Unit. The results of this thesis are used in the development of group counseling in Kotka Primary Health Care, also was to find out if there was benefit from group counseling.</p> <p>The thesis is qualitative. The research material consists of interviews; that were made individually. There were seven interviewees. Participants were five women and two men. The age range was 50–69. Four of them suffer from type 2 diabetes. All participants were overweight. The results were created with content analysis and content specification.</p> <p>This group obtained good results, four of the seven participants lost weight. To develop group counseling it would be good to set clear objectives. The participants hoped for guidance from a professional, for example lectures by physiotherapists and nutritionists and possible concrete exercises would increase the motivation to change. The participants wanted more exercise instead of only sitting. Objectives are great importance when desired results. The participants hoped that objectives were determined and discussed during group activities, because this would motivate more. In addition, blood tests could be taken at the beginning and at the end of the group activity because this way could be noticed how a healthier lifestyle affected to the participants.</p> <p>By systematic lifestyle-change group counseling Kotka primary health care can achieves a large group of people which are likely to suffer from obesity diseases. In addition, would be marketing these new lifestyle-change group activities people participate also from outside of the health care services. This could achieve few of people who are not having yet health problems, but a clear risk already exists. Further research suggestions would be; how a health care professional could motivate and support for motivation. How the media could be utilized more efficiently when making lifestyle changes. Systematic development of lifestyle-change group activities for the Kotka Primary Health Care unit, as well the marketing of created group activities are also important objectives. In addition, would be developed cooperation with the third sector.</p>		
<p>Keywords group counseling, weight loss, obesity, adults, type 2 diabetes</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	YLIPAINO, METABOLINEN OIREYHTYMÄ JA TYYPIN 2 DIABETES	7
2.1	Ylipaino.....	8
2.2	Metabolinen oireyhtymä.....	9
2.3	Tyypin 2 diabetes.....	10
3	MOTIVAATIO, VERTAISTUKI JA RYHMÄTOIMINTA.....	11
3.1	Motivaatio	12
3.2	Vertaistuki.....	14
3.3	Ryhmäohjaus.....	14
3.3.1	Ryhmäohjaajan rooli	16
3.3.2	Ryhmätoiminnan järjestäminen	17
3.4	Aiempien tutkimusten tuloksia elämäntapamuutoksesta ryhmäohjauksen avulla .	19
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
5	AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	21
5.1	Aineisto ja tutkimuksen kulku.....	21
5.2	Tutkimusmenetelmä ja Sisällönanalyysi	22
6	TULOKSET.....	24
6.1	Taustatiedot ja ennakko odotukset	24
6.2	Ryhmätoiminnan järjestäminen.....	24
6.3	Ryhmäohjaus.....	26
6.4	Ryhmäohjaaja.....	27
6.5	Vertaistuki.....	29
6.6	Motivaatio	29
7	POHDINTA.....	31
7.1	Tulosten tarkastelu	31
7.2	Suosituksien, jatkotutkimusehdotukset ja hyödynnettävyys	36
7.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	37
	LÄHTEET.....	40

LIITTEET

Liite 1. Tyypin 2 diabeteksen riskitesti

Liite 2. Esittely

Liite 3. Suostumus haastatteluun

Liite 4. Teemahaastattelurunko

Liite 5. Taulukko teemahaastattelun sisällön tarkastuksesta

Liite 6. Esimerkki sisällön erittelystä

Liite 7. Esimerkki teorialähtöisestä sisällönanalyysistä

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tilaaja oli Kotkan kaupungin Terveydenedistämisyksikkö. Kotkan perusterveydenhuollossa on järjestetty satunnaisesti laihdutusryhmiä, mutta varsinaista elintapamuutokseen tähtäävää systemaattista ryhmätoimintaa ei ole ollut. Näin ollen Kotkan terveydenedistämisyksikkö haluaa tämän opinnäytetyön avulla saada tietoa, miten ryhmätoimintaa voisi kehittää ja onko ryhmätoiminnasta hyötyä Kotkan alueella. Työelämänohjaajina olivat Terveydenedistämisyksikön työntekijä sekä Kotkansaaren terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabeteshoitaja. Tapasimme muutamia kertoja sekä viestimme sähköpostin avulla.

Alkuvuodesta 2016 alkoi elintapamuutosryhmä ylipainoisille sekä 2 tyypin diabetespotilaille. Ryhmäohjaajana toimi Kotkansaaren terveystieteiden tutkimuskeskuksen diabeteshoitaja. Ryhmän tarkoituksena oli auttaa painonhallinnassa ja elämäntapojen muutoksessa terveellisempään suuntaan. Ryhmään osallistui 8 henkilöä. Ryhmä koostui naisista sekä miehistä. Ikäjakauma oli noin 30–70 vuotta. Ryhmään valituilla henkilöillä ei ollut selkeää valintakriteeriä, vaan heidät oli valikoitu hoitajien vastaanotoilta ja erikoissairaanhoidon ravitsemusterapeutin kautta, yksi ryhmään valikoitumisen aihe oli osallistujan motivaatio laihtua. Tässä opinnäytetyössä tutkitaan ryhmäohjaukseen osallistuneiden kokemuksia ja ryhmäohjauksesta saatuja hyötyjä. Aihe on ajankohtainen, koska suomalaisista miehistä 60 % ja naisista 43 % oli ylipainoisia keuhkokuumeen saattajien tietojen mukaan (Heldan & Helakorpi 2015, 21). Lihavuus aiheuttaa erilaisia sairauksia, yksi merkittävä lihavuudesta johtuva sairaus on esimerkiksi tyypin 2 diabetes (Duodecim 2015), joka huonolla hoitotasolla ollessaan aiheuttaa monia liitännäissairauksia (THL 2014b). Näiden sairauksien vuoksi ihmisten elämänlaatu huononee sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kulut nousevat. Tutkittavassa ryhmässä neljällä seitsemästä oli tyypin 2 diabetes, kolme muuta henkilöä oli merkittävästi ylipainoisia.

Ryhmäohjauksella tavoitettaisiin useampi interventiota tarvitseva ihminen, tehokas ryhmäohjaus mahdollistaisi kustannustehokkaan keinon puuttua tarpeeksi ajoissa elintapoihin. Kustannustehokkuutta voisi ajatella myös siltä kannalta, että mikäli ryhmästä saadaan useampi muuttamaan elintapojaan, he laihtuvat

ja heidän riskinsä saada tyyppin 2 diabetes pienenee tai poistuu. Tällöin yhteiskunta säästäisi mahdollisissa lääkehoitokuluissa sekä sairaalamaksuissa. (THL 2014b). Ryhmäohjauksessa osallistujat saavat myös toinen toisiltaan vertaistukea, joka voi lisätä motivaatiota muutoksen tekemiseen. Varhaisessa vaiheessa tehdyllä interventiolla saavutettaisiin kauaskantoisesti säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollossa, myös ihmisten elämänlaatu paranisi huomattavasti.

2 YLIPAINO, METABOLINEN OIREYHTYMÄ JA TYYPIN 2 DIABETES

Ylipaino on yleistynyt, sitä on kaikissa sosiaaliluokissa, niin miehillä kuin naisillakin (Pietiläinen 2015, 8). Ylipainoon liittyy erilaisia sairauksia esim. tyyppin 2 diabetes. Ylipaino, metabolinen oireyhtymä ja tyyppin 2 diabetes yleistyvät kaikkialla maailmassa. Näiden torjunnan laiminlyöminen tai niissä epäonnistuminen saattaa johtaa useammassa maassa terveydenhuollon romuttumiseen. (Saaristo, Mäkinen & Peltonen 2005, 469–475.) Diabetes on yleistynyt vauhdilla. Maailman diabetes potilaista noin 80–90 % sairastaa tyyppin 2 diabetesta. Suomessa diabetespotilaiden määrä on noin 350 000, joista noin 300 000 sairastaa tyyppin 2 diabetesta. (Ilanne-Parikka, Rönnemaa, Saha & Sane 2015, 10.) Yhden komplisoimattoman diabetespotilaan hoito vuodessa maksaa noin 1300 euroa, mutta yhden diabetespotilaan hoito maksaa vuodessa noin 5700 euroa, jos mukana on liitännäissairauksia. (THL 2014b.) Eurooppaan verrattuna Suomi on vähän keskitasoa lihavampaa kansaa. (THL 2012). Pohjoismaisessa vertailussa Suomi on kolmanneksi lihavin kansa, Islanti on toisella sijalla ja Grönlannissa on Pohjoismaiden lihavin kansa. (Kongerslev, Petersen, Stenz, Gissler, Latvala, Svavarsdóttir, Ramm & Lütz 2015, 47). Sairaanhoidopiireittäin katsottuna Kymenlaakson sairaanhoitopiiri on Suomen viidenneksi lihavin sairaanhoitopiiri (Sotkanet 2015). Suomessa hoikimmat ihmiset asuvat pääkaupunkiseudulta, usein normaalipainoinen ihminen on hyvin koulutettu (THL 2012). Koska ylipainoisia ja lihavia ihmisiä on runsaasti, kuntien pitäisikin madaltaa kynnystä tehdä elintapamuutos kaikilla mahdollisilla tavoilla, myös perusterveydenhuollon ulkopuolella. Tämä tarkoittaisi sitä, että kävelyreiteistä ja virkistymisalueilta pidettäisiin huolta. Myös terveyskeskuksissa voitaisi kehittää omatoimisen muutoksen valinneille ”työkalupakki”. Tällainen ”pakki” voisi sisältää esimerkiksi testejä, tietolähteitä, käsikirjoja ja siinä voitaisi hyödyntää jo olemassa olevaa tukimahdollisuutta, kuten Pieni päätös

päivässä -sivustoa. (Peltonen, Lindström & Tuomilehto 2009, 238; Salmela 2012, 86.)

2.1 Ylipaino

Elintason noususta huolimatta ylipaino on kasvanut epidemian lailla. Ylipainoiseksi luokitellaan ihminen jonka painoindeksi ylittää 25. Painoindeksi ei erottele lihas- ja rasvamassaa. Painoindeksin luotettavuutta tulee arvioida erikseen, varsinkin ikääntyneiden ollessa kyyseessä, mikäli lihaskato on suuri. Pieni painoindeksin lukema ei poissulje epäedullisen kehonkoostumuksen mahdollisuutta (Pietiläinen 2015, 8, 30 - 31). Tässä tutkimuksessa osallistuneiden henkilöiden BMI-arvoa ei laskettu, he kaikki olivat silmämääräisesti ylipainoisia.

Ylipainon toinen mittari on vyötärönympäryys. Vyötärönympäryys kannattaa huomioida silloin, kun painoindeksi ei ole kovin suuri, ylipainon hoito voi olla silloinkin aiheellista. Naisilla yli 90 cm ja miehillä yli 100 cm vyötärönympäryys luokitellaan vyötärölihavuudeksi, josta voi olla seurauksena metabolisten sairauksien vaara. Painonhallinnassa voidaan käyttää apuna myös kehonkoostumismittaria. Rasva voi kertyä sellaisiin elimiin, missä ei luontaisesti juurikaan ole rasvaa. Tällaista rasvaa kutsutaan ektooppiseksi rasvaksi. Aineenvaihdunnan häiriöiden kehittyminen ja tyypin 2 diabetes riski liittyy usein ektooppiseen rasvaan. (Pietiläinen 2015, 31–33.) Tähän tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden vyötärönympäryyden mittaus oli vapaaehtoista. Heille tehtiin kerran kehonkoostumusmittaus, mutta sitä ei käytetty systemaattisesti kaikille, vain sillä kerralla mukana olleet saivat tiedon kehonkoostumuksesta.

Ympäristötekijät sekä geenit vaikuttavat ylipainon kehitykseen. Geenit eivät ole niin huonoja kenelläkään, ettei painonhallinta onnistuisi. Painonhallintaan vaikuttavat ihmisten valitsemat elintavat. Ylipaino johtuukin useimmin kotona opituista elintavoista. Ruoka on hyvin energiapitoista ja ihmiset liikkuvat vähemmän kuin aiemmin. (Pietiläinen ym. 2015, 9–10.) Nykyinen liikuntasuositus aikuisille UKK-instituutin mukaan on 2h 30min reipasta kestävyysliikuntaa/viikossa tai 1h 15min/viikossa rasittavaa kestävyysliikuntaa, sen voi jakaa useaan kertaan. Tämän lisäksi tulisi tehdä 2 kertaa viikossa lihasvoima harjoit-

tuksia. Yli 65-vuotiaille on muuten samanlaiset liikunta suositukset, mutta lihasvoimaharjoitusten määrä nousee 2 – 3 kertaan viikossa. (UKK-instituutti 2014.) Tutkittavana ollut ryhmätoiminta painottui luentoisiin PPP -ohjeistuksen mukaisesti.

Ylipainoa voidaan ehkäistä ja parantaa painonhallinnan avulla. Painonhallinnassa auttaa uusien syömistottumusten opettelu sekä liikunnan lisääminen päivittäisiin toimiin. Elintapoja ei pidä muuttaa jyrkästi. Vain vähän kerrallaan niin, että niistä tulee pysyviä. (Borg 2015, 128.) Liikunta lisää terveysvaikutuksia jo ennen kuin paino alenee. Puoli tuntia päivässä edistää terveyttä ja tunti päivässä auttaa laihtumaan. Terveysriskit pienenevät liikunnan avulla, vaikka paino ei alenisikaan. Aineenvaihdunta paranee, lihasmassa kasvaa. Liikunta tuottaa suurempia terveysvaikutuksia kuin pelkkä ruokavaliolla laihtuttaminen. Sen avulla tuetaan pysyvää painonhallintaa. (Borg & Heinonen 2015, 170–171.) Henkilökohtaiset toteutettavissa olevat tavoitteet tukevat onnistumista. Usein toteutettavissa oleva tavoite on arkiliikunnan lisääminen. Istutaan vähemmän ja ollaan jalkeilla enemmän. Pienikin liikunta kuormittaa kehoa, varsinkin mikäli painoa on hyvin runsaasti. (Borg, Heinonen & Haikarainen 2015, 172–173.) Pysyviin lopputuloksiin päästään, vähän kerrallaan liikuntaa lisäämällä ja syömistottumusten muutoksella. Laihtumisen keskeinen tekijä on kuitenkin halu muutokseen.

2.2 Metabolinen oireyhtymä

Metabolinen oireyhtymä (MBO) on tila, jossa ihmiselle on kasautunut monia riskitekijöitä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tyypin 2 diabetekseen. MBO on elintapasairaus, johon joillakin ihmisillä on perinnölliset tekijät. Tutkimuksissa on selvinnyt, että rasvakudoksen määrän lisääntyminen ja sen kertyminen vatsapeitteiden sisälle ja sisäelimien ympärille johtaa aineenvaihdunnallisiin häiriöihin. (Vauhkonen & Holmström 2004, 349.) Suomalaisilla miehillä on enemmän MBO:ä kuin naisilla, mutta naisten osuus on kasvanut miesten osuutta enemmän (Hu, Lindström, Jousilahti, Peltonen, Sjöberg, Kaaja, Sundvall & Tuomilehto 2007, abstract). Sen keskeinen aineenvaihdunnallinen häiriö on insuliiniresistenssi, elimistön kyky käyttää insuliinia heikenee. Vaikeassa MBO:ssa haima joutuu tuottamaan runsaasti insuliinia pitääkseen elimistön verensokeritasapainon normaalina, mutta aikaa myöten haima

saattaa uupua ja seurauksena on aluksi heikentynyt sokerin sieto ja lopulta tyyppin 2 diabetes. (Vauhkonen & Holmström 2004, 349 – 351.) Metabolista oireyhtymää vastaan voidaan taistella elintapamuutoksilla, lisäämällä liikuntaa ja keventämällä ruokavaliota, potilasohjauksen tulee kuitenkin olla ammatti- maista (Turku 2007, 15 – 16; Winell 2009).

Metabolisen oireyhtymän kriteerit täyttyvät, jos seuraavasta viidestä kohdasta kolme täyttyy (Mustajoki 2016)

1. Vyötärön ympäryys ylittää 100 cm miehillä ja 90 cm naisilla. Vaara metaboli- seen oireyhtymään on jo olemassa jos vyötärön ympäryys ylittää miehillä 94 cm ja naisilla 88 cm.
2. Veren triglyseriinien määrä veressä on suurentunut (yli 1,7 mmol/l).
3. Veren hyvä kolesteroli eli HDL määrä on pienentynyt (alle 1,0 mmol/l mie- hillä, naisilla alle 1,3 mmol/l).
4. Verenpaine on koholla (130/85).
5. Yön paaston jälkeen otettu verensokeri arvo on ylärajoissa tai ylittää sen (5,7 mmol/l).

2.3 Tyypin 2 diabetes

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka aiheutuu haiman erittämän insulii- nihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta tai molemmista. Usein tähän liittyy myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriö. (Saraheimo 2015, 9.) Suomessa viimeisen vuosikymmenen aikana tyyppin 2 diabetes lääkkeiden käyttäjämäärät ovat suurentuneet 75 %. Diabetesta sai- rastavien määrän on ennustettu tulevaisuudessa vain nousevan. Tähän on syynä liian runsasenergiset ja rasvaiset ruoat sekä väestön ikääntyminen ja vähäinen liikunnan määrä. (Saraheimo & Sane 2015, 10.) Tässäkin tutkitta- vassa ryhmässä neljä seitsemästä sairasti tyyppin 2 diabetesta.

Yli puolet tyyppin 2 diabeetikoista on yli 65 -vuotiaita. Tälle diabetesmuodolle ominaista on se, että verensokeri nousee hitaasti ajan kanssa eikä siitä ai- heudu selkeitä oireita. Tyypin 2 diabetes todetaankin usein sattumalta jonkin muun sairauden yhteydessä. Kun verensokeri on riittävän korkea, sokeria al- kaa erittyä virtsaan. Oireina saattavat olla lisääntynyt virtsaneritys, janon tunne ja laihtuminen. Tyypin 2 diabetes on perinnöllinen sairaus: jos toinen vanhemmista sairastaa tätä tautia, on lapsilla 40 % mahdollisuus sairastua

myös. Äidin puolelta tuleva riski on hieman suurempi kuin isän puolelta. Tyypin 2 diabeteksen lisääntymisen syynä on siis lisääntynyt ylipaino, etenkin vyötärön seudulle kertynyt massa, liikunnan vähäisyys ja suurten ikäluokkien ikääntyminen siihen ikään, jolloin tämä sairaus yleensä puhkeaa. Liikunnan vähäisyys altistaa verensokerin nousulle, kun taas liikunta ehkäisee verensokerin liiallista nousua. (Saraheimo 2015, 18–20.)

Perinnöllisille tekijöille ei voida mitään, mutta ulkoisiin tekijöihin eli elintapoihin voidaan vaikuttaa. Erytisen tärkeää olisi tunnistaa ne henkilöt, joilla on suuri sairastumisriski. Terveystieteissä olisikin hyvä seuloa tyypin 2 diabetesta esim. siihen kehitetyllä riskitestillä (Liite 1). Testi löytyy myös verkkosivulta http://www.diabetes.fi/tyyppi2/tee_diabeteksen_riskitesti se on laadittu Kansanterveyslaitoksella suomalaisten väestöpohjaisten FIN-RISKI-tutkimusten perusteella. Riskitesti herättelee ajattelemaan omia elintapojaan ja mahdollisia muutostarpeita. (Ilanne-Parikka 2015, 25–28.) On arveltu, että diabetes olisi ehkäistävissä tai ainakin siirrettävissä myöhemmälle iälle, puuttamalla riskitekijöihin riittävän varhaisessa vaiheessa (Valle, Lindström, Eriksson, Uusitupa & Tuomilehto 2001, 1517).

Painonhallinta pienentää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Aineenvaihduntahäiriötä voidaan korjata jo 5–10 % laihduttamisella, näin voidaan myös vähentää lääkkeiden tarvetta. (Aro & Heinonen 2015, 164.) Painonhallintaa tukee liikunta. Liikunnalla onkin myönteisiä vaikutuksia tyypin 2 diabetekseen. Lihakset pystyvät käyttämään paremmin glukoosia energiaksi ja verensokeritaso laskee. Tämä pätee niin terveisiin kuin tyypin 2 diabeetikoihinkin. Liikunnan pitäisi olla säännöllistä, vähintään joka toinen päivä, koska insuliiniherkkyyden koheneminen kestää 1–2 päivää. (Rönnemaa 2015, 186–187.)

3 MOTIVAATIO, VERTAISTUKI JA RYHMÄTOIMINTA

Jotta yksilö lähtee muuttamaan ruokailutottumuksiaan ja lisäämään liikuntaa päivittäisiin rutiineihinsa, hänen tulee olla motivoitunut tekemään nämä muutokset. Motivaatio lähtee yksilöstä itsestään. Terveystieteiden henkilöstön tulisi tietää, kuinka ihminen motivoituu esimerkiksi elintapamuutoksen tekemiseen.

Ryhmäohjauksessa tulisi antaa myös yksilöllistä ohjausta, jotta löydetään yhdessä ohjattavan kanssa hänen motivaationsa. Usein ryhmä tuo vertaistukea, joka auttaa muutoksen tekemisessä.

Ryhmäohjausta voidaan pitää kustannustehokkaana toimintana, koska siinä yksi ohjaaja tavoittaa joukon neuvontaa ja tukea tarvitsevia yksilöitä. Yhdenkin potilaan elintapamuutos voi olla merkittävä säästö, mikäli riskit sairastua pienenevät tai poistuvat kokonaan. (Lumiaho, Villberg, Vanhala & Kettunen 2015, 35–43.) Perusterveydenhuollossa annetulla ohjauksella ja neuvonnalla voidaan vaikuttaa merkittävästi useisiin elintapamuutoksiin, suhteellisen vähäisillä toimilla. (Absetz & Hankonen 2011, 227) DEHKO-raportissa (Winell2009) mainitaan, että diabeteksen hoidonohjausryhmät hakevat vielä paikkaansa ja muotoaan erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskuksissa niitä käytetään harvakseltaan ja vain harvoissa terveyskeskuksissa ryhmämuotoista ohjausta käytetään systemaattisena työvälineenä. (Winell 2009, 40–41.)

3.1 Motivaatio

Oma motivaatio sekä sitoutuminen ryhmään ovat keskeisessä asemassa elintapamuutosta tehtäessä. Oma aktiivisuus ja ammattitaitoinen ohjaus edistävät sisäistä motivaatiota. Motivaatiota kannattaakin rakentaa tietoisesti, sillä elintapamuutoksen kannalta oikealla ajoituksella on iso merkitys. Aluksi yksilön täytyy miettiä huolella, millainen elämäntilanne hänellä on, vaikuttaako se kuormittavuuteen ja jaksamiseen, pätevin arvioija tähän on henkilö itse. Onkin viisasta tehdä suuria elintapamuutoksia vasta sitten, kun muu elämäntilanne sen sallii. (Turku 2015, 112; Kauronen 2016, 128; Kovanen & Multanen 2006, Tiivistelmä.) Osallistujien sisäisen motivaation puute aiheuttaa ongelmia; varsinkin repsahdusten jälkeen on vaikeuksia, koska tulee turhautumista epätydyttävien tulosten jälkeen (Minkkinen 2015, 43).

Arvojen ja motivaation kartoitus auttaa yksilöllisesti vastaamaan kysymyseen, miksi elintapamuutosta ollaan tekemässä (Lappalainen & Lappalainen 2015, 234).

Ohjaajan oma kiinnostus aihetta kohtaan motivoi myös osallistujia. Ohjaajan olisi hyvä myös tuntea muutosprosessin eri vaiheet, jotta hän kykenee autta-

maan eri vaiheissa olevia osallistujia. (Martin ym. 2012, 34.) Muutosvaihemallia kannattaa kuitenkin käyttää harkiten, koska yhden mallin tai teorian käyttäminen ei ole suositeltavaa. (Salmela 2012, 61, 87). Muutosprosessissa on erilaisia vaiheita. Harkintavaiheessa tiedostetaan muutoksen tarve ja hyväksytään se. Seuraavaksi aletaan suunnitella muutoksen tekemistä, valmistautumisvaiheen kautta edetään toteutukseen. Vanha sanonta ”hyvin suunniteltu on puoliksi tehty” pätee tässäkin tapauksessa. Suunnitelman tulee olla hyvin konkreettinen ja tavoitteet helposti saavutettavissa. Jokaisen yksilön täytyy tehdä oma suunnitelma, koska meillä jokaisella on erilaiset puitteet arkielämässä. (Turku 2015, 113–114.) Osallistujien tulosodotuksia olisikin hyvä kysyä heti alkuun ja hyödyntää niitä tavoitteiden laadinnassa (Kauronen 2016, 128).

Lähes aina kun puhutaan muutoksen tekemisestä, siihen kuuluu myös repsahdukset. Tämä on tiedostettava motivaatiota rakennettaessa. Varsinkin painonhallinta on repsahduksille altis, etenkin jos ruokavalio on vedetty kovin tiukaksi ja joustamattomaksi. Syömisen repsahdustilanteisiin olisikin hyvä tehdä suunnitelmat etukäteen ja hyväksyä se, että repsahduksia sattuu. Olisi opittava hallittu herkuttelu. Juhlapyhinä ja matkoilla ynnä muissa sellaisissa tilaisuuksissa saa herkutella, mutta on palattava siihen arkisyömiseen mahdollisimman pian. Näin voitaisi säilyttää motivaatio, eikä se kaatuisi liian tiukkaan suunnitelmaan. Tarvittaessa vertaistukea saa esim. painonhallintaryhmästä. (Turku 2015, 114–116.)

Terveystieteiden ammattilaisen olisi hyvä käyttää motivoivaa haastattelua apuvälineenä vastaanotolla. Se on 1980-luvulla esitelty potilaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan potilaan oma motivaatio muutokseen. Kaikilla on motivaatio elää terveellisesti, mutta se ei ole aina helppoa. Taitavalla kommunikaatiolla voidaan herätellä, kasvatata ja vahvistaa potilaiden motivaatiota tulevaan muutokseen. Tärkeätä on selvittää potilaan omat arvot, tavoitteet, tavoitteiden merkitys ja käytettävissä olevat resurssit, ne ohjaavat ihmisen motivoitumista. (Järvinen 2014.)

3.2 Vertaistuki

Ryhmäohjauksen vahvuus on siinä, että ryhmäläiset saavat toinen toisiltaan vertaistukea se lisää motivaatiota (Kivinen & Turtiainen 2014, 19–72; Kovanen & Multanen 2006, Tiivistelmä; Martin, Heiska, Syvälahti & Hoikka 2012, 13). Ryhmästä saatu vertaistuki nouseekin erilaisista tutkimuksista hyvin vahvasti esille. Ryhmäpainettakin esiintyi, mutta se koettiin kuitenkin positiivisena, paineentunne lisäsi pientä kilpailuhenkeä. Ryhmäläisiltä saatiin myös paljon käytäntöön liittyviä vinkkejä ja ohjeita. Ryhmään osallistuvilta saatiin tietoa siitä, mikä heitä ei ole auttanut, tällaista tietoa voitiin hyödyntää omassakin elintapamuutoksessa. (Minkkinen 2015, 55–56; Rekola 2014, 42; Palojärvi 2009, 61.) Vertaistuki ei kuitenkaan synny hetkessä, vaan se kehittyy pikkuhiljaa ryhmätoiminnan aikana, mikäli ohjaaja antaa ryhmälle tilaa ryhmäytyä (Palojärvi 2009, 62–63).

Minkkisen (2015) tekemässä tutkimuksessa ryhmään osallistuminen vahvisti minä pystyvyyttä eli kykyä, uskoa ja luottamusta omaan toimintaan. Ryhmästä löytyi työkaluja omatoimiseen painonhallintaan, osallistujat kokivat henkilökohtaisten voimavarojen lisääntyneen ja ajatusmaailma oli muuttunut niin, että vaikeuksia oli helpompi kohdata. Näin he kokivat painonhallintaan olevan paremmat mahdollisuudet. (Minkkinen 2015, 58–59.) Elintapamuutokseen sitoutumiseen tarvitaan pystyvyyttä ja vastuunottoa omasta terveydestä (Ylimäki 2015, 55).

3.3 Ryhmäohjaus

Yksi ihmisen perustarpeista on kuulua johonkin joukkoon tai yhteisöön. Tällaisia yhteisöjä ovat esim. perhe, kaveripiirit sekä koulu ja työyhteisöt. Ryhmään kuulumisen voi olla toisille haasteellisempaa kuin toisille. Ryhmään osallistujilla on usein toive siitä, että hyväksytään juuri sellaisena kuin on. (Martin, Heiska, Syvälahti & Hoikkala 2012, 13.) Ryhmätoiminnasta voi olla suurta apua elintapamuutosta opeteltaessa. Ryhmässä saa ohjaajalta terveelliseen elintapaan liittyvää tietoa ja muiden ryhmäläisten tukea. Ryhmässä saatua tietoa voi käyttää hyväksi omassa elintapamuutoksessa. Ryhmätoiminnan välissä harjoitellaan ja prosessoidaan saatua tietoa ja tapaamisessa voidaan jakaa mielipiteitä asioista. Ryhmäohjauksen yksi yhteiskunnallinen merkittävä

etu on siinä, että yhdellä kertaa tavoitetaan monta apua ja tukea kaipaava yksilö. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 228.)

Ryhmäohjauksen etuja ovat vertaistuki ja mahdollisuus jakaa kokemuksia muiden kanssa, ryhmähenki ja sosiaalisuus, mahdollisuus tehdä asioita muiden samassa tilanteessa olevien kanssa sekä toiminta voi olla monipuolisempaa kuin yksilöohjauksessa. Haittoina ovat vähemmän yksilöllinen ohjaus, (toiset kuulevat henkilökohtaiset asiat, jos niitä käsitellään) ryhmä voi tuntua aluksi hankalalle sekä ryhmän ilmapiiri voi häiritä ryhmässä työskentelyä. Näihin ongelmiin on ratkaisujakin esimerkiksi voi tehdä pari- tai pienryhmätyöskentelyä ja henkilökohtaiset asiat voidaan käsitellä kirjallisesti, esimerkiksi ohjaaja voi ryhmätehtävien aikana käydä lyhyitä yksilökeskusteluja. Mikäli ryhmähenki on negatiivinen, ryhmän ohjaaja voi tukea myönteistä ja positiivista ilmapiiriä. Ryhmässä kokemusten jakaminen ja vertaistuki edesauttavat vahvistamaan omaa pystyvyyden tunnetta. Ryhmätoiminnassa on usein paljon huumoria, joka voi antaa vaikeillekin asioille uuden merkityksen. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 228–229, 232.)

Ohjauksen sisällöllä on luonnollisesti suuri vaikutus ryhmän toimintaan ja elintapamuutokseen. Ohjauksen on annettava tietoa ravitsemuksesta, liikunnasta ja painonhallintaan liittyvistä asioista ja tukea näiden asioiden hallintaan. Esimerkiksi tutustumiskäynnit kauppaan, uimahalliin ja kuntosalille olisivat hyviä. (Rekola 2014, 40–42; Minkkinen 2015, 59; Kivinen & Turtiainen 2014, 19–72.) Moniammatillinen toiminta on hyväksi, ravitsemusterapeutin luennot selkeine ohjeineen olisivat hyviä sekä psykologin luennot, mikäli psykologin luennot eivät ole liian teoreettisia. (Kivinen & Turtiainen 2014, 19–72; Lappalainen & Lappalainen 2015, 232.) Elintapamuutoksia edistävinä tekijöinä pidetään joustavuutta, pieniä päätöksiä ja autonomiaa hyvänä. Useat olivat sitä mieltä, että toiminta ei saa olla liian tiukkaa, sen tulisi olla joustavaa ja sopivan rentoa toimintaa. Osallistujat pitävät siitä, että pääsevät itse vaikuttamaan omiin asioihinsa. (Minkkinen 2015, 60.) Eräässä tutkimuksessa eniten valmiuksia ryhmäohjaus antoi terveellisen ruokavalion ja syömisen hallintaan (Rekola 2014, 44 – 45).

3.3.1 Ryhmäohjaajan rooli

Ryhmäohjaajalla on vastuullinen tehtävä. Hän tekee paljon muutakin kuin jakaa tietoa. Hänen tulee suunnitella ohjelma, tavoitteet ja aikataulu, lisäksi ryhmäohjaamisen taitoja täytyy olla. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 230.) Ohjaaja on auktoriteetti, mutta hän ei saa kuitenkaan olla liian määräilevä. Ohjaajalta vaaditaan kokemusta ja mielenkiitoa ryhmätoimintaa kohtaa, kykyä ja kiinnostusta kehittyä vuorovaikutustaidoissa, kykyä yhdistellä teoreettista tietoa ja käytäntöä, halua kehittyä ja oppia, kykyä ottaa palautetta vastaan. Ryhmätoiminta on ennen kaikkea yhteistyötä ja vuorovaikutusta. (Martin ym. 2012, 32 – 34; (Kivinen & Turtiainen 2014, 19–72.) Nykypäivänä ohjaajan rooli onkin muuttunut tiedon jakajasta oppimisen mahdollistajaksi. Ohjauksen ja oppimisen on lähdettä yksilön sisältä. Parhaiten tämä tapahtuu dialogisen keskustelun avulla. Näin rohkaistaan ihmistä itseään ottamaan vastuu omasta terveydestä. (Turku 2007, 17, 21.) Ohjaaja voi ryhmätoiminnan alussa kehottaa jokaista osallistujaa laatimaan kirjallisesti miksi elintapamuutos olisi hyväksi juuri hänelle. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 234). Ohjaajan valmentava ja ohjaava toimintatapa on koettu hyväksi ryhmätoimintaan osallistuneiden keskuudessa. Ohjaajan rohkaisua ja kannustusta kaivattiin varsinkin repsahdustilanteissa. (Kurki, Hemiö, Lindström & Jaakkola 2008, 31.) Tapaamiskerroilla tapahtuva itsearviointi ja kokemusten jakaminen tuovat ohjaajalle tietoa siitä, millaista tukea ja apua kukin osallistuja tarvitsee. Ohjaaja voisi tukea, rohkaista, kannustaa ja palkita osallistujia kielellisin keinoin. Huumoriakin voi käyttää ja näin luoda yhteisöllisyyttä, lieventää haasteiden vaativuutta ja epäonnistumisia. (Kauronen 2016, 128 - 129.)

Ammattilaisen antamaa ohjausta tarvitaan yksilöiden odotusten ja tavoitteiden laadinnassa niin, että niihin on helppo sitoutua ja saadaan tuloksia kauaskantoisesti (Ylimäki 2015, 67). LIKES-tutkimuskeskuksen ja Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen yhteistyönä tutkittiin ja kehitettiin arvopohjaista elämäntapamuutokseen tähtäävää menetelmää, joka on sidottu ihmisen omiin arvoihin ja arvovalintoihin. Tässä menetelmässä yksilö itse asettaa tavoitteensa ja etsii käytännön asioita, jotka edistävät pyrkimystä elämäntapamuutokseen. Tavoitteena on etsiä uusia ratkaisuja ja tietoisesti hylätä vanhat toimimattomat keinot. Nykyään ei ehkä kaivata sitä, että asiantuntijat kertovat mitä pitäisi syödä ja kuinka liikkua terveellisesti. Sen sijaan kaivattaisiin apua siihen, miten tulisi

koota muutokset juuri itsensä näköisiksi ja itselle merkityksellisiksi vieläpä niin, että muutokset toimisivat omassa arjessa. Tämä menetelmä pohjautuu käyttäytymisterapian uusimpiin sovelluksiin (ACT, Acceptance and Commitment Therapy), jonka tavoitteena on edistää yksilön psykologista joustavuutta omassa toiminnassaan. (Kangasniemi, Lappalainen, Kankaanpää, Kulmala, Hakonen & Tammelin 2013, 1–7.)

Ryhmäohjaajan ammattitaitoon kannattaisikin terveydenhuollossa kiinnittää huomiota ja kouluttaa henkilöstöä ryhmäohjaajakoulutuksen avulla. Vaikka terveydenhoitohenkilöstöllä on aiempaa kokemusta ryhmäohjauksesta, silti tutkimuksen mukaan taidoissa on puutteita. (Hyyrönmäki 2014, 42–44.)

3.3.2 Ryhmätoiminnan järjestäminen

Yhteiskunnan näkökulmasta ryhmäohjaus on kustannustehokasta. Se vaatii kunnalta pientä panostusta ohjaajien koulutukseen ja ryhmäkokoontumisiin sopivien tilojen järjestämisessä. Ryhmään osallistujien ottokriteereistä tulee olla ohjeet sekä tieto, mihin tietoa osallistujista kerätään ja kuka kokoaa ryhmän. On myös huomioitava, että jokainen ryhmä on erilainen. Ohjelmaa olisi hyvä voida muokata sen mukaan millaiset tiedot ja taidot kullakin ryhmällä on. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 230, 232; Martin, Heiska, Syvälahti & Hoikkala 2012, 13.) Terveystieteiden ammattilaisen tulisi selvittää, millaista ohjausta elämäntapamuutosta kaipaava yksilö on jo saanut. Samoin olisi hyvä kartoittaa, millaiset tiedot hänellä on ja millaista tukea hän kaipaa. Koska tiedossa olevia asioita on turha toistaa, vaan olemassa olevaa tietoa voitaisi syventää. (Kauronen 2016, 127 – 128; Salmela 2012, 85.) Ryhmää luotaessa osallistujien muutosvalmius tulisi olla samalla tasolla. Valintakriteereinä voisi myös olla ikä, aikaisempi tieto ja kokemus ohjauksesta. Nämä asiat tulisi ottaa huomioon jo ryhmätoimintaa luotaessa, jotta ryhmäläisillä olisi samanlainen tietotaso. Kun ryhmän perusrakenne on selvillä, sen jälkeen keskitytään ryhmätoiminnan sisältöön. Sen ei tarvitse olla minuuttiaikataulu, mutta ohjaajalla tulisi olla enemmän ideoita kuin ryhmäläiset kerkeävät toteuttaa. Heille tulisi myös yhdessä osallistujan kanssa laatia yksilölliset tavoitteet ja niitä tulisi seurata ryhmätoiminnan edistyessä. (Kauronen 2016, 127 – 128; Martin ym.

2012, 20 -21; Kovanen & Multanen 2006, tiivistelmä.) Elämäntapa tai painonhallintaryhmään tulisi ainakin ohjata sellaiset henkilöt, joiden sairaus edellyttää laihtumista. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 230).

Ryhmätapaamisten määrä voi vaihdella 5–15 tapaamisen välillä. Kovin harvoin kokoontuva ryhmä ei anna riittävää tukea elintapamuutoksessa. Osallistujien sopiva määrä olisi 8–15. Ryhmätoiminta vaikeutuu, mikäli osallistujia on enemmän kuin 20 henkilöä. Osallistujien erilaisuus tuo ryhmään monipuolisuutta, joten ryhmä voi hyvin koostua miehistä ja naisista. Yhden tapaamisen olisi hyvä kestää 75–90 minuuttia. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 230–232.; Martin, Heiska, Syvälahti & Hoikkala 2012, 13.) Pientä ryhmäkokoaa tukee sekin seikka, että jokaisella tapaamiskerralla olisi hyvä olla aikaa käydä läpi osallistujien itsearviointeja sekä kokemuksia, näin ohjaaja pysyy ajan tasalla osallistujien muutosprosessista (Kauronen 2016, 127 – 128). Lyhyelläkin ohjauksella voidaan saada tuloksia, mutta tarvittaisiin vielä keinoja jatkoseurannan järjestämiseen perusterveydenhuollon puolelta, jotta elämäntapamuutoksesta tulisi pysyvää (Ylimäki 2015, 62).

Painonhallintaryhmän ohjelma täytyy muokata kulloistenkin osallistujien tietojen ja taitojen mukaisesti. Tiedon jakaminen ei saa olla liian keskeisessä osassa ryhmätoimintaa. Tieto tulisi jakaa lyhyinä esim. 15 – 20 minuutin jaksoina. Ryhmätapaamisen tulisi olla monipuolinen ja se voisi sisältää toimintaa. Luennot voivat koskea liikkumista, ravitsemusta ja yleensä terveyttä edistäviä elintapoja. Näiden luentojen aikana voi antaa ohjeita, neuvoja ja esimerkkejä. Jos mahdollista ryhmässä voisi esim. tehdä ruoanlaittoharjoituksia, kokemuksellisia harjoituksia voi tehdä myös kaupoissa ja ravintoloissa. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 232, 236.) Ryhmätoiminnan puitteet tulee olla sellaisia, että osallistujat voivat halutessaan tehdä muistiinpanoja, kokoontumistilat tulee olla sellaiset, että ohjaaja pääsee jokaisen osallistujan luo keskustelemaan tarvittaessa. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 232.)

Jokainen ryhmätapaaminen tulisi aloittaa kotitehtävien läpikäymisellä, keskustelulle tulisi jättää riittävästi aikaa. Tapaamisen loppuvaiheessa käydään läpi tulevat kotitehtävät. Ryhmä tai parityöskentelyssä osallistujat saavat mahdollisuuden pohtia asioita yhdessä. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 233.)

Ensimmäinen ryhmätapaaminen tulisi aloittaa kaikkien osallistujien esittelyllä. Olisi hyvä käydä läpi, millaisia odotuksia jokaisella on, sekä sovitaan ryhmätoiminnan säännöt ja periaatteet. Viimeisellä tapaamiskerralla jokainen osallistuja voisi laatia neuvoja ja ohjeita itselleen elintapamuutoksen varmistamiseksi. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 233 – 234.) Uusia asioita opitaan parhaiten itse tekemällä ja kokeilemalla, joten oppimista voidaan edistää monipuolisilla ryhmäohjausmenetelmillä. Ryhmä tai parityöskentely on hyödyllistä. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 234.)

Suurin ryhmätoiminnan puute on usein ryhmätoiminnan lyhyt kesto. Osallistujat mainitsivat, että jatkoa ryhmätoiminnalle voisi olla vaikkapa kerran puolella vuodessa, sisältö ei tarvitsisi olla samanlainen, kuin elintaparyhmässä. Ryhmätoiminnassa nähtiin myös muuta parannettavaa. Ryhmätoiminnan toivottiin laajentuvan ja markkinointia toivottiin, että ryhmään osaisi hakeutua, myös käytännön ruoanlaitto-ohjeita kaivattiin. (Minkkinen 2015, 60–61.) Ryhmätoiminnan loppuminen on aiheuttanut osallistujissa huolta, koska ryhmän tuki oli koettu niin merkittäväksi (Lumiaho, Villberg, Vanhala & Kettunen 2015, 43). Terveystieteiden kautta tai jonkin muun keinon avulla voitaisi taata osallistujille tulevaisuudessa elintapamuutoksen jatkuvuus, se lisäisi vaikuttavuutta (Absetz & Hankonen 2011, 2270; Kovanen & Multanen 2006, tiivistelmä). Kotkan seudulla voitaisi kehittää yhteistyötä esim. kolmannen sektorin kanssa.

3.4 Aiempien tutkimusten tuloksia elämäntapamuutoksesta ryhmäohjauksen avulla

Tutkimuksessa Diabetes Prevention Study in Finland (DPS-tutkimus) tutkittiin henkilöitä, joilla oli heikentynyt sokerinsietokyky. Heidät jaettiin kahteen ryhmään. Toiset saivat intensiivistä elämäntapaohjausta ja neuvontaa, toiset eivät. Ohjauksen tavoitteena oli painon vähentäminen, vähentää ravinnosta saatuja tyydyttyneitä rasvoja ja lisätä liikunnan määrää sekä ravinnosta saatuja kuituja. Ohjausta saaneet henkilöt laihduttivat keskimäärin vajaat viisi kiloa vuodessa. Seurannan jälkeen ohjausta saaneiden henkilöiden paino putosi sekä ravitsemuksessa tapahtui parannusta parempaan suuntaan. Sairastuminen tyyppin 2 diabetekseen oli yli puolet vähäisempää kuin niiden jotka eivät saaneet ohjausta. (Lindström, Louheranta, Mannelin, Rastas, Salminen, Eriksson, Uusitupa & Tuomilehto 2003, 3230 – 3235.) Samansuuntaisiin tulok-

siin päästiin myös tutkimuksessa *Ryhmämuotoinen elämäntapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa*. Moniammatillisen ryhmäohjauksen avulla osallistujat pudottivat painoa ja kolesteroliarvot paranivat sekä liikunnan määrä lisääntyi. (Kurki ym. 2008, 40.)

Useassa tutkimuksessa, osallistujien elintavat muuttuivat parempaan suuntaan. Se näkyi lautasmallin käyttönä, tuoteselosteiden lukemisena ja rasvaisien sekä makeiden ruokien välttämisenä. Tosin osallistujat arvioivat elintapojaan paremmiksi, kuin mitä mittaukset kertoivat. Leivän päällä ja ruoan laitossa käytettiin ns. pehmeitä rasvoja, mutta muu ravitsemus ei ollut suositusten mukaista. Lähes jokainen kuitenkin laihtui. Kaikissa tutkimuksissa BMI-arvot eivät kaikilla pienentyneet, mutta painonmuutos alapäin tapahtui lähes jokaisella. Jo muutaman kilon laihtumisella vähennetään riskitekijöitä. Myös USA:ssa on havaittu intensiivisellä ohjauksella olevan myönteisiä vaikutuksia painonhallintaan. Samoin Australiassa tehdyssä tutkimuksessa elämäntapamuutoksella perusterveydenhuollossa on saatu hyviä tuloksia tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Tutkimuksien tuloksiin vaikutti intervention kesto: mikäli ryhmätoiminta oli kestänyt vain puoli vuotta, painonpudotus ei ollut määrällisesti kovin suuri. (Kivinen ja Turtiainen 2014, 60–62; Kovanen ja Multanen 2006, 25; Lumiaho ym. 2015, 40; Ylimäki 2015, 54; Anderson, Reynolds, Bush, Rinsky & Washnock 2011, 205–213; Gregg, Chen, Wagenknecht, Clark, Delahanty, Bantle, Pownall, Johnson, Safford, Kitabchi, Pi-Sunyer, Wing & Bertoni 2012, 2489–2496; Minkkinen 2015, 56; Rekola 2014, 35, 38; Laatikainen, Dunbar, Chapman, Kilkkinen, Vartiainen, Heistaro, Philpot, Absetz, Bunker, O’Neil, Reddy, Best & Janus 2007.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus käyttää ryhmäohjauksen kehittämiseen Kotkan perusterveydenhuollossa. Lisäksi haluttiin selvittää, onko elintapamuutosryhmätoiminnasta hyötyä Kotkan alueella. Teemahaastattelut tehtiin elintapamuutosryhmään osallistuneille. Haastattelun avulla kerättiin osallistujien kokemuksia ja mielipiteitä ryhmätoiminnasta. Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Mikä kannustaa osallistujia elintapamuutokseen?

- 1.1 Miten ryhmä auttoi elintapamuutoksen tekemisessä?
2. Kuinka ryhmäohjausta voisi kehittää?

5 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Aineisto ja tutkimuksen kulku

Aineisto koostui ”Kohti kevyempää elämää” -elintaparyhmäläisten teemahaastatteluista. Ryhmään valituilla henkilöillä ei ollut selkeää valintakriteeriä, vaan heidät valikoitiin hoitajien vastaanotoilta ja erikoissairaanhoidon ravitsemusterapeutin kautta, yksi ryhmään valikoitumisen aihe oli osallistujan motivaatio laihtua. Ryhmän kutsui kokoon Kotkansaaren terveysaseman diabeteshoitaja. Ryhmä alkoi helmikuussa 2016. Kutsun sai 12 henkilöä, näistä kahdeksan henkilöä osallistui ryhmätoimintaan, mutta heistäkin kaksi keskeytti. Teemahaastattelu tehtiin seitsemälle ryhmätoimintaan osallistuneelle, näistä yksi oli keskeyttänyt ryhmätoiminnan, ikäjakauma haastateltavilla oli 50–69 vuotta. Näistä viisi oli naisia ja kaksi miestä. Kaikki olivat ylipainoisia, ja heistä neljä sairasti tyypin 2 diabetesta. Osalla oli liikkumista haittaavia tuki- ja liikuntaelin-sairauksia.

Tapaamisia oli suunniteltu yhteensä 12. Tapaamiset olivat joka toinen viikko. Heinäkuussa oli tauko. Ryhmä kokoontui Kotkan pääkirjaston tiloissa. Ryhmän toiminta loppui syyskuussa 2016. Vetäjä käytti ryhmäohjauksen pohjana Sydänliiton ja Diabetesliiton ”pieni päätös päivässä” -mallia. Tällä mallilla halutaan ihmisten miettivän hyvinvointiaan ja tekemään sitä edistäviä pieniä muutoksia elintapoihinsa. Sydänliitto ja Diabetesliitto ovat järjestäneet PPP-painonhallintaryhmän ohjaajakoulutuksia jo 15 vuoden ajan. Pieni Päätös Päivässä, internet -sivustolta pääsee myös lukemaan blogeja sekä artikkeleja, joista saa tukea omaan elintapamuutokseen. (Sydänliitto.)

Maaliskuussa 2016 kävin esittelemässä (liite 2) tutkimukseni, samalla pyysin jokaiselta hyväksynnän ja allekirjoituksen haastatteluun (liite 3). Alkukesästä ennen ryhmätoiminnan taukoa kävin tapaamassa ryhmäläisiä. Tällä kerralla mukamani olivat haastatteluajat ja sain neljän osallistujan varaukset. Loput haastatteluajoista täyttyivät ystävällisen diabeteshoitajan avustuksella, hän otti

yhteyttä näihin kolmeen ryhmäläiseen ja varasi ajan heille. Tieto diabeteshoitajan kanssa kulki sähköpostin välityksellä.

Kesällä 2016 työstin haastattelulomaketta (Liite 4) sekä täydensin teoriaosuutta. Syksyllä 2016 saatuani haastattelurungon valmiiksi tein esihaastattelun. Esihaastateltavaksi jouduin valitsemaan elintaparyhmän ulkopuolisen henkilön, koska osallistujia määrä elintaparyhmään oli vähäinen. Tuttavapiiristäni löytyi ryhmäohjaukseen osallistunut henkilö. Esihaastattelussa havaitsin muutaman teeman alakysymyksen tarvitsevan tarkennusta. Nauhurina käytin omaa Lenovo-tablettitietokonetta, joka toimi hyvin. Tarkensin kysymykset välittömästi esihaastattelun jälkeen.

Syyskuun lopulla ja lokakuun 2017 alussa tein teemahaastattelut kuudelle henkilölle. Kaiken kaikkiaan haastateltavia oli seitsemän. Haastattelupaikkana oli Kotkan pääkirjaston Hilman kammari lukuun ottamatta yhtä haastateltavaa, jonka kävin haastattelemassa hänen harrastepaikassaan, kumpikin paikka oli rauhallinen ja häiriötön silloisella hetkellä. Haastattelut tehtiin yksilöittäin, josta haastateltavaa kohden oli varattu aikaa tunti. Lisäksi oli varattu puoli tuntia muistiinpanojen tekoa varten tai kaiken varalle, jos haastattelu olisikin yllättäen kestänyt kauemmin. Suuri osa haastatteluista kesti alle tunnin, muutama kesti yli tunnin. Tallennusvälineenä toimi omassa käytössä oleva Lenovo-tablettitietokone. Haastateltavien annettiin kertoa omin sanoin kokemuksensa ja mielipiteensä ryhmätoiminnasta. Ajoittain jouduttiin toistamaan puheena ollut teema ja käyttämään tarkentavia alakysymyksiä. Kirjallisuudessa mainitaan, että haastattelijan tehtävään tulisi kouluttautua, minulla on kokemusta aiemman opinnäytetyön haastattelusta, kokemukseksi laskettaneen myös sairaanhoitajan työssä tehtävät potilashaastattelut. (Ks. Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205–206, 210–211.)

5.2 Tutkimusmenetelmä ja sisällönanalyysi

Tämä opinnäytetyö on laadullinen, joten aineiston keruumenetelmäksi sopi hyvin haastattelu. Haastattelu on käytetyimpiä menetelmiä tutkimusta tehtäessä. Valitsin haastattelumuodoksi teemahaastattelun. Teoriaosuudesta nousi selkeästi teemat. Teemojen alle tein tarkentavia kysymyksiä (liite 5), jotka myös nousivat teoriaosuudesta esiin. Näiden tarkentavien alakysymysten avulla

saatiin varmistettua, että kaikki olennainen tieto saadaan talteen. (Ks. Hirsijärvi ym. 2009, 208; Hirsijärvi & Hurme 2000, 47–48.) Aineisto käsitti elintaparyhmään osallistuneiden kokemuksia ja mielipiteitä. Haastattelun jälkeen tehtiin muistiinpanoja ei-kielellisestä viestinnästä, jokaisen teeman ja tarkentavan kysymyksen kohdalle, mikäli havaittiin merkittävä tieto. (Ks. Hirsijärvi & Hurme 2000, 27, 34.)

Osa kysymyksistä käsiteltiin sisällön erittelyn avulla, joka sopii objektiivista, systemaattista ja määrällistä tulkintaa varten. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, tässä työssä käytin teorialähtöistä sisällönanalyysiä. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2012, 91, 105, 113.) Haastatteluiden analysointi aloitettiin nauhoitteiden kuuntelulla, jonka jälkeen haastattelut litte-roitiin eli puhtaaksi kirjoitettiin haastattelu kerrallaan sanasta sanaan, taukoja eikä naurahduksia kirjattu, koska niillä ei ollut aineistollista merkitystä. Tämä vaihe kesti huomattavasti kauemmin kuin varsinaiset haastattelut. (Ks. Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164.) Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 58 sivua, kirjasin Calibri, riviväli 1,5.

Litteroinnin jälkeen kukin haastattelu tulostettiin paperille, joka helpotti sisällönanalyysi vaihetta. Aineisto käsiteltiin teemoittain, haastatteluista nostettiin aiheeseen liittyvät vastaukset korostusvärillä. Haastatteluissa tuli esiin myös sellaisia seikkoja, joita olisi ollut mielenkiintoista tutkia lisää, mutta ne jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Sisällön erittelyn (liite 6) tehtiin niin, että korostusvärillä nostettiin alkuperäisestä ilmauksesta määrälliset vastaukset, jonka jälkeen laskettiin määrälliset vastaukset (Tuomi & Sarajärvi 2012, 105.) Teorialähtöinen sisällönanalyysi (liite 7) käsiteltiin haastattelu teemoittain, jotka siis olivat nousseet teoriaosuudesta, alakysymys kerrallaan. Teemaan liittyvien alakysymysten vastaukset nostettiin korostusvärillä esiin alkuperäisilmauksesta, jonka jälkeen käytiin kaikkien haastateltavien alkuperäisilmaukset läpi, näistä muodostettiin pelkistetty ilmaus ja tämän jälkeen muodostettiin teema kerrallaan alaluokkia. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2012, 113–117.) Sisällönanalyysi vaiheen jälkeen vastauksia pohdittiin ja verrattiin teoriaosuuteen. Pohdinnan jälkeen tehtiin johtopäätökset eli kuinka voitaisi parantaa elintaparyhmätoimintaa Kotkan perusterveydenhuollossa.

6 TULOKSET

Ennako-odotukset on saatu kahdeksalta ryhmätoimintaan osallistuneelta, näistä kaksi lopetti kesken. Yhdeltä keskeyttäneeltä saatiin myös haastattelu, toinen keskeyttänyt ei suostunut haastateltaviksi. Osallistujat kirjoittivat ennako-odotukset ensimmäisellä tapaamisella paperilapulle anonyymisti. Taustatiedot kerättiin haastattelun yhteydessä. Haastattelun tulokset esitetään teemoittain.

6.1 Taustatiedot ja ennako-odotukset

Haastateltavista viisi oli naista ja kaksi miestä. Iältään haastateltavat olivat 50–69 vuotiaita. Neljä haastateltavista sairasti tyypin 2 diabetesta, kolmella on ylipainon vuoksi riski sairastua tyypin 2 diabetekseen.

Suurella osalla (5/8) ennako-odotukset ryhmätoiminnasta kohdistuivat enemmän tukeen ohjaajalta sekä muilta ryhmän jäseniltä, odotukset kohdistuivat myös kokemusten vaihtoon muiden ryhmäläisten kanssa. Muutamalla (2/8) odotuksena oli saada tietoa ravinnonlaadusta, jolla paino putoaisi. Valtaosalla (7/8) tavoitteena oli painon pudotus 5 – 30 kilon välillä. Yhdellä tavoitteena oli terveempi elämä, lisäksi joillakin oli tavoitteena saada verensokeriarvot paremmiksi.

6.2 Ryhmätoiminnan järjestäminen

Kolme haastateltavaa piti kahdeksan hengen ryhmäkoko sopivana. Kaksi haastateltavaa piti sopivana kuuden hengen ryhmäkoko. Yksi oli 10 hengen ryhmäkoon puolella ja yksi olisi halunnut ryhmään 10–12 henkilöä.

Yksi tapaaminen saisi kestää 1,5 h suurimman osan (6/7) mielestä. Yhden haastateltavan mielestä 1 h tapaamiselle olisi hyvä. Suurin osa (4/7) haastateltavista oli sitä mieltä, että ryhmän tulisi kokoontua joka toinen viikko. Haastateltavista suurin osa (4/7) oli sitä mieltä, että seitsemän kuukautta olisi hyvä kokonaiskesto aika ryhmätoiminnalle eli tämän ko. ryhmän kesto aika. Osa (2/7) jäi kaipaamaan jatkoseurantaa.

Kaikki olivat saaneet tiedon ryhmätoiminnan alkamisesta hoitajan kautta. Neljä sai kutsun Kotkansaaren diabeteshoitajalta, yksi sai Kymenlaakson keskussairaalan ravitsemusterapeutilta, yksi Kymenlaakson keskussairaalan kipupoliklinikan hoitajalta ja yksi haastateltava oli pyytänyt päästä tällaiseen ryhmään oma-aloitteisesti. Lähes kaikkia (6/7) olivat joko lääkärit tai hoitajat suositelleet osallistumaan jonkinlaiseen elintapamuutostoimintaan monia kertoja elämänsä aikana. Osa (3/7) oli ajatellut jo pitkään tämänkaltaiseen ryhmätoimintaan osallistumista, joillakin asia ei ollut tullut itselle mieleen, mutta innostuivat asiasta, kun siitä hoitajan kanssa olivat keskustelleet. Yksi oli vaatinut päästä tällaiseen ryhmään jo useamman vuoden ajan.

Lähes kaikki (6/7) tiesivät entuudestaan paljonkin elintapamuutoksen tekemisestä, yhdelle lähes kaikki oli uutta. Kurssiin oltiin kuitenkin tyytyväisiä, saadut tiedot vahvistivat jo tiedettyjä asioita. Vaikeutena tuntuikin olevan saadun tiedon siirto käytäntöön. Kotona tehtäviä harjoitteita ei ollut, esitteitä ja kirjallista materiaalia oli saatu, osa käsitti, että niihin tutustuminen oli ns. kotitehtävä. Suurimman osan (5/7) mielestä kotona tehtävistä harjoitteista olisi ollut hyötyä esim. alussa viikon verran pidetty ruokapäiväkirja oli haastateltujen mielestä silmiä avaava tehtävä:

Asioista tiesin jo paljonkin. Ruokavaliopuolella ei uutta ollu. Tää kurssi vahvisti tietoja, jota mulla jo on.

Ei oikeestaan ollu. Kylhän ohjaaja aina välil nauro, että hän antaa teille läksyi, jotaa jumppa ohjeit ja tämmösi... Ruokapäiväkirja oli alussa... Ehkä olis voinnu olla jotaa nimenomaa tän syömisen puolel, että olis ollu vaikka joku kokeilu ja sit olis seuraaval kerral voitu keskustella, että miltäs se tuntu, jotaa tälläst pientä tönäsyy olis niinku kaivannu.

Konkreettisia harjoitteita ei juurikaan ollut. Ryhmä oli käynyt tutustumassa Kotkansaaren uimahalliin ja kuntosaliin. Viimeisellä kerralla oli sauvakävely, tähän eivät kaikki voineet osallistua terveydellisistä syistä. Haastateltavilta nousi esiin seikka, että ryhmäläisiä valitessa pitäisi kiinnittää huomiota siihen, että ryhmä olisi suurin piirtein saman tasoinen. Ryhmätoiminta painottui enemmän

luentoihin, osa haastateltavista koki ne ajoittain puuduttaviksi, luentojen sisältöä pidettiin kuitenkin hyvänä, ajoittain siellä koettiin ahaa-elämyksiä ja saatiin vahvistuksia omille ajatuksille. Jäätiin kuitenkin kaipaamaan toimintaa luentojen lisäksi, toiminta olisi voinut lisätä luentojen tehoa.

Enemmän painottu luentoihin... siel oli paljon hyödyllist asiaa, mitä tietää, mutta sitä ei saa sisäistetty sillä tavalla, että se toteutuis käytännössä. Ruoanlaiton opettelusta olis hyötyä. Liikuntaa pitäisi konkreettisesti tuoda siihen, mut meillä oli niin eritasosii kurssilaisii, että pitäs kiinnittää huomiota siihen, että kurssilaiset olis suht saman tasosii...

Haastateltavat kokivat saaneensa tästä ryhmätoiminnasta valmiuksia elintapamuutoksen tekemiseen, mutta opitun tiedon siirto käytäntöön tuntui olevan vaikeaa.

6.3 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Ryhmässä koettiin ilmapiirin olevan hyvä, vahvaa ryhmähenkeä ei kuitenkaan koettu. Yksittäiset suhteet ohjaajaan olivat paremmat. Tavoitteita ei vaadittu, jokainen sai laatia tavoitteet tai olla laatimatta. Punnitukset olivat vapaaehtoisia, vyötärön ympärystä mitattiin vain alussa ja lopussa, sekin oli vapaaehtoista. Verikokeita eikä verenpaineen seuranta ollut. Osa ryhmäläisistä seurasi omaehtoisesti verensokeriarvoja. Suurimman osan (4/7) mielestä olisi hyvä seurata tiiviimmin painoa. Heidän mielestä olisi hyvä myös seurata veriarvoja, niistä näkisi onko mikään parantunut. Ryhmäohjaus koettiin enemmän ravitsemuksen neuvonnaksi. Tavoitteita käsiteltiin alussa ja lopussa. Yksilöllistä ohjausta ei koettu olevan, mutta kysyttäessä sai tietoa, joka hyödytti kaikkia ryhmäläisiä:

Ihan hyvä ilmapiiri oli, mut mä koin, että oltiin vähän varauksellisia. Mä luulen, että yksittäiset suhteet ohjaajaan oli paremmat. Se ei ollu ryhmäytyne se ryhmä. Kylhän me tällee juteltii joo. Mut aika etäiseks jäi ne ryhmän jäsenet.

Oikeestaa niit tavoitteit ei ollu. Jokainen varmaan laitto ihan itelleen ne tavoitteet jo sillo alussa, ku ne kirjotettii paperille... Niit ei kyl isommin kyselty, että tää jäi enemmän semmoselle neuvonnan tasolle.

Alussa ja lopussa, ei sen koommin. Uimahallis kertaalleen oli semmonen rasvamittaus. Kyl mun mielest olis hyötty seurata tiiviimmin.

Jokainen haastateltava oli käyttänyt joitakin ohjeita ja neuvoja, joita oli saanut ryhmäohjauksessa. Kokemuksia ja omaseurannan tuloksia jaettiin vähän, keskustelu oli enimmäkseen yleistä keskustelua. Toisinaan saatettiin tuoda esiin onnistumisia tai epäonnistumisia, mutta se oli vapaaehtoista. Koettiin, että toiset olivat enemmän äänessä kuin toiset:

Osa on tietysti kokeiltu. Ja osa on menny ohi korvien. Mut ilman muuta jotain on jääny tonne takaraivoon.

Yli puolet (5/7) olisi halunnut lisää liikuntaa ja enemmän käytännön asioita mukaan, ettei olisi pelkkää luennoilla istumista. Selkeitä tavoitteita olisi myös toivottu. Ryhmätoiminnan kesken jättänyt painotti sitä, että oli tyytyväinen saamaansa ohjaukseen, mutta omista henkilökohtaisista syistä johtuen ei saanut näkyviä tuloksia ja tämän vuoksi lopetti:

Minust olis ollu liikunta siin niin ku kiva. Sit kuitenkin jauhettii sitä samaa asiaa, niin ku niin monta kertaa. Jotaa muutakii olis voinnu olla.

6.4 Ryhmäohjaaja

Ryhmäohjaajaan oltiin tyytyväisiä. Kaikki olivat tyytyväisiä ohjaajalta saatuun kannustukseen ja tukeen. Kaikki olivat myös sitä mieltä, että ohjaaja itse oli innostunut aiheesta. Ohjaaja oli kaikkien mielestä osannut luoda sallivan ilmapiirin. Ohjaus painottui luentoihin, mutta jokainen haastateltava oli sitä mieltä, että keskustelukin sallittiin. Olisi kuitenkin kaivattu selkeitä tavoitteita ja niiden tarkastelua ryhmätoiminnan aikana.

Keskusteltiin yleisesti mitä ominaisuuksia ryhmäohjaajalla tulisi olla, haastateltavien mielestä olisi hyvä, jos ohjaajalla olisi kokemusta aiheesta. Liian täydellinen ei myöskään saa olla, tällä osallistujat tarkoittivat lähinnä sitä, että ohjaaja ei saisi olla langanlaiha. Kaivattiin ohjaajalta kykyä luoda ryhmäläisille yhteishenki, eli ohjaajan pitäisi osata ryhmäyttää ryhmä. Tasapuolisuutta pidettiin tärkeänä ominaisuutena, vaikka olisi tunnettu pitkään, sitä ei olisi hyvä ohjaajan tuoda esiin tällaisessa ryhmätoiminnassa. Ohjaajan tulisi olla sosiaalinen, reipas ja sopivan asiallinen. Hänen tulisi osata luoda rento ilmapiiri. Ohjaajan tulisi myös kiinnittää huomioita siihen, ettei puhu luentoja monotoonisesti läpi, vaan toisi asian esiin ilmeikkäästi, iloisesti ja selkeästi. Lisäksi haluttiin ohjaajan korostavan sitä, että muutos ei tapahdu nopeasti ja puhetta siitä, että jokainen on vastuussa omasta terveydestään ja voi vaikuttaa siihen omilla valinnoillaan:

Erittäin innostunu. Ohjaaja osas luoda joustavan ja sallivan ilmapiirin, ajottain kyl oli tiukka aikataulun. Ohjaaja luennoi paljon, mut anto meidän keskustellakkii. Anto tukee ja anto luvan välillä syyä makkaraakii. Jos siä kiellät iteltäs kaiken, ni se on tuhoon tuomittu juttu.

Oman vastuunottamisen pitäis nousta suuremmaksi tekijäksi. Repsahduksiin suhtauduttiin liian löyhästi, ei se ole hyvä, vaikkei se maailmaakaan saa kaataa. Pilleripurkki ei tuo sitä parannusta, vaa ihmisen on ite tehtävä asialle jotain. Ja sitä pitäis korostaa, ettei muutos tapahdu nopeesti.

Ryhmätoiminnan aikana oli yksi ulkopuolinen luennoitsija, hän oli psykiatrinen sairaanhoitaja. Tämä luento koettiin ulkopuoliseksi, lähinnä täyteohjelmaksi, koska ryhmäohjaajalla oli silloin loma. Fysioterapeutin luennoista olisi koettu (6/7) olevan enemmän hyötyä. Osa (2/7) olisi halunnut myös ravitsemusterapeutin luentoja monipuolistamaan antia:

Oli psykologi tai joku semmonan, mut se oli vaa sen takii ku ohjaajal oli loma.

Fysioterapeutin luennot olis varmaan hyväks, että sais sellast tietoo ja ohjetta miten vois keventää sitä omaa osaa, liikkuu pitää ja miä tykkään liikkuu, ei sen puolee, välil nilkutan ja välil en. Nii ja kyl sitä voi vähä monipuolistaa, että ravitsementerapeuttikii vois käyä, en miä nyt tiä onks kaikki tän ikasetkää kaikki niin perehtyneit, että ainakii yhen kerran voi olla semmonen ravitsementerapeutti luennoimas.

6.5 Vertaistuki

Varsinaista vertaistukea ei koettu syntyneen, mutta haastateltavat kokivat kuitenkin hyväksi, että oli muitakin saman asian kanssa painivia. Arveltiin, että tapaamiskerrat olivat liian harvoin, eikä näin ollen syntynyt vertaistukea. Haastatelluista yli puolet (4/7) oli sitä mieltä, että vertaistuella ei ollut mitään vaikutusta elintapamuutoksen tekemiseen. Osa (3/7) haastatelluista oli kuitenkin sitä mieltä, että samoista asioista keskustelu auttoi sekä se, että kykeni jakamaan koettua tietoa. Voimavaroja muutoksen tekemiseen koettiin (4/7) saadun ryhmältä. Yli puolet (4/7) haastatelluista ei kokenut saaneensa mitään ohjeita tai neuvoja ryhmäläisiltä, heidän mielestä tieto ja kannustus tuli ohjaajalta. Osa (3/7) kuitenkin koki saaneensa ohjeita ja neuvoja esim. vähäkaloristen naposteltavien kanssa sekä ruokasuositusten kanssa:

No en miä oikeestaa voi sanoo saaneeni vertaistukee. Jos se olis ollu tiiviimpää, ni sielt ois voinnu saada toisenlaista tukee. Se olis luonu enemmän semmost yhteishenkee.

Tämä ryhmä anto mulle kyllä voimavaroja jaksaa.

Pari suupalttii kyl puhu just, että ”miä kokeilin sitä ja tätä, kokeile siäkii.” Mut kyl se tieto ja kannustus tuli enimmäksee ohjaajalt.

6.6 Motivaatio

Ryhmään osallistumisen motivoivana tekijänä oli halu laihtua, lisäksi osa oli huolissaan ylipainosta johtuvista sairauksista. Yli puolet (4/7) haastateltavista motivoitui osallistumaan hoitajan vastaanotolla. Osa oli jo valmiiksi motivoituneita tämän tyyppiseen ryhmätoimintaan. Lisäksi keskeyttänyt toi esiin seikan,

että omat lähtökohdat ovat oltava hyvät ennen muutoksen aloittamista. Motivaatiota ei varsinaisesti käsitelty ryhmätoiminnan aikana. Motivaatiota tukevia tulosodotuksia käsiteltiin vain alussa ja lopussa. Yli puolet (5/7) oli sitä mieltä, että tulosodotuksia olisi voitu käsitellä ryhmätoiminnan aikanakin. Lisäksi yli puolet (5/7) koki, ettei omaseurantaa ja tavoitteita tuettu:

No tietyst tota toi diabetes ja läskit, siitä tuli se ajatus, että jotain pitäis tehdä.

Hoitajan haastattelussa tuli se, että haluan osallistua tämmöseen ryhmään, mut kyl se lähti musta itsestä.

Motivaatio ei oikee käsitelty mitenkää tai sit mult on ainakii menny ohi.

Kyl niist tulosodotuksist vähä puhuttii, mut ei ne mitenkää tapetil ollu. Niiden seurannast olis kyl hyötyy. Mut ku tämmönen ylipaino on toisille niin pyhä asia, ettei siitä voi äänee puhuu, ni hankalaa-han se on. Ne jotka ei ite seuraa arvojaa pitäs motivoida. Joku semmonen konkreettinen seuranta.

Muutoksia tehtäessä ajoittain tulee repsahduksia, niistä oli keskusteltu esimerkiksi ryhmätoiminnan aikana. Osa oli sitä mieltä, että ohjaaja oli jopa liian suova repsahduksia kohtaan. Suurin osa (6/7) sai valmiuksia toimia repsahduksen sattuessa:

Kyllä sain valmiuksia. Moraalinen krapulahan se pahempi on.

Tästä ryhmätoiminnasta oli paljon hyötyä, koska ryhmätoiminnan johdosta neljän haastateltavan paino aleni, lisäksi heistä yhdellä liikunta lisääntyi. Yksi koki hyötynensä ryhmätoiminnasta, vaikka näkyviä tuloksia ei saavuttanutkaan. Kaksi haastateltavaa koki, ettei tavoitteet toteutuneet ja toinen heistä oli lopettanut kesken ryhmätoiminnan.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tulokset olivat samankaltaisia kuin aiemmissakin tutkimuksissa (Ks. Kivinen ja Turtiainen 2014, 60–62; Kovanen ja Multanen 2006, 25; Lumiaho ym. 2015, 40; Ylimäki 2015, 54; Anderson, Reynolds, Bush, Rinsky & Washnock 2011, 205–213; Gregg, Chen, Wagenknecht, Clark, Delahanty, Bantle, Pownall, Johnson, Safford, Kitabchi, Pi-Sunyer, Wing & Bertoni 2012, 2489–2496; Minkkinen 2015, 56; Rekola 2014, 35, 38; Laatikainen, Dunbar, Chapman, Kilkkinen, Vartiainen, Heistaro, Philpot, Absetz, Bunker, O’Neil, Reddy, Best & Janus 2007.) Tässäkin ryhmässä paino aleni suurimmalla osalla (4/7), lisäksi yksi koki hyötyneensä ryhmätoiminnasta muuten, vaikka paino ei alentunutkaan. Keskeyttänyt halusi painottaa seikkaa, että keskeytys johtui omista henkilökohtaisista vaikeuksista. Suuri elintapamuutos onkin syytä tehdä vasta kun, muu elämä on kunnossa (Turku 2015, 112; Kauronen 2016, 128; Kovanen & Multanen 2006, Tiivistelmä).

Ennako-odotukset ryhmää kohtaan liittyivät enemmän ohjaajalta ja muilta ryhmäläisiltä saatavaan tukeen. Tässä tutkimuksessa ryhmäohjaajaan ja häneltä saatuun tukeen oltiin tyytyväisiä, lisäksi ohjaaja oli motivoitunut itse aiheeseen. Tutkimuksen mukaan, ohjaajan oma kiinnostus aiheeseen motivoi myös osallistujia (Martin ym. 2012, 34).

Haastateltavat pitivät ryhmäkokoja hyvänä eli kahdeksan henkilöä ryhmässä. Tapaamisen kestoksi haastateltavat sanoivat 90 minuuttia riittävän hyvin. Joka toinen viikko olleet tapaamiset olivat tämän ryhmän mielestä hyvä asia, se ei sitonut liikaa. Voiko oman terveyden kanssa ajatella olevansa liian sitoutunut, olisiko ohjaajan pitänyt korostaa seikkaa, että jokainen on vastuussa omasta terveydestään ja voi itse vaikuttaa siihen teoillaan ja valinnoillaan, sillä kovin harvoin kokoontuva ryhmä ei anna riittävää tukea muutoksen tekemisessä. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 230–232; Martin, Heiska, Syvälahti & Hoikkala 2012, 13; Kauronen 2016, 127–128). Seitsemän kuukautta koettiin hyväksi kokonaiskestoajaksi, mutta jatkoseurantaa jäätettiin kaipaamaan. Lyhytkin

ohjaus voi olla tehokasta, mutta lisäksi tarvittaisi jatkoseurantaa, jotta muutoksesta tulisi pysyvä (Ylimäki 2015, 62). Kotkassa voitaisi kehittää yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa jatkoseurantaa ajatellen.

Tässä ryhmässä olleita motivoi osallistumaan ryhmätoimintaan halu laihtua, osa oli huolissaan ylipainosta johtuvista sairauksista. Lähes kaikki yhtä lukuun ottamatta motivoitui osallistumaan ryhmätoimintaan hoitajan vastaanotolla. Hoitajien olisikin syytä perehtyä motivoivan haastattelun menetelmiin (Järvinen 2014). Yksi ryhmäläinen oli halunnut jo pidemmän aikaa osallistua tällaiseen ryhmään, mutta ongelmana oli ollut tällaisen ryhmän puute perusterveydenhuollossa.

Elintapamuutoksesta tunnutaan tietävän paljon, siitä on paljon materiaalia saatavilla verkon kautta sekä siitä on kirjoitettu lukuisia kirjoja, mutta suurin ongelma tuntuu olevan sen tiedon muuttamisessa käytäntöön. Pitäisi miettiä miten voitaisi tukea/opettaa tätä prosessia. Yksi keino voisi olla ryhmätoimintaan osallistuvien henkilöiden osallistaminen esim. kotona tehtävien konkreettisten muutosten tekemisellä ns. kotitehtävillä. Mahdolliset kotitehtävät tulisikin käydä läpi aina ensin tapaamiskerralla ja lopuksi käydä läpi uusi kotitehtävä (Lappalainen & Lappalainen 2015, 233). Näin saattaisi muutokset jäädä pysyviksi toiminnoiksi, muutos on aina vaikea tehdä. Näin ryhmätoiminnan aikana tapahtuva osallistaminen helpottaisi muutoksen tekemistä, ne olisivat jo tuttuja siinä vaiheessa, kun ryhmätoiminta loppuu ja on alettava itsenäisesti noudattamaan uutta elintapaa. Tutkimuksessa selvisi, että osa ryhmäläisistä epäili sitä, että vaikka on saatu runsaasti tietoa ja valmiuksia terveellisempään elämään, niin niihin vanhoihin tapoihin on helppo lipsahtaa.

Tutkimuksessa selvisi, että liikuntaa saisi olla enemmän tämän tyyppisessä ryhmätoiminnassa, joten olisikin hyvä, jos ainakin yhden luennon pitäisi fysioterapeutti, mahdollisuuksien mukaan olisi hyväksi, jos fysioterapeutti antaisi myös konkreettista liikuntaan liittyvää ohjausta. Liikunta lisää terveyshyötyjä ennen näkyvän laihtumisen alkua. Pelkällä ruokavaliolla laihtuttaminen ei ole niin tehokasta. (Borg & Heinonen 2015, 170 – 171.) Tässä ryhmässä tapaamiskerrat painottuivat luentoihin ja ajoittain ne koettiin puuduttavina. Luennot eivät saisi olla liian suuressa osassa ryhmätoimintaa, luento voisi olla 15 – 20 minuuttia kerrallaan. Ryhmätoiminta voisi olla monipuolista, se voisi sisältää

myös toimintaa (Lappalainen & Lappalainen 2015, 232, 236.), sillä haastateltavista muutama olisi halunnut myös ravitsemusterapeutin monipuolistamaan luentoja. Konkreettisesta ruoanvalmistuksesta voisi olla hyötyä, vaikka tämän ryhmän jäsenet olivatkin ikänsä puolesta ruokaa valmistaneet jo vuosia, voivat ne epäterveelliset tavat olla niin syvään juurtuneita, ettei niitä itse havaitse. Suurimman osan mielestä nyt ollut psykiatrisen hoitajan luento ahmimishäiriöstä jäi täysin irralliseksi täyteohjelmaksi. Tulevaisuudessa voitaisi varmaankin neuvotella ns. ulkopuolisen ohjaajan kanssa, millaista ohjausta ryhmä kaipaisi. Jatkossa voitaisi saada suurempi hyöty ryhmäohjauksesta, jos niihin lisättäisi moniammatillisesti myös muiden alojen luentoja. (Rekola 2014, 40–42.; Minkkinen 2015, 59; Kivinen & Turtiainen 2014, 19–72; Lappalainen & Lappalainen 2015, 232.)

Tässä tutkimuksessa oltiin pääosin tyytyväisiä ryhmäohjaukseen. Muutama olisi halunnut konkreettista tekemistä ja peräänkuulutettiin myös selkeiden tavoitteiden peräänkin. Tavoitteet eivät tarvitse olla kovin suuria, olisikin parempi, että tavoitteet olisi hyvin pieniä ja saavutettavissa olevia asioita. (Turku 2015, 113–114). Tässä ryhmässä omat tavoitteet olivat osalla ryhmäläisiä hyvin korkeat, jopa 5–30 kilon pudotus oli tavoitteena. Osa haastateltavista oli pudottanut painoa, mutta eivät olleet tyytyväisiä saavutettuun painon laskuun, varmaan juuri sen vuoksi, että heillä oli liian suuret tavoitteet. Omien tavoitteiden laadintaan olisi selkeästi tarvittu ammattilaisen opastusta (Ylimäki 2015, 67). Sillä henkilökohtaiset toteutettavissa olevat tavoitteet olisi hyvä laatia, koska ne tukevat onnistumista (Borg, Heinonen & Haikarainen 2015, 172 – 173). Olisi hyvä uhrata yhdestä tapaamiskerrasta osa tavoitteiden laadinnalle. Jos halutaan saada tuloksia elintapamuutoksesta, olisi ehkä hyvä lisätä tavoitteisiin esim. kolesterolin alentaminen, verensokeriarvojen parantuminen, vyötärön ympäryksen pieneneminen ja rasvaprosentin aleneminen. Esimerkiksi vyötärön ympäryksen mittaaminen on helppo ja halpa menetelmä, jolla voidaan tarkkailla esimerkiksi metabolista oireyhtymää. (Turku 2007, 15 -16.) Olisi hyvä ottaa veriarvot vaikkapa alussa ja lopussa. Näin nähtäisiin, millaista terveydellistä hyötyä on saavutettu. Esimerkiksi tyypin 2 diabetes saattaisi olla ennaltaehkäistävässä tai ainakin siirrettävässä myöhemmälle iälle, puuttamalla mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ongelmiin (Valle, Lindström, Eriksson, Uusitupa & Tuomilehto 2001, 1517). Mitään näistä ed. mainituista menetelmistä ei käytetty tässä ryhmätoiminnassa tavoitteellisesti. Esim. painon sekä

vyötärön ympäröityksen tarkkailu olisi ilmainen menetelmä, näitä voitaisi mitata muutaman kerran ryhmätoiminnan aikana. Se voisi motivoida ryhmäläisiä tavoitteidensa saavuttamisessa.

Tässä ryhmässä ilmapiiri koettiin hyväksi, ohjaaja osasi luoda hyvän ja sallivan ilmapiirin. Positiivinen ryhmähenki on tärkeää (Lappalainen & Lappalainen 2015, 228–229). Yksilöllistä ohjausta ei koettu, ohjaajalta sai tarvittaessa neuvoa ja apua kysymällä, näin muutkin ryhmäläiset hyötyivät samalla. Yksilöllistä ohjausta voi antaa monella tavalla, henkilökohtaiset asiat on hyvä käsitellä kirjallisesti. Ohjaaja voi myös teettää pienryhmissä jotain tehtäviä ja tämän toiminnan lomassa ohjaaja voi kierrellä ja kysellä henkilökohtaisesti kuulumisia ja antaa ohjausta. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 228–229, 232.) Tässä ryhmässä keskustelu oli enimmäkseen sellaista yleisluontoista, ei juurikaan jaettu omia kokemuksia onnistumisista tai epäonnistumisista. Olisikin ehkä hyvä järjestää ”mitä kuuluu” kyselykierros, tällöin myös hiljaisemmat saisivat äänensä kuuluville.

Ryhmätoiminnan yksi tärkeitä asioita on vertaistuki (Kivinen & Turtiainen 2014, 19–72; Kovanen & Multanen 2006, tiivistelmä; Martin ym. 2012, 13). Tässä ryhmässä koettiin ilmapiiri ”ihan hyväksi”. Ei koettu vahvaa ryhmähenkeä. Olisiko harvoilla tapaamiskerroilla osuutta siihen, ettei syntynyt vertaistukea? Kesällä oli myös kuukauden tauko. Vertaistuki syntyy pikkuhiljaa ryhmätoiminnan aikana (Palojärvi 2009, 62–63). Yksi osallistuneista motivoitui osallistumaan ryhmään juuri vertaistuen vuoksi, mutta hän ei sitä kokenut saavansa, koska tapaamiset olivat niin harvoin. Tutkimusten mukaan harvoin koontuva ryhmä ei kuitenkaan anna riittävästi tukea elintapamuutoksen tekemiseen. (Lappalainen R. & Lappalainen P. 2015, 230–232.; Martin, Heiska, Syvälahti & Hoikkala 2012, 13.) Tämäkin tutkimus tuki sitä seikkaa, että suurin piirtein saman ikäiset ryhmäläiset saavat ryhmältä enemmän vertaistukea. (Ks. Kauronen 2016, 127). Muutama haastatelluista koki, että samoista asioista keskustelu helpotti ja se lisäsi kuitenkin voimavaroja, vaikka vertaistukea ei varsinaisesti koettukaan. Ryhmätoiminta voi lisätä henkilökohtaisia voimavaroja (Minkkinen 2015, 55–59). Ryhmältä saatiin hyviä neuvoja, miten tulisi korvata epäterveelliset naposteltavat terveellisemmällä. Ryhmätoiminnasta on tiedetty saatavan konkreettisiakin neuvoja elintapamuutoksen tekemisessä (Minkkinen 2015, 55–56; Rekola 2014, 42).

Motivaatiota ei juurikaan käsitelty ryhmätoiminnan aikana. Tässä olisikin ehkä hyvä käyttää vaikkapa psykologin luentoa, nimenomaan keskittyen esim. motivoitumiseen. Tulosodotusten tarkastelu ryhmätoiminnan aikana tapahtui vain alussa ja lopussa. Olisikin hyvä laatia tavoitteet yksilökohtaisesti ja palata niihin ajoittain ryhmätoiminnan aikana, se voisi motivoida muutoksen tekoon (Kauronen 2016, 128). Näin saataisi tukea esim. omaseurantaan, tässä ryhmässä ei koettu saatavan tukea omaseurantaan tai tavoitteiden laadintaan. Tutkimuksessa tuli selville, että repsahduksista puhuttiin ja niihin suhtauduttiin jopa liiankin suvaitsevaisesti. Lähes kaikki kokivat saaneensa valmiuksia toimia repsahduksen sattuessa. Olisikin hyvä opetella hallittu herkuttelu, jonka jälkeen taas palattaisiin terveellisempään ruokailuun, näin voitaisi säilyttää motivaatio paremmin (Turku 2015, 114–116).

Ryhmätoimintaa järjestettäessä olisi hyvä laatia suunnitelma, mitä jokaisella tapaamisella tapahtuu, sen ei tarvitse olla kiveen kaiverrettu vaan se voi olla joustava. Suunnitelma tulisi jakaa osallistujalle, jolloin ryhmäläiset tietäisivät mitä on tulossa. Ja mikäli on poissaoloja, tulisi olla keino millä lähettää ko. tapaamiskerran tiedot poissaolleelle, näin hän pysyy ajan tasalla. (Kauronen 2016, 127–128.; Martin ym. 2012, 20–21; Kovanen & Multanen 2006, Tiivistelmä.) Suunnitelmallisen ryhmätoiminnan järjestämisellä ja kehittämisellä kunta voisi säästää, sillä yhdenkin onnistuneen elintapamuutoksen seurauksena jäisi pois mahdolliset nivel- ja laihdutusleikkaukset ja lisäksi voitaisi säästää vähentyneissä lääkekuluissa (Lumiaho, Villberg, Vanhala & Kettunen 2015, 35 – 43). Aineenvaihduntahäiriötä voidaan korjata, jo 5–10 % laihduttamisella, näin voitaisi mahdollisesti vähentää lääkkeiden tarvetta. (Aro & Heinonen 2015, 164.) Ottaen huomioon Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin viidennen sijan lihavuudessa, jossa BMI \geq 30 kg/m² (Sotkanet 2015) Kotkan kaupunki voisikin kehittää ja suunnitella elintapamuutosryhmätoimintaa, niin että se olisi systemaattinen työväline perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen mukaan käytetään verrattain vähän tämänkaltaista ryhmätoimintaa systemaattisena työvälineenä (Winell 2009, 40–41). Lisäksi työnantajan olisi kiinnitettävä huomiota ohjaajien koulutukseen, vaikka terveydenhoitohenkilöstöllä onkin aiempaa kokemusta ryhmäohjauksesta, tutkimuksen mukaan taidoissa on silti puutteita (Hyyrönmäki 2014, 42–44). Miksi ei voitaisi tulevaisuudessa kehittää yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa esim. jatkoseurannan osalta?

7.2 Suositukset, jatkotutkimusehdotukset ja hyödynnettävyys

Kotkan perusterveydenhuollossa olisi tarve luoda systemaattista elintapamuutosryhmä toimintaa. Tähän tutkimukseen osallistuneista osa oli jo pitkään ajatellut haluavansa osallistua tämän tyyppiseen ryhmätoimintaan. Oli kysely pidemmän aikaa, milloin ja missä toimintaa olisi tarjolla, mutta sitä ei aiemmin ole ollut säännöllisenä. Jos Kotka panostaisi tällaisen ryhmätoiminnan systemaattiseen järjestämiseen ja kehittämiseen tulisi sitä myös markkinoida näkyvästi, jolloin siihen voisi osallistua myös terveydenhuollon ulkopuolella olevat ylipainoiset ihmiset. Mitä nuorempana saataisi ylipainoiset kiinnostumaan omasta terveydestä ja siitä, että jokainen ihminen voi parantaa itse omaa terveyttään, se helpottaisi terveydenhuollon resursseja, kun ihmisten sairastumisikää saataisi nostettua tai sairastuminen erilaisiin ylipainosta johtuviin sairauksiin saataisi jopa kokonaan estettyä.

Suositukset painonhallintaryhmän kehittämiseen

- konkreettisia harjoitteita lisää ns. kotitehtäviä, ryhmäläisten osallistaminen
- moniammatilliset luennot
- liikuntaa lisää
- ruoan valmistaminen ryhmän kanssa
- psykiatrisen hoitajan luennot, liittyen kulloisenkin ryhmän tarpeisiin
- tapaamiset joka viikko
- suunnitelmallisuus, jokaisella kerralla oma teemansa
- ryhmätoiminnan suunnitelma ja aikataulu osallistujille
- tavoitteiden laadinta yhdessä ryhmäläisten kanssa
- tavoitteiden läpikäyminen tapaamiskerroilla
- ”mitä kuuluu” kierros tapaamiskerroilla
- konkreettinen seuranta silloin tällöin ryhmätoiminnan aikana esim. painon ja vyötärön ympäryksen mittaaminen
- veriarvojen otto alussa ja lopussa

Tutkimuksen aikana nousseet jatkotutkimusehdotukset ovat seuraavia:

- Miten terveydenhuollon ammattilainen voisi motivoida ja tukea muutosta motivaatiota?
- Miten mediaa voisi hyödyntää tehokkaammin elintapamuutoksen tekemisessä?
- Elintapamuutosryhmätoiminnan luominen Kotkan perusterveydenhuollossa.

- Perusterveydenhuollolle luodun elintapamuutosryhmän markkinointi.
- Kehitettäisi yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa ryhmätoimintaa elintapamuutoksen jatkoseurantaa ajatellen.

Tulosten hyödynnettävyys

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää elintapamuutosryhmätoiminnan systemaattisessa kehittämisessä Kotkan perusterveydenhuollossa. Tulokset toimitetaan tutkimuksen tilaajalle eli Kotkan Terveystiedonkeskityksikölle ja Kotkansaaren diabeteshoitajalle kesäkuuhun 2017 mennessä.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkijan yksi keino tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on lähdekritiikki, tutkijan täytyy harjoittaa lähdekritiikkiä valitessaan tutkimuksensa lähteet (Mäkinen 2006, 128). Teoriaosuuden tutkimukset valitsin julkaisuvuoden perusteella, niin että suurin osa tutkimuksista on alle 10 vuotta vanhoja. Muutama oli hiukan vanhempia. Niiden mukaanottokriteerinä oli se, että ne ovat tutkimuksellisesti tämän aiheen perustaa. Muita kriteerejä valikoimiselle olivat aikuisille suunnattu ryhmäohjaus, tyypin 2 diabetes, lihavuus tai elämäntapamuutos ja niihin vaikuttavat tekijät. Hakukoneina olivat Google, CINAHL, PubMed, Duodecim, Terveysportti. Kävin myös suoraan eri yliopistojen sivuilta etsimässä uusimpia tutkimuksia aiheesta. Haastateltavien lukumäärä jäi pieneksi keskeyttämisten vuoksi. Haastateltavat kuitenkin paneutuivat asiaan ja kertoivat avoimesti kokemuksistaan ja tuntemuksistaan. Tässä tutkimuksessa päädyttiin arvioimaan luotettavuutta uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden avulla (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2012, 136–139; Kylmä & Juvakka 2007, 127–129).

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että osallistuneista on riittävä kuvaus sekä aineisto on arvioitu totuuden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2012, 136–139). Olen tässä tutkimuksessa kuvannut ryhmätoimintaan osallistujat ja mukaanottokriteerit, lisäksi olen kuvannut, miten tutkimus on toteutettu (ks. luku 5) sekä olen pitänyt tutkimuspäiväkirjaa, johon olen kirjannut tapaamiset ja tärkeät huomiot. Olen päivittäin tekemisissä tutkimuksen lähtökohtien eli ylipainon ja

tyypin 2 diabeteksen kanssa. Työskentelen paikallisessa terveyskeskussairaalassa ja hoidan päivittäin potilaita, joilla on ylipainosta ja tyypin 2 diabeteksestä johtuvia liitännäissairauksia.

Vahvistettavuus on tutkimusraportin kirjoittamista niin, että ulkopuolinenkin voi tarkastaa tutkimuksen ja seurata tutkimusprosessin kulkua. Raportoinnista tulee selvittää, kuinka tutkija on päätenyt tuloksiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 136–139; Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.) Haastatteluteemat nousivat selkeästi tutkimuksen teoriaosuudesta samoin tarkentavat alakysymykset. Haastattelulomake sekä taulukko teemahaastattelun sisällön tarkastuksesta on liitteenä. Haastatteluiden litteroinnissa kirjoitin puhtaaksi sanasta sanaan kaiken mitä haastateltava oli puhunut. Taukoja ja naurahduksia ei kirjattu, koska niillä ei ollut aineistollista merkitystä. Tuloksiin olen lisännyt haastateltavien suoria lainauksia. Lisäksi liitteenä on esimerkit sisällön erittelystä sekä sisällönanalyysistä, joista näkee, kuinka olen päätenyt tämän tutkimuksen johtopäätöksiin.

Reflektiivisyyttä mietittäessä tutkijan tulee tietää omat lähtökohdat tutkijana. Tutkijan on tuotava esille, miten hän on vaikuttanut tutkimusprosessiin ja aineistoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen tutustunut aiempiin tutkimuksiin aiheestaan ja muodostanut niiden perusteella tämän tutkimuksen teoreettisen osuuden. Haastattelutilanteessa pysyttelin taustalla antaen haastateltavan puhua, tarvittaessa toistin käsiteltävän teeman ja tein tarkentavia alakysymyksiä, saadakseni kaiken olennaisen tiedon. Olen kymenlaaksolainen, joten puhuttu paikallismurre on tuttua eikä tullut väärinymmärryksiä.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimus voidaan siirtää toiseen paikkaan, tilanteeseen ja olosuhteisiin. Tutkijan tulee antaa riittävästi tietoa tutkimukseen osallistuneista ja tutkimusympäristöstä, niin että lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä toiseen paikkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 136–139; Kylmä & Juvakka 2007, 127–129). Tässä tutkimuksessa olen kuvannut tutkimukseen osallistuneet ja heidän valintaan liittyvät asiat sekä haastattelutilanteessa olleet olosuhteet (ks. luku 5.1), näin lukija voi arvioida tämän tutkimuksen siirrettävyyttä toisaalle.

Kiinnitin huomioita jo alussa tutkimuksen eettisyyteen, koska tutkittavat olivat perusterveydenhuollon asiakkaita. Näin ollen ensimmäinen lähtökohta tutkimuksen tekemiseen oli hakea tutkimuslupaa Kotkan kaupungilta. Tutkimuslupa myönnettiin 2016 helmi-maaliskuun vaihteessa. Tutkijan on turvattava tutkittavien yksityisyyden suoja sekä tietojen luottamuksellinen käyttö. (Mäkinen 2006, 114–116). Informoin osallistujia mihin tarkoituksiin haastattelussa saatuja tietoja käytettiin, heitä myös informoitiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Vapaaehtoiset osallistujat allekirjoittivat suostumuksen haastatteluun. Tutkija noudatti hoitotieteitä ohjaavia erilaisia lakeja ja ohjeita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 213–214.) Olen esitellyt tutkimuksen aiheen osallistujille ja kertonut heille, kuinka haastattelumateriaali hävitetään. Lisäksi osallistujille on kerrottu, kuinka he pääsevät tutustumaan tutkimukseen ja milloin. (Ks. Mäkinen 2006, 120.) Olen noudattanut tekijänoikeuksia ja kirjannut lähdemerkinnät Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen aikataulu oli ajoittain tiukka, tutkimus valmistui kuitenkin aikataulun mukaisesti.

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Katsaus. Duodecim* 2011; 127: 227.

Anderson, J. W., Reynolds, L. R., Bush, H. M., Rinsky, J.L. & Washnock, C. 2011. Effect of a behavioral/nutritional intervention program on weight loss in obese adults: a randomized controlled trial. University of Kentucky, Lexington. *Postgraduate Medicine (POSTGRAD MED)*, Sep; 123(5): 205–213. Saatavissa: CINAHL <http://web.a.ebscohost.com.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=3&sid=d93d3f5d-4c04-4ddd-a2ea-61ad61b4a72a%40sessionmgr4003&hid=4104&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=108258189&db=cin20> [viitattu 11.7.2016].

Aro, E. & Heinonen, L. 2015 *Laihduttamisen tarpeellisuus. Diabetes 8. uudistettu painos.* (toim.) Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. ja Sane, T. *Duodecim. Diabetesliitto. Helsinki.*

Borg, P. 2015. *Syömistottumukset. Lihavuus 1. painos.* *Duodecim.* Pietiläinen, K., Mustajoki, P. ja Borg, P. (toim.). Bookwell Oy. Porvoo.

Borg, P. & Heinonen, O.-J. 2015. *Kappaleet: Liikunnan merkitys lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa sekä Liikunta, laihduttaminen ja painonhallinta.* Kirjasta: *Lihavuus 1. painos.* *Duodecim.* Pietiläinen, K., Mustajoki, P. ja Borg, P. (toim.). Bookwell Oy. Porvoo.

Borg, P., Heinonen, O-J. & Haikarainen, T. 2015. *Liikunnan aloittaminen.* Kirjasta: *Lihavuus 1. painos.* *Duodecim.* Pietiläinen, K., Mustajoki, P. ja Borg, P. (toim.). Bookwell Oy. Porvoo.

Duodecim. 2015. *Lihavuus Terveyskirjasto..* Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042 [viitattu 15.2.2016].

Gregg, E. W., Chen, H., Wagenknecht, L.E., Clark, J. M., Delahanty, L. M., Bantle, M., Pownall, H. J., Johnson, K. C., Safford, M. M., Kitabchi A. E., Pi-Sunyer, F. X., Wing, R. R. & Bertoni, A. G. 2012. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta. *Journal of American Medical Association (JAMA)* 12/19/2012; 308(23): 2489–2496. Saatavissa: CINAHL <http://web.a.ebscohost.com.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=7&sid=d93d3f5d-4c04-4ddd-a2ea-61ad61b4a72a%40sessionmgr4003&hid=4104&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=108021130&db=cin20> [viitattu 20.7.2016]. [viitattu 15.2.2016].

Heldan, A. & Helakorpi, S. 2015. *Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys kevät 2014. Raportti 6/2015.* *Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos. Helsinki.*

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö.* Helsinki.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hu, G., Lindström, J., Jousilahti, P., Peltonen, M., Sjöberg, L., Kaaja, R., Sundvall, J. & Tuomilehto, J. 2007. The Increasing Prevalence of Metabolic Syndrome Among Finnish Men and Women Over Decade. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. Saatavissa: <http://press.endocrine.org/doi/abs/10.1210/jc.2007-1883> [viitattu 7.8.2016]

Hyyrönmäki, S. 2014. Vierivalmennus ryhmäohjausosaamisen kehittäjänä toiminnallisessa elämäntaparyhmässä. Terveyskasvatuksen Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Ilanne-Parikka, P. 2015. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy ja seuloa ja Tyypin 2 diabeteksen riskitesti. Diabetes 8. uudistettu painos. (toim.) Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. ja Sane, T. Duodecim. Diabetesliitto. Helsinki.

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito-suositus. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=03E58311F4E37E2863184D413712D1D0?id=nix02109> [viitattu 7.7.2016].

Kangasniemi, A. M., Lappalainen, R., Kankaanpää, A., Kulmala, J., Hakonen, H. & Tammelin, T. 2013. Towards a physically more active lifestyle based on one's own values: study design of a randomized controlled trial for physically inactive adults. BMC Public Health 2013, 13:671, 1–7. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/671> [viitattu 4.4.2016].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro. Helsinki.

Kauronen, M. L. 2016. Ohjaajien toiminta elintapamuutosten tukemisessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Kivinen J. & Turtiainen P. 2014. "Korvien välissä tää juttu on". Tapaustutkimus elämäntaparyhmästä. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Kongerslev L. S., Petersen T., Stenz F. K., Gissler M., Latvala U-L., Svarasdóttir M. B., Ramm J. & Lütz I. P. 2015. Health Statistics for the Nordic Countries. Kööpenhamina.

Kovanen, M. L. & Multanen, K. 2006. Kokemuksia onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä. Haastattelut Pieni Päätös Päivässä -painonhallintaryhmäläisten kokemuksia. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Kurki, M., Hemiö, K., Lindström, J. & Jaakkola, L. 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:7.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki.

Laatikainen, T., Dunbar, J.A., Chapman, A., Kilkkinen, A., Vartiainen, E., Heistaro, E., Philpot, B., Absetz, P., Bunker, S., O'Neil, A., Reddy, P., Best, J. D. & Janus, E. D. 2007. Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health* 2007, 7:249 doi:10.1186/1471-2458-7-249. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/249> [viitattu 5.4.2016].

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015. Painonhallintaryhmien merkitys lihavuuden hoidossa, Painonhallintaryhmän edut ja haitat, Painonhallintaryhmän toiminnan periaatteet ja järjestäminen sekä Painonhallintaryhmien työskentelyperiaatteet. Lihavuus 1. painos. Duodecim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. ja Borg, P. (toim.). Bookwell Oy. Porvoo.

Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2003. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetes Care*, volume 26, number 12, December 2003. Saatavissa: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/12/3230.full> [viitattu 5.4.2016].

Lumiaho, L., Villberg, J., Vanhala, M. & Kettunen T. 2015. Elämäntaparyhmäohjaus diabeetikon omahoidon tukena. Alueellinen toimintamalli Keski-Suomessa. Julkaistu *Diabetes ja lääkäri* -lehdessä joulukuussa 2015, 35 – 43.

Martin, M., Heiska, H., Syvälahti, A. & Hoikkala, M. 2012. Satoa Ryhmästä - opas hyvinvointiryhmän ohjaajalle. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Helsinki.

Minkkinen, H. 2015. Painonhallintaryhmäläisten kokemuksia elintapamuutosten vaikeuksista ja niistä selviytymisestä. ”Ole itsellesi armollinen. Mulle se oli just se koko homman idea”. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Mustajoki, P. 2016. Metabolinen oireyhtymä MBO. *Duodecim*. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045 [viitattu 3.8.2016].

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Peltonen, M., Lindström, J. & Tuomilehto, J. 2009. Towards the Prevention of Type 2 Diabetes. The North Karelia Project: From North Karelia to National Action. (editors) Puska, P., Vartiainen, E., Laatikainen, T., Jousilahti, P. & Paavola, M. Helsinki University Printing House. Helsinki.

Palojärvi H. 2009. Vertaistuki voimaantumisen välineenä sosiaalityössä. Miten NOVAT -ryhmä auttaa ja tukee, kun naisella on paha olo? Sosiaalityön ammatillinen 1 lisensiaatintutkimus. Yhteisösosiaalityön erikoisala. Helsingin Yliopisto Yhteiskuntapolitiikan laitos.

Pietiläinen, K. 2015. Lihavuus – elämä pienoiskoossa ja Lihavuuden arviointi. Lihavuus 1. painos. Duodecim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. ja Borg, P. (toim.). Bookwell Oy. Porvoo.

Rekola, T. 2014. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ryhmäohjauksella osana perusterveydenhuollon normaalia toimintaa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Rönnemaa, T. 2015. Liikunta tyypin 2 diabeteksessa. Diabetes 8. uudistettu painos. (toim.) Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. ja Sane, T. Duodecim. Diabetesliitto. Helsinki.

Saaristo, T., Mäkinen, O.-A. & Peltonen, M. 2005. Dehkon 2D-hanke (FIN-D2D) diabeteksen ehkäisemiseksi -Työterveyshuolto avainasemassa. Työterveyslääkäri 2005; 23(4): Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00271 [viitattu 24.3.2016].

Salmela, S.M. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Väitöskirja. Liikuntatieteen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.

Saraheimo, M. 2015. Mitä diabetes on? ja Tyypin 2 diabetes. Diabetes 8. uudistettu painos. (toim.) Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. ja Sane, T. Duodecim. Diabetesliitto. Helsinki.

Saraheimo, M. & Sane, T. 2015. Diabeteksen yleisyys. Kirjasta: Diabetes 8. uudistettu painos. (toim.) Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. ja Sane, T. Duodecim. Diabetesliitto. Helsinki.

Sydänliitto. Saatavissa: <http://sydanliitto.fi/elintapaohjauskoulutukset> [viitattu 14.2.2016].

Sotkanet 2015. Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m²) (%) sairaanhoitopiireittäin. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY09QAA®ion=s7YssM7SM4y3BAA=&year=sy4rszbR0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f> [viitattu 8.3.2017].

THL. 2012. Lihavuuden yleisyys Suomessa. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallisen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuuden-yleisyys-suomessa> [viitattu 15.2.2016].

THL 2014a. Diabeteksen lisäsairaudet. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-lisasairaudet> [viitattu 24.3.2016].

THL 2014b. Diabeteksen kustannukset. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-kustannukset> [viitattu 26.3.2016].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu laitos. Vantaa: Tammi.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Edita. Keuruu.

Turku, R. 2015. Motivaatio ja painonhallinta. Lihavuus 1. painos. Duodecim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. ja Borg, P. (toim.). Bookwell Oy. Porvoo.

UKK-instituutti. 2017. Liikuntapiirakka. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka> [viitattu 8.3.2017]

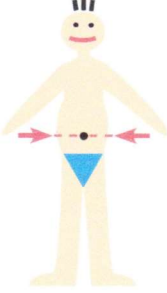
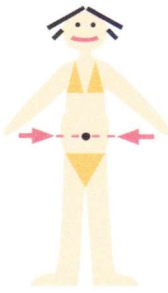
Valle, T., Lindström, J. Esiksson, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2001. Tyyppin 2 diabetes on ehkäistävissä elämäntapamuutoksilla. Duodecim 2001; 117:1517-1518.Helsinki.

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2004. Sisätaudit -oppikirja. WSOY. Helsinki.

Winell, K. 2009. Aikuisten diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus 2008. DEHKO-raportti 2009:3.

Ylimäki, E.-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Väitöstutkimus. Oulun Yliopisto.

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake

- **1. Ikä**
- Alle 45 v. (0 p.)
 45–54 v. (2 p.)
 55–64 v. (3 p.)
 Yli 64 v. (4 p.)
- **2. Painoindeksi**
(Laske oma painoindeksisi.
Laskuohje seuraavalla sivulla)
- Alle 25 kg/m² (0 p.)
 25–30 kg/m² (1 p.)
 Yli 30 kg/m² (3 p.)
- **3. Vyötärönympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)**
- | MIEHET | NAISET | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Alle 94 cm | <input type="checkbox"/> Alle 80 cm | (0 p.) |
| <input type="checkbox"/> 94–102 cm | <input type="checkbox"/> 80–88 cm | (3 p.) |
| <input type="checkbox"/> Yli 102 cm | <input type="checkbox"/> Yli 88 cm | (4 p.) |
- 

- **4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?**
- Kyllä (0 p.)
 Ei (2 p.)
- **5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**
- Päivittäin (0 p.)
 Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)
- **6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?**
- En (0 p.)
 Kyllä (2 p.)
- **7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?**
- Ei (0 p.)
 Kyllä (5 p.)
- **8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?**
- Ei (0 p.)
 Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)
 Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)

Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

alle 7 Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu

7–11 Jonkin verran lisääntyneet: arviolta yksi 25:stä sairastuu

12–14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu

15–20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu

yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu

MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät – liika-paino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi – ovat omia valintojasi. Elämäntapohiisi liittyvillä valinnoilla voit joko koonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyyppin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohutuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetesriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset ko-

vat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyyppin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita.

JOS SAIT TESTISSÄ 7–14 PISTETTÄ

● Sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä.

● Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

JOS SAIT TESTISSÄ 15–20 PISTETTÄ

● Hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

JOS SAIT TESTISSÄ YLI 20 PISTETTÄ

● Hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

Suomen Diabetesliitto julkaisi tyyppin 2 diabeteksen riskitestin vuonna 2001. Testin ovat suunnitelleet professori Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopistosta ja dosentti Jaana Lindström Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Testi perustuu laajaan tutkimusaineistoon.



PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi $25,7 (70 / (1,65 \times 1,65) = 25,7)$.



Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

Painoindeksi- eli BMI-taulukko

Pituus (cm)	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
200	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
198	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
196	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
194	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
192	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
190	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
188	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
186	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
184	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
182	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
180	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
178	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
176	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
174	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
172	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
170	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
168	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
166	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
164	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
162	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
160	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
158	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
156	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
154	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
152	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35																					
	normaalipaino	lievä lihavuus		merkittävä lihavuus		vaikea lihavuus		sairaaloinen lihavuus																																				
Paino (kg)	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106	108	110	112	114	116	118	120	122	124	126	128	130	132	134	136



Virpi Muurman
Kymenlaakson Ylempi Ammattikorkeakoulu

31.3.2016

Opiskelen Kymenlaakson Ylemmän Ammattikorkeakoulun tutkintoa. Suuntauksena on Terveiden edistäminen. Opinnäytetyöni aihe on ”KOHTI KEVEYMPÄÄ ELÄMÄÄ” – Ryhmäohjaukseen osallistuneiden kokemukset ja ryhmäohjauksesta saatu hyödy. Tutkimuksen tilaajana on Kotkan Terveiden edistämisyksikkö.

Aihe on tärkeä, koska joka viides ihminen on ylipainoinen. Ylipaino saattaa aiheuttaa diabeteksen ja diabeteksella saattaa olla vakavia liitännäissairauksia. Ryhmäohjauksella perusterveydenhuolto tavoittaisi useamman henkilön, joilla on ylipainoa ja riski sairastua esim. tyypin 2 diabetekseen. Tulen kartoittamaan ryhmään osallistujilta haastattelun avulla kokemuksia, mielipiteitä ja tunteita ryhmäohjauksesta ja sen hyödyistä elämäntapojen parantamisessa. Tulen myös käyttämään ennakoituja tuloksissani.

Pääsette vaikuttamaan ryhmäohjauksen kehittämisessä. Toivonkin kaikkien suostuvan haastateltavaksi, jotta saisin mahdollisimman monipuolisesti vastauksia. Haastattelu kestää noin tunnin. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelut kirjataan nimettömästi. Haastattelusta tullaan käyttämään suoria lainauksia opinnäytetyössäni, mutta niin ettei ketään pystytä niistä tunnistamaan. Haastattelun kirjallisuus ja nauhoite sekä ennakoitukset hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Vastauksianne tulee käsittelemään vain tutkija eli haastattelija, jolla on vaitiolovelvollisuus.

Haastattelut tulen purkamaan kirjalliseen muotoon ja tulokset saan sisälönanalyysillä. Kirjoitan raportin tuloksista ja johtopäätöksistä, toimitan raportin eli opinnäytetyön Kotkan Terveiden edistämisyksikköön sekä Kotkan diabeteshoitajalle.

Lisätietoja opinnäytetyöstä antaa virpi.muurman@student.kyamk.fi

Virpi Muurman
Kymenlaakson Ylempi Ammattikorkeakoulu

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

31.3.2016

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Tutkimukseni on Kymenlaakson Ylemmän Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Tilaajana on Kotkan Terveystieteiden tutkimuskeskus. Opinnäytetyön aihe on ”Kohti kevyempää elämää” – Ryhmäohjaukseen osallistuneiden kokemukset ja ryhmäohjauksesta saatu hyödy.

Aineisto kerätään ryhmään osallistuneiden haastatteluista ja ennako odotuksista. Haastattelukertoja yhtä haastateltavaa kohden on yksi. Haastattelun ajankohta on syksyllä 2016.

Haastattelun tarkoitus on kerätä kokemuksianne ja mielipiteitänne ryhmäohjauksesta elämäntapojen hallinnassa. Osia haastattelusta tullaan käyttämään suorina lainauksina opinnäytetyössä, kuitenkin niin, ettei henkilöllisyytenne ole niistä tunnistettavissa. Haastattelu nauhoitetaan ja puhtaaksi kirjoitetaan sisällönanalyysiä varten, opinnäytetyön valmistuttua nauhoite ja kirjallinen materiaali hävitetään. Tutkija eli haastattelija on ainoa henkilö, joka tulee käsittelemään nauhoitteita ja kirjallista materiaalia.

Olen ymmärtänyt tutkimuksen tarkoituksen ja haastattelun sisällön sekä mihin tietoja käytetään.

Aika

Paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys

TEEMAHAASTATTELU RUNKO

1. TAUSTATIETOJA

- nainen/mies
- ikä _____
- sairastatko diabetesta? kyllä/ei

2. RYHMÄTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN JA TOTEUTUS

1. Millainen ihanne ryhmä mielestänne olisi? (koko, yhden tapaamisen kesto, kerrat ja kokonaiskesto)
2. Mistä saitte tiedon ryhmän alkamisesta?
3. Kuka suositteli ryhmään osallistumista? Omainen, lääkäri, hoitaja vai itse
4. Mitä tiesit jo elämäntapamuutokseen liittyvistä asioista?
5. Millaisia kotitehtäviä teillä oli? Miten koitte ne? Oliko niistä hyötyä?
6. Millaisia konkreettisia harjoituksia teitte ryhmässä? esim. ruoanlaitto, ostosten valinta, liikunta esim. sauvakävely, kuntosaliharjoittelu
7. Oliko toiminnallisuutta ohjauskerroilla vai painottuiko ohjaus luentoihin? Miten koit toiminnallisuuden tai luennot?
8. Millaisia valmiuksia saitte jatkaa terveellisempää elämäntapaa?

3. RYHMÄOHJAUS

1. Millainen ilmapiiri ryhmässä yleensä oli?
2. Miten tavoitteet laadittiin? Saitteko apua tavoitteiden määrittämiseen?
3. Minkälaista yksilöllistä ohjausta saitte?
4. Oletko käyttänyt saamiasi ohjeita ja neuvoja omassa elämäntapamuutoksessa?
5. Miten tavoitteita tarkasteltiin uudelleen? Ryhmässä vai yksilöllisesti?
 - Miten usein?
 - Miten painoa seurattiin ryhmätoiminnan aikana?
 - Kuinka usein vyötärönympärystä mitattiin?
 - Seurattiinko verenpainetta?
 - Seurattiinko verensokeriarvoja?
 - Otettiin alkutilanteessa verikokeita, seurattiinko niitä ryhmätoiminnan aikana?
 - Olisiko näiden mittauksesta hyötyä?
6. Miten jaoitte kokemuksia ryhmässä? Käytiinkö läpi onnistumisia ja omaseuran tuloksia? Eli oliko paino tippunut, vyötärönympäry pienentynyt vai oliko liikuttu enemmän?
7. Mitä jäit kaipaamaan ryhmäohjauksessa?

4. RYHMÄOHJAAJA

1. Kuinka tyytyväinen olette ryhmäohjaajalta saamaanne tukeen ja kannustukseen?
2. Millaista tukea olisitte halunnut ja missä asioissa?
3. Minkälaisia taitoja ryhmäohjaajalla tulisi olla?
4. Oliko ryhmäohjauskerroilla muita ohjaajia? esim. psykologi, ravitsemusterapeutti tai fysioterapeutti?
5. Miten hyödyit/hyötyisit esim. ravitsemusterapeutin, psykologin tai fysioterapeutin ohjauksesta?
6. Millainen ohjaajanne oli:
 - innostunut – välinpitämätön

- salliva ja joustava ilmapiiri - ennalta sovittu tiukka aikataulu
- luennoi paljon - antoi ryhmäläisten keskustella keskenään
- kannustava – ohjasi itsenäiseen muutoksen tekemiseen
- antoi tukea – ei antanut tukea,

5. VERTAISTUKI

1. Millaista tukea sait ryhmältä?
2. Kuinka vertaistuki vaikutti elämäntapamuutoksen tekemiseen?
3. Kuinka ryhmän tuki lisäsi omia voimavarojasi muutoksen tekemisessä?
4. Mitä ohjeita ja neuvoja sait ryhmäläisiltä?

6. MOTIVAATIO

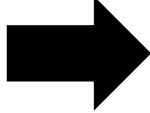
1. Mikä motivoi osallistumaan tähän ryhmään? Mitkä tekijät vaikuttivat päätöksen tekoon? (+6.8 entinen)
2. Miten motivaatiota käsiteltiin ryhmässä?
3. Miten tulosodotuksia käsiteltiin ryhmässä, entä palattiinko niihin myöhemmin?
4. Kuinka omaseurantaa ja tavoitteita tuettiin?
5. Miten repsahduksia käsiteltiin ryhmässä?
6. Saitteko valmiuksia toimia repsahduksen sattuessa?
7. Missä vaiheessa motivoit osallistumaan? (Hoitajan vast.otolla, lääkärin vast.otolla, omainen, itse)
8. Toteutuiko tavoitteesi?

7. SANA ON VAPAA

TAULUKKO TEEMAHAASTattelun sisällön tarkastuksesta

Tutkimuskysymys	Teoria sivu	Haastattelun teema	Haastattelun kysymys
2. Kuinka ryhmäohjausta voisi kehittää?	s. 17	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.1
2.	s. 17, 19	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.2
2.	s. 17	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.3
2.	s. 18	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.4
2.	s. 14, 18	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.5
2.	s. 18	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.6
1. Mikä kannustaa elintapamuutokseen?	s. 15	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.7
2.	s. 16, 19, 20	Ryhmätoiminnan järjestäminen	2.8
1.1 Miten ryhmä auttoi elintapamuutoksen tekemisessä?	s. 15, 16	Ryhmäohjaus	3.1
2.	s. 16	Ryhmäohjaus	3.2
2.	s. 14	Ryhmäohjaus	3.3
1.	s. 16	Ryhmäohjaus	3.4
1.	s. 17	Ryhmäohjaus	3.5
1.1	s. 14	Ryhmäohjaus	3.6
2.		Ryhmäohjaus	3.7
1.	s. 15	Ryhmäohjaaja	4.1
2.	s. 16	Ryhmäohjaaja	4.2
2.	s. 14	Ryhmäohjaaja	4.3
2.	s. 15	Ryhmäohjaaja	4.4
2.	s. 15	Ryhmäohjaaja	4.5
2.	s. 15, 16	Ryhmäohjaaja	4.6
1.	s. 14	Vertaistuki	5.1
1.	s. 13, 14	Vertaistuki	5.2
1.	s. 13, 14	Vertaistuki	5.3
1.	s. 13, 14	Vertaistuki	5.4
1.	s. 12, 13	Motivaatio	6.1
1.	s. 12	Motivaatio	6.2
1.	s. 12, 13	Motivaatio	6.3
1.	s. 12	Motivaatio	6.4
1.	s. 13	Motivaatio	6.5
1.	s. 13	Motivaatio	6.6
1.	s. 13	Motivaatio	6.7
1.1		Motivaatio	6.8
2.		Ryhmätoiminnan järjestäminen	7

ESIMERKKI SISÄLLÖN ERITTELYSTÄ
RYHMÄTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN -Ryhmäkoko

Alkuperäisilmaus	Sisällön erittely		Sisällön erittelyn yläluokat F
*Alta 10 ehkä 6.	Ryhmäkoko		10-12 hlöä/ryhmä 1
*Tämän ryhmän koko oli hyvä mikä se oli lopussa, olikhan meit 6.	Ryhmäkoko		10 hlöä/ryhmä 1
*Tää mikä meil nyt oli, meit alotti siin 8.	Ryhmäkoko		8 hlöä/ryhmä 3
*Minust tämä oli sillai hyvä, ettei ollu liikaa, eli 8 henkilöö ryhmäs.	Ryhmäkoko		6 hlöä/ryhmä 2
*Meil oli ihan hyvä ryhmä, 8 henkilöö.	Ryhmäkoko		
*Porukkaa sais olla 10-12 henkilöö.	Ryhmäkoko		
*No minust tämä ryhmä vaikutti sopivan kokoselt, minust olis hyvä se 10 henkilöö.	Ryhmäkoko		

ESIMERKKI TEORIALÄHTÖISESTÄ SISÄLLÖNANALYYSISTÄ

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
RYHMÄTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN JA TOTEUTTAMINEN	<p>-Tiedon sain diabeteshoitajalta, ite halusin osallistua.</p> <p>-Miä olin siellä diabeteshoitajalla, se kysy haluunko tulla. Ainhaa ne on sanon et painoo pois.</p> <p>-Diabeteshoitajalta sain tiedon, hän pyysi minuu mukaa. Diabeteshoitaja suositteli osallistumaan.</p> <p>-Keskussairaalan kipupolin hoitaja lähetti minut diabeteshoitajalle, ku verensokeri oli liian korkee. Monta suosittelijaa vuosien varrella on ollu.</p> <p>-Vaadin päästä mukaan tämmöseen toimintaan jo muutama vuosi sitte. Nyt tuli kutsu ja totta kai osallistuin. Olen toiselta terveysasemalta, ku siel ei järjestetä tämmöst.</p> <p>-Diabeteshoitaja kysy ja suostuin. Ite oon aatellu tämmöst.</p> <p>-Keskussairaalaasta ravitsemusterapeutti lähetti, hän myös suositteli.</p>	<p>Tieto tuli hoitajalta</p> <p>Hoitohenkilöstö suositteli painonpudotusta</p> <p>Oma halu osallistua elintapamuutosryhmään</p>	<p>Elintapamuutosryhmätöiminnan järjestäminen ja markkinointi</p>

<p>RYHMÄTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN JA TOTEUTTAMINEN</p>	<p>-Paljonkin tiesin. Olen ollu erilaisissa jutuissa mukana, että tietoo on, ettei se siitä oo kiinni. Kotitehtäviä ei varsinaisesti ollu. Aluksi oli ruokapäiväkirjan pito ja sit saatii niit prosyyreit ja niihin tutustuin. Hyötyy olis.</p> <p>-Joo kyllä aika paljon tiesin niitä asioita, mutta kun ei se aina mee niin ku pitäs. Ei ollu kotitehtäviä. Ensin oli kyl semmonen, että laitettii kaikki syöty ruoka ylös viikon ajalta. Kyllä niist hyötyy olis ollu.</p> <p>-Vähän tiesin noist ravitsemuspuolen jutuist, mut aika taval oli uutta. Antohan se niit paperit ja ohjeit. Hyödyllisyyttä en osaa sanoo.</p> <p>-Olen miä tienny, mut se käytäntö on se toinen juttu, mut kertaus oli ihan hyvä. Olen mi yrittän sitä PPP toteuttaa. Ei meil kotitehtäviä ollu, enkä välttämättä välittäis niistä.</p> <p>-No tota kyllä miä olen siistän painonikaa taistellu jo vaikka kuin kauan. Et niin ku miä tiän kyl tälläisist asioist. Tää kurssi vahvisti jo tiedettyjä asioita. Ei meil oikeestaa ollu kotitehtäviä. Olis voinnu olla vaikka ruokapuolel, et kokeilkaas nyt semmost ja sit seuraaval kerral olis keskusteltu siit.</p> <p>-No kai sitä on koko pienen ikäsä yrittän, oon ollu painonvartijoiskii. Kai se matsku mitä me saatiin oli kotitehtävää ja se, että niitä tietoja vietas sinne käytäntöön. En tiedä olisko niistä hyötyy.</p> <p>-Ainahan näit on, ku koko ikä on laihtutettu, mut kyl siel oli uutta tietoo myös. Kotitehtäviä en ainakaa muista, no oli se ruokapäiväkirja. Kyl siit oli hyötyy ku kirjotti kaiken ylös mitä oli syöny.</p>	<p>Tietoa aiheesta on paljon.</p> <p>Käytäntöön soveltaminen vaikeaa</p> <p>Osallistaminen</p>	<p>Keinot opitun tiedon käytäntöön siirtämiseen</p>
--	---	--	---

<p>RYHMÄTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN JA TOTEUTTAMINEN</p>	<p>-No kerran oli sauvakävely, olin estynyt sillo ja sit mul on toi polvi niin kipee ettei siit oi mitää tullu. Käytii myö uimas. Tää oli luentotyypistä, ihan hyvä anti oli.</p> <p>-Sauvakävely oli viimeisellä kerralla. Ruoanlaiton suhteen olis kyl hyötty. Näkis mitä vois jättää pois tai lisätä, selviäs mikä siin mun ruoas on se rysä. Enemmän painottu luennointiin. Paljon oli hyvää asiaa, mitä tiedottaa, mut sitä ei saa sisäistettyä sillä tavalla, että se toteutuis käytännössä. Liikuntaa pitäis tuoda konkreettisesti siihen, mutta meil oli niin eritasoisia kursseja, että pitäis kiinnittää huomiota</p> <p>-Sauvakävelyä myö käytii. Asioista vaa puhutti jäi enemmän tälle teoriatasolle, eli luentoihin painottu. Käytii myös tutustumaan kuntosalii, katottii et siel on tommoset laitteet.</p> <p>-Ei ollu mitää, käytii myö sauvakävelyllä ja oli meil oli se liikuntapäivä uimahallilla. Oli siel vähä toimintaakii, mut luentojakin oli paljon. Luennot oli hyviä, kyl se kertaus on opintojen äiti, välil se puuduttaa ja välil siel kokee ahaa elämyksiä.</p> <p>-Ei ollu, viimeisellä kerralla oli sauvakävely, mut en voinnu osallistua siihen. Luentoihin painottu. Kyl se ihan mielenkiintost oli, hyvä porukka oli. Jos siin olis ollu toimintaakii, ni se olis voinnu toiselta valtuuttaakii.</p> <p>-Sauvakävely oli viimeisellä kerralla, semmost olis voinnu olla enemmänki. Käytii myö tutustumaan uimahalliin. Luentoihin painottu.</p> <p>-Ei ollu mitää, käytii tota yhen kerran uimahallii tutustumassa ja katottii ne kuntosalilaitteet. Tehtii siel se joku rasvamittaus. Ne oli luentotyypisiä, minust se oli hyvä, aika meni nopeesti.</p>	<p>Luento painotteista</p> <p>Liikuntaa lisää, fysioterapeutin luennot ja ohjeet</p> <p>Samantasoisia ihmisiä ryhmään</p>	<p>Monipuoliset moniammatilliset luennot ja virikkeet saman tasoisille osallistujille</p>
--	---	---	---

<p>RYHMÄTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN JA TOTEUTTAMINEN</p>	<p>-Sain kyllä ihan hyvät valmiudet jatkaa elintapamuutosta. Sehän on vaa ihan itestä kiinni kuinka paljon niitä pystyy toteuttaa. -Samal tyyli pitäs jatkaa. -Kyl sit alkaa funtsaa ja tulee uusii noit ruokahommii tietyst paljon. -Ihan hyvät valmiudet sain, kylhän sen on aina tienny. -No ainakii täs vahvistu ne mun ajatukset, että miten niinku, mikä on viisast ja tollee. -Kyl joo, ruokakaupas miettii liikkuessa miettii, tää anaa sen valmiuden ettei jää liaan pitkäks aikaa löhöilee. -No onhan se tietyst niin, että kun niit ohjeit vaa noudattais.</p>	<p>Valmiuksia saatiin</p> <p>Noudattaminen vaikeaa</p>	<p>Keinot opitun tiedon käytäntöön siirtämiseen</p>
--	---	--	---