



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MOTIVOIVA HAASTATTELU OSANA INTERNET-POHJAISIA ELÄMÄNTAPAININTERVENTIOITA - KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS

TEKIJÄ: Heidi Timonen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala		
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Hoitotyön kliinisen asiantuntijan tutkinto-ohjelma		
Työn tekijä(t) Heidi Timonen		
työn nimi Motivoiva haastattelu osana internet-pohjaisia elämäntapainterventioita – kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Päiväys 24.2.2017	Sivumäärä/Liitteet	76/2
Ohjaaja(t) Yliopettaja Liisa Koskinen		
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Itä-Suomen yliopisto		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Elämäntavoilla on suuri vaikutus sairastavuuteen sekä kuolleisuuteen maailmanlaajuisesti ja tutkimusnäyttö epäterveellisten elämäntapojen yhteydestä kansansairauksiin ja niille altistaville riskitekijöille on vahva. Tietoa hyvinvointia sekä terveyttä edistävästä elämäntavoista on saatavilla runsaasti ja haasteena nähdäänkin se, miten ihmisiä saadaan motivoitua kohti terveitä elämäntapavalintoja ja näin ottamaan lisää vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Hoitotyössä yksilön halukkuutta muutokseen voidaan tukea aktiivisella elämäntapaohjauksella. Elämäntapaohjauksessa motivoivan haastattelun tekniikkaa hyödyntämällä voidaan lisätä ohjattavan sitoutumista omaan hoitoonsa sekä ottamaan vastuuta omasta terveydestään pysyvien muutosten aikaansaamiseksi. Terveysteknologian kehittyessä kehitetään myös uusia elämäntapaohjaukseen liittyviä verkkopalveluita, jotka antavat ihmisille mahdollisuuksia parantaa ja ylläpitää omaa toimintakykyään ja terveyttään. Sähköisesti toteutetuista elämäntapaohjauksista ja niiden tehosta saadut kokemukset ovat toistaiseksi vähäiset, mutta kuitenkin rohkaisevat. Tietoteknologian tarjoamien mahdollisuuksien, haasteiden ja ulottuvuuksien tarkastelu auttaa sairaanhoitajia arvioimaan ja kehittämään uusia työ- ja toimintatapoja, se antaa käytännön työkaluja sovellettavaksi potilastyöhön sekä sitä voidaan hyödyntää koulutettaessa terveydenhuollon ammattilaisia toimimaan uusissa tietoteknologisissa toimintaympäristöissä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota yhteen kansainvälistä tutkimustietoa siitä, miten motivoivaa haastattelua on hyödynnetty internetin kautta toteutetuissa elämäntapainterventioissa ja miten menetelmä on soveltunut tähän tarkoitukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsausta hyödyntäen sellaista tietoa, jota tutkijat ja käytännön hoitotyön tekijät voivat tulevaisuudessa hyödyntää suunnitellessaan elämäntapaohjaukseen liittyviä verkkopalveluita sekä toteuttaessaan virtuaalisia elämäntapainterventioita, joissa hyödynnetään motivoivan haastattelun menetelmää.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto kerättiin CINAHL complete (Ebsco)- ja PubMed – tietokannoista, joista lopulliseen analyysiin valikoitui kahdeksan kansainvälistä tutkimusartikkelia vuosilta 2010–2016. Aineiston analyysi toteutettiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tuloksissa syntyi kuvaus motivoivasta haastattelusta osana internet-pohjaisia elämäntapainterventioita kolmen pääluokan muodossa: motivoivan haastattelun toteuttaminen, motivoiva haastattelu elämäntapamuutoksen tukena ja motivoivan haastattelun osa-alueiden toteuttaminen. Tulosten mukaan motivoivaa haastattelua oli hyödynnetty tutkimuksissa verkko-ohjelmien rinnalla monimuotoisesti, räätälöitynä osaksi yksilön muutosprosessin vaiheita. Motivoivan haastattelun toteuttamisessa oli hyödynnetty eri jakelukanavia ja sen osa-alueiden käytännön toteuttaminen sekä siinä esiintyvät haasteet olivat pitkälti riippuvaisia käytetystä toteuttamistavasta.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että motivoivan haastattelun käyttömahdollisuuksista ja soveltuvuudesta osaksi terveydenhuollon uusia teknologisia innovaatioita saatiin lupaavaa näyttöä. Tulevaisuuden haasteena nousi internet-pohjaisissa interventioissa toteutetun motivoivan haastattelun osa-alueiden, laadun ja tarkkuuden käytännön toteutumisen tarkastelu ja arviointi.</p>		
Avainsanat: elämäntapamuutos, internet, interventio, kirjallisuuskatsaus, motivoiva haastattelu		

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Practice Nursing			
Author(s) Heidi Timonen			
Title of Thesis Motivational interviewing part of internet-based lifestyle interventions –narrative literature review			
Date	24.2.2017	Pages/Appendices	76/2
Supervisor(s) Principal Lecturer Liisa Koskinen			
Client Organisation /Partners University of Eastern Finland			
<p>Abstract</p> <p>Health behaviour has a major impact on morbidity and mortality worldwide, and there is strong research evidence concerning connection between unhealthy lifestyles and chronic diseases. Information about the well-being and health-promoting lifestyle is available, but the challenge is how to motivate people towards healthy lifestyle choices and take more responsibility for their own health and well-being. In nursing individual's willingness to change can be actively supported with lifestyle counselling. Counselling that uses motivational interviewing techniques can help individuals to increase their commitment to own care, as well as to take responsibility for their own health to obtain permanent lifestyle changes. The development of health technology brings new innovations to health promotion with internet-based lifestyle counselling that provides opportunities for people to improve and maintain their own functional capacity and health. Studying the opportunities, challenges and dimensions offered by new technologies helps nurses assess and develop new working methods, it gives practical tools for patient care, as well as it can be utilized in the training of health care professionals to operate in new digital working environments.</p> <p>The purpose of this thesis was to bring together international research on how motivational interviewing has been utilized in internet-based lifestyle interventions and how the method has been applied for this purpose. The aim of this literature review was to produce information that researchers and nursing practitioners can use in future when developing online services and implementing virtual lifestyle interventions using motivational interviewing method.</p> <p>This thesis was a narrative literature review. The data was collected from CINAHL complete (EBSCO) - and PubMed – databases. For the final analysis eight international research articles was selected for the years 2010-2016. Analysis of the material was carried out using inductive content analysis. The result is a description of the motivational interviewing as part of the Internet-based lifestyle interventions which is divided into three main categories: the implementation of motivational interviewing, motivational interviewing supporting lifestyle change and implementation of motivational interviewing elements. The results show that motivational interviewing has been utilized in studies in diverse ways alongside with online programs, tailored as part of individual's stages in change process. The implementation of the motivational interview had been utilized using various distribution channels. This had major effects on how the motivational interviewing elements were implemented in practice and the challenges emerged.</p> <p>As a conclusion, it can be stated that there is promising evidence of opportunities and the suitability of the motivational interviewing as part of new technological innovations in health care. Further study should have more focus on assessing how motivational interviewing and its fidelity and quality have been actualized in practice in internet interventions.</p>			
Keywords: health behaviour change, internet, intervention, literature review, motivational interviewing			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	ELÄMÄNTAPAININTERVENTIO ELÄMÄNTAPAMUUTOSTEN KÄYNNISTÄJÄNÄ.....	10
2.1	Elämäntavat osana väestön terveyttä.....	10
2.1.1	Liikunta.....	10
2.1.2	Ravitsemus.....	11
2.1.3	Ylipaino.....	12
2.1.4	Tupakka ja alkoholi.....	12
2.2	Elämäntapamuutos.....	13
2.3	Elämäntapainterventio.....	16
2.4	Internet elämäntapaintervention välineenä.....	19
3	MOTIVOIVA HAASTATTELU.....	21
3.1	Motivoiva haastattelu ohjausmenetelmänä ja käyttö terveydenhuollon toimintaympäristössä.....	21
3.2	Motivoivan haastattelun periaatteet.....	22
3.3	Motivoivan haastattelun tekniikat.....	24
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	27
5	TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ.....	28
5.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	28
5.2	Tutkimusaineisto ja valintakriteerit.....	30
5.3	Alkuperäistutkimusten laadunarviointi.....	34
5.4	Aineiston analyysi.....	35
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	39
6.1	Motivoivan haastattelun toteuttaminen.....	39
6.2	Motivoiva haastattelu elämäntapamuutoksen tukena.....	41
6.3	Motivoivan haastattelun osa-alueiden toteutuminen.....	43
6.3.1	Motivoivan haastattelun elementtien toteutuminen.....	43
6.3.2	Motivoivan haastattelun periaatteiden toteutuminen.....	44
6.3.3	Motivoivan haastattelun tekniikoiden toteutuminen.....	45
7	POHDINTA.....	47
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	47
7.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	53
7.3	Tutkimuksen eettisyys.....	54

7.4	Jatkotutkimusaiheet	56
7.5	Ammatillisen kehittymisen tarkastelu.....	57
	LÄHTEET	59

1 JOHDANTO

Elämäntavoilla on suuri vaikutus sairastavuuteen ja kuolleisuuteen maailmanlaajuisesti. Tutkimusnäyttö elämäntapojen yhteydestä kansansairauksiin ja niille altistaville riskitekijöille on vahva. Tiedetään, että epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta, ylipaino, tupakointi sekä runsas alkoholin käyttö ovat riskitekijöitä, jotka lisäävät väestön kokonaiskuolleisuutta ja altistavat useille kroonisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonitaudeille, diabetekselle, erilaisille syöpäsairauksille sekä muistisairauksille. Yhdessä nämä riskitekijät nelinkertaistavat ennenaikaisen kuoleman riskin ja alentavat elinikää keskimäärin 14 vuotta terveellisesti eläviin verrattuna. (Alexander, McClure, Calvi, Divine, Stopponi, Rolnick, Heimendinger, Tolsma, Resnicow, Campbell, Strecher ja Johnson 2010, 319; Absetz ja Hankonen 2011, 2265; Riiser, Løndal, Ommundsen, Småstuen, Misvær ja Helseth 2014, 2; Friederichs, Oenema, Bolman ja Lechner 2015, 2.) Suomessa sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat lähes puolet työikäisten kuolemista ja sepelvaltimotautiin kuolee vuosittain runsaat 12 000 suomalaista (THL 2014a). Diabetesta sairastavien määrä on kasvanut vuosittain ja tähän on vaikuttanut merkittävästi väestön lihominen ja liikunnan väheneminen. Suomessa tyyppin 2 diabetesta sairastaa arviolta 500 000 ja tyyppin 1 diabetesta 50 000 henkilöä. (THL 2015b.) Myös todettujen syöpätapausten määrä on kasvanut tasaisesti viimeisen 30 vuoden aikana ja syöpään kuolee vuosittain arviolta 10 000 suomalaista (THL 2014c). Muistisairauksia sairastavia on maailmassa tällä hetkellä arviolta 36 miljoonaa ja Suomessa muistisairauksiin sairastuu vuosittain noin 13 000 henkilöä (STM 2012a).

Edellä mainitut krooniset sairaudet koskettavat usein vielä työelämässä olevia ihmisiä ja vaikuttavat dramaattisesti sairastuneen ja hänen perheensä elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Kuitenkin aktiivisella elämäntapaohjauksella, jolla pyritään motivoimaan ja tukemaan yksilöä elämäntapamuutosten tekemisessä ja ylläpitämisestä, kroonisten sairauksien puhkeamista voitaisiin siirtää jopa 5-10 vuotta. (STM 2012a, 7; THL 2015a.) Elämäntapaohjaus on tärkeä hoitotyön menetelmä ja samalla keskeinen osa terveyden edistämistä. Terveyden edistämällä tarkoitetaan terveyden ja siihen liittyvän toimintakyvyn lisäämistä, terveysongelmien vähentämistä sekä terveyserojen kaventamista yksilöiden välillä. Yksilötasolla terveyden edistäminen näkyy esimerkiksi terveystiedon vahvistumisena sekä elämäntapojen kehittymisenä niin, että se mahdollistaa yksilön toimimisen oman terveytensä edistämiseksi. Kuitenkin lopullinen vastuu omasta käyttäytymisestä ja valinnoistaan on yksilöllä itsellään. (Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä 2014.)

Tietoa hyvinvointia ja terveyttä edistävästä elämäntavoista on saatavilla runsaasti, mutta usein sitä ei osata hyödyntää riittävästi. Lisäksi elämäntapojen terveellisyydestä saatavilla oleva tieto ei yksistään riitä käynnistämään yksilön elämäntapamuutosprosessia ja monesti yksilöiltä puuttuu myös konkreettista halukkuutta muutoksen tekemiseen. Tiedon lisäksi elämäntapamuutosta suunnitteleva tarvitsee henkilökohtaisia tavoitteita sekä motivointia, joka kannustaa saavuttamaan hänen itsellensä asettamat tavoitteet. Perusta onnistuneelle elämäntapaohjaukselle saavutetaan, kun ohjattava saadaan itse pohtimaan oman terveytensä ja elämäntapojensa merkitystä oman elämänsä näkökulmasta käsin. Edelleen terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa haasteena nähdäänkin se, miten ihmisiä saadaan motivoitua kohti terveitä elämäntapavalintoja ja näin ottamaan lisää vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (Eloranta 2011, 7-8; Saarelma 2011.)

Terveydenhuollossa elämäntapaohjausta antavat pääsääntöisesti terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä toimivat ammattilaiset kuten sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lääkärit. Ohjattavat ovat puolestaan eri elämäntilanteissa olevia potilaita ja asiakkaita. Ohjaajan ja ohjattavan toisiaan kunnioitava ohjaussuhde sekä ohjaajan riittävät tiedolliset ja taidolliset ohjausvalmiudet toimivat lähtökohdina laadukkaalle ohjaukselle. (Kääriäinen 2008, 3.) Suomessa suurin osa hoitajista ja lääkäreistä pitää elämäntapoihin vaikuttamista tärkeänä, mutta moni kokee omat taitonsa motivointiin riittämättömiksi (Kivelä, Elo, Kyngäs ja Kääriäinen 2014, 263). Yksilön halukkuutta muutokseen voidaan tukea motivoivan haastattelun avulla. Motivoiva haastattelu on yksi näyttöön perustuvan hoitotyön menetelmä ja terveyden edistämisen tukena käytettävä työväline. (Koski-Jännes, Riittinen ja Saarnio 2008, 13.) Motivoiva haastattelu on luonteeltaan asiakaskeskeinen menetelmä, jonka avulla haastateltavan muutosmotivaatiota pyritään herättämään ja voimistamaan hänen omista lähtökohdistaan käsin. Perusajatus motivoivassa haastattelussa on, että voimavarat muutokseen löytyvät haastateltavasta itsestään. Motivoivan haastattelun kautta pyritään lisäämään haastateltavan sitoutumista omaan hoitoonsa sekä ottamaan vastuuta omasta terveydestään pysyvien muutosten aikaansaamiseksi. (Miller ja Rollnick 2002, 33.)

Terveysteknologian kehittyessä myös terveyden edistämässä kehitetään uusia virtuaaliteknologian keinoja, joilla ihmisiä voitaisiin kannustaa kohti terveempiä elämäntapoja ja tekemään terveyttä edistäviä valintoja. Internetin jatkuva kehitys ja kasvu ovat luoneet erityyppisille verkkopalveluille kasvavaa kysyntää ja sen myötä myös verkosta saatavien terveystalvöjien kysyntä on kasvanut. (Yabarra ja Suman 2006, 29-41.) Sähköisesti toteutetuista elämäntapaohjauksista ja niiden tehosta saadut kokemukset ovat toistaiseksi vähäiset, mutta kuitenkin rohkaisevat. Vaikka näiden menetelmien käyttämisessä seuranta-ajat ovat olleet lyhyitä, ovat niistä saadut käyttökokemukset tai niiden avulla aikaansaadut muutokset olleet pääosin myönteisiä. Nähtävillä on, että jatkossa käyttöön kehitettävät ohjelmat kehittyvät ja mukautuvat entistä enemmän vastaamaan käyttäjän yksilöllisiä tarpeita. (Saarelma 2011.)

Tulevaisuudessa terveydenhuollossa tarvitaan uudenlaisia palveluja, joiden kautta voidaan tukea potilaiden ja asiakkaiden henkilökohtaista terveyden hallintaa. Terveydenhuollon resurssit ovat rajalliset ja terveyden edistämisen sekä sairauksien ehkäisyn on todettu olevan tehokas tapa leikata terveydenhuollossa syntyviä kustannuksia pitkällä aikavälillä. Terveydenhuollon kontekstissa käytettyjen interventioiden tulisi perustua parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön, joka on tällä hetkellä vähäistä. Kun halutaan arvioida erityisesti jonkin hoitomenetelmän tuomaa vaikuttavuutta, on sen taustalla olevan katsauksen tärkeää perustua useisiin satunnaistuttuihin kontrolloituihin tutkimuksiin, joiden tulokset ovat samansuuntaisia. Käytännön interventioiden toteutuksen pohjaksi tarvitaan tutkimustietoa esimerkiksi eri toimintamallien ja kontekstien hyödynnettävyydestä ja vaikuttavuudesta. (Hyppönen ja Niska 2008, 14-15; Pölkki 2014.) Onkin tarpeellista, että tutkimuksia internet-pohjaisista elämäntapainterventioista kartoitetaan ja analysoidaan. Näin niiden käyttökelpoisuutta ja soveltuvuutta interventiovälineenä pystytään nykyistä paremmin arvioimaan sekä parantamaan niiden käytettävyyttä ja tehokkuutta. Myös internet-pohjaisissa elämäntapainterventioissa käytettyjen muutostekniikoiden ja menetelmien tarkastelu on keskeistä, koska vaikuttavuusnäyttö niiden osalta on vielä sekavaa ja puut-

teellista. Se mahdollistaa vertailun eri elämäntapojen, niihin käytettyjen interventiomuotojen ja menetelmien sekä niistä saatujen lopputulosten välillä. Saadulla tiedolla, voidaan tarjota tutkijoille ja terveydenhuollon ammattilaisille uusia oivalluksia ja näkökulmia kehittää, valita ja muokata eri elämäntapoihin sopivia internet-pohjaisia interventiomuotoja. (Risk ja Dzenowagis 2001; Hou, Charley ja Roberson 2014, 456.)

Sähköisten palvelujen kehittäminen on linjattu osaksi käynnissä olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistusta. Sähköisiä terveydenhuollon asiointipalveluita kehittämällä pyritään löytämään ratkaisuja, joiden kautta palvelut ovat paremmin kansalaisten saatavilla, ne ovat tehokkaita ja korkealaatuisia sekä antavat ihmisille mahdollisuuksia parantaa ja ylläpitää omaa toimintakykyään ja terveyttään. (Sote – ja maakuntaudistus 2016.) Uusien teknologisten ratkaisujen tuominen hoitotyöntekijöiden käyttöön, edellyttää osaamisen lisäämistä. Hoitotyössä näyttöön perustuva toiminta vaatii toteutuakseen sairaanhoitajilta oman alansa kehityksen seuraamista. Tulevaisuudessa sairaanhoitajien työnkuva muuttuu yhä itsenäisemmäksi ja asiakkaiden sekä potilaiden tukeminen oman terveytensä ylläpitämisessä korostuu. (Erikson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015, 19.) Tietoteknologian tarjoamien mahdollisuuksien, haasteiden ja ulottuvuuksien tarkastelu auttaa sairaanhoitajia arvioimaan ja kehittämään uusia työ- ja toimintatapoja, se antaa käytännön työkaluja sovellettavaksi potilastyöhön sekä sitä voidaan hyödyntää koulutettaessa terveydenhuollon ammattilaisia toimimaan uusissa tietoteknologisissa toimintaympäristöissä. (Rahikka 2013, 146.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen aihe nousi työskennellessäni Itä-Suomen yliopiston HATICE-tutkimuksessa (Healthy Aging Through Internet Coucelling in the Elderly). HATICE-tutkimus on Eurooppalainen, satunnaistettu kontrolloitu PROBE-monikeskustutkimus, joka toteutetaan Suomessa, Ranskassa ja Hollannissa. Tutkimuksen kohderyhmänä on 65 vuotta täyttäneet henkilöt, joilla on kaksi tai useampia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja/tai todettu sydän- ja verisuonitauti. Tutkimustietoa tehokkaan riskitekijöiden hallinnan teoreettisten hyötyjen toteutumisesta käytännössä on vielä vähän. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten hyvin HATICE-hankkeessa kehitetty innovatiivinen, vuorovaikutteinen verkkosivusto pystyy tehostamaan sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden omaehtoista seurantaan sekä vähentämään sydän- ja verisuonitautien ja muistisairauksien riskiä ikääntyneillä. Tutkimukseen kehitetyllä verkkosivustolla eräänä internetin kautta käytettävänä elämäntapainterventio välineenä on motivoiva haastattelu. Motivoivan haastattelun periaatteet ohjaavat ohjaajan toimintaa ja yhteydenpitoa osallistujien kanssa läpi tutkimuksen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kirjallisuuskatsaus kokoamalla yhteen kansainvälistä tutkimustietoa siitä, miten motivoivaa haastattelua on hyödynnetty internetin kautta toteutetuissa elämäntapainterventioissa ja miten menetelmä on soveltunut tähän tarkoitukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsausta hyödyntäen sellaista tietoa, jota tutkijat ja käytännön hoitotyön tekijät voivat tulevaisuudessa hyödyntää kehittäessään ja suunnitellessaan elämäntapaohjaukseen liittyviä verkkopalveluita sekä toteuttaessaan virtuaalisia elämäntapainterventioita, joissa hyödynnetään motivoivan haastattelun menetelmää. Ajantasaista ja luotettavaa tietoa internet-pohjaisista elämänta-

painterventioista tarvitaan, koska sen avulla terveydenhuollon päättäjät voivat tehdä näyttöön perustuvia päätöksiä siitä, millaisia interventiomuotoja kannattaa toteuttaa sekä millaiset interventiomuodot ja -välineet tuottavat eniten vastinetta ja ovat tehokkaita.

2 ELÄMÄNTAPAINTERVENTIO ELÄMÄNTAPAMUUTOSTEN KÄYNNISTÄJÄNÄ

2.1 Elämäntavat osana väestön terveyttä

Yksilön terveys syntyy perimän, sosiaalisten olosuhteiden, elinympäristön ja käyttäytymisen yhteisvaikutuksesta. Terveelliset elämäntavat ovat yksilölle muovautuneita käyttäytymismalleja, joita he voivat joko ottaa tai olla ottamatta osaksi arkipäivän valintojaan. Näihin valintoihin kuuluvat esimerkiksi säännöllinen liikunta, terveellinen ravitsemus, riittävän levon saanti, tupakoimattomuus sekä maltillinen päihteidenkäyttö. Pitkällä aikavälillä mitattuna suomalaisten elämäntavoissa on tapahtunut myönteistä kehitystä muun muassa tupakointi-, liikunta- ja ravitsemustottumuksissa. Terveys ei kuitenkaan jakaudu Suomessa tasaisesti, vaan se on myös monella tapaa sidonnainen yksilön elämäntilanteeseen ja sen eri konteksteihin, kuten elinoloihin ja koulutustasoon. Terveellisistä elämäntavoista on tarjolla paljon tietoa ja niistä on tehty tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia. Suositusten tarkoituksena on parantaa hoidon laatua sekä vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua ja toimia tätä kautta väestön terveyden edistämisen tukena. (Korhonen, Leppänen, Koponen, Neuvonen, Lahtinen, Parkkinen ja Sandelin 2014, 24, 30, 36.) Suomessa näyttöön perustuvia Käypä hoito- suosituksia on laadittu vuodesta 1994 lähtien ja laadittaessa on jo valmiiksi pohdittu niiden käyttökelpoisuutta ja soveltuvuutta paikallisiin olosuhteisiin. Terveellisiin elämäntapoihin liittyen Käypä hoito-suositusta on tehty ravitsemuksen, liikunnan, painonhallinnan ja tupakoinnin lopettamisen tueksi. Suositusten käyttöönotto on kuitenkin monimutkainen prosessi ja uusien toimintatapojen omaksuminen voi olla vaativaa. Haasteita voi tulla etenkin silloin, kun kliinisiin toimintatapoihin tarvitaan monimutkaisia muutoksia, eri ammattiryhmien välillä on kehitettävä yhteistyötä, tarvitaan muutosta potilaan käyttäytymisessä tai muutoksia hoidon organisoinnissa. Parhaimmillaan hoitosuositukset auttavat kuitenkin uusien toimintatapojen juurruttamista käytäntöön ja kliiniseen työhön. (Sipilä ja Lommi 2014, 832.)

2.1.1 Liikunta

Tutkimustulosten perusteella liikunnalla on osoitettu olevan terveyttä edistäviä, ylläpitäviä ja erilaisia sairauksia ennaltaehkäiseviä vaikutuksia. Esimerkiksi kohtuukuormitteisen päivittäin harrastetun liikunnan on todettu ehkäisevän diabeteksen ja sepelvaltimotaudin ilmaantumista sekä alentavan verenpainetta. (Jeon, Lokken, Hu, ja van Dam 2007, 744; Mora, Cook, Buring, Ridker ja Lee 2007, 2110; Huai, Xun, Reilly, Wang, Ma ja Xi 2013, 1021; Liikunta 2016, 9.) Lisäksi liikunta edistää kestävyys- ja -lihaskuntoa, auttaa ehkäisemään painonnousua, vähentää masennusta sekä edistää kognitiivisia toimintoja. Kestävyysliikunnalla on esimerkiksi todettu positiivisia vaikutuksia muistiin, toiminnan ohjaukseen, huomiokykyyn ja asioiden käsittelynopeuteen. (Smith, Blumenthal, Hoffman, Cooper, Strauman, Welsh-Bohmer, Browndyke ja Sherwood 2010, 239; Liikunta 2016, 22.) Liikunnan käypähoitosuosituksessa (2016) aikuisväestölle suositellaan kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa, kuten reipasta kävelyä, ainakin 150 minuuttia viikossa tai vastaavasti raskasta liikuntaa, kuten juoksua, 75 minuuttia viikossa. Tämän lisäksi lihasvoimaa ja -kestävyyttä ylläpitävää liikuntaa tulisi harrastaa vähintään kahdena päivänä viikossa. (Liikunta 2016, 3-4.) Liikunnan harrastamisessa ollaan Suomessa vielä kaukana terveysliikuntasuosituksista, mikä on terveyden edistämistyölle suuri haaste. Vaikka yhä suurempi osa

väestöstä harrastaa liikuntaa vapaa-ajallaan on noin joka viides suomalainen vapaa-ajallaan täysin passiivinen. Vapaa-ajan liikuntaa tarkasteltaessa nuoret ja korkeasti koulutetut harrastavat enemmän liikuntaa kuin iäkkäämmät ja vähemmän koulutetut henkilöt. Nyky-yhteiskunnassa myös työn fyysinen kuormittavuus on vähentynyt. Työssä sekä työmatkoilla liikutaan yhä vähemmän ja istumisen osuus on lisääntynyt. Eniten työaikansa viettää istuen nuorin ikäryhmä, 25-34 -vuotiaat. (THL 2012b.) Terveydenhuollon ammattilaisilla on keskeinen rooli liikuntaneuvonnan toteuttajina, koska suurin osa suomalaisista käyttää terveydenhuollon palveluja vuosittain (Nguyen, Sauni, Koponen, Alha ja Häkkinen 2012, 170). Liikuntaneuvonnan toteuttamisessa nähdään kuitenkin useita haasteita, kuten ajan puute, riittämättömät ohjaustiedot -ja taidot sekä terveydenhuollon eri toimipaikkojen epäyhtenäiset käytännöt. Lisäksi liikuntaneuvonta kohdistuu usein kroonisia sairauksia sairastaviin yksilöihin, jolloin sen ulkopuolelle jää suuri joukko terveydentilansa hyväksi kokevia yksilöitä, joiden liikuntatottumukset ovat kuitenkin liian vähäiset. (Kuivaniemi 2014, 11-12.)

2.1.2 Ravitseminen

Ruokavaliota ei valita, vaan opitaan eli sen perusta luodaan jo lapsena. Terveyttä edistävä ruokavalio sisältää kuitupitoisia viljavalmisteita, runsaasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä, vähän sokeria ja kovaa rasvaa, riittävästi pehmeää rasvaa ja vain vähän suolaa. Tällaisen ruokavalion energiatiheys on myös pieni, mikä ehkäisee omalta osaltaan lihomista. Aterioiden tulisi jakautua tasaisesti pitkin päivää ja aterioiden välin ei tulisi ylittää 3-4 tuntia. Säännöllinen ateriarytmi auttaa syömään kohtuullisesti ja toimii näin painonhallinnan tukena. Terveellinen ruokavalio vaikuttaa sydän- ja verisuonitautien tärkeimpiin riskitekijöihin kuten korkeaan kolesterolitasoon ja kohonneeseen verenpaineeseen. On tutkittua näyttöä siitä, että se vähentää lisäksi riskiä sairastua tyyppiin 2 diabetekseen ja tiettyihin syöpätyyppeihin. (Pekurinen ja Puska 2007, 118; Suomalainen Ravitseminen neuvottelukunta 2014, 11.) Suomalaisien ravitsemustottumukset ovatkin parantuneet pitkällä aikavälillä ja esimerkiksi kasvien syönte ja rasvattoman maidon käyttö on lisääntynyt. Vuonna 2014 tuoreita kasviksia käytti päivittäin 34 % miehistä ja 51 % naisista. Koulutusryhmien väliset erot kasvien käytössä olivat suuria, jopa kaksinkertaisia. Korkeammin koulutetut söivät yleisemmin kasviksia kuin vähän koulutetut. (THL 2016.)

Ravitsemukseen liittyvää ohjausta annetaan terveydenhuollossa runsaasti, mutta usein ilman selkeää, yhtenäistä mallia siitä, mitä ja miten ohjausta tulisi antaa. Terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta ravitsemukseen liittyvää ohjausta pidetäänkin haasteellisena, koska ravitsemustottumukset ovat suhteellisen pysyviä. Ravitsemustottumusten tavoitteellinen muuttaminen vaatii onnistuakseen muutoksen tekijältä jatkuvaa keskittymistä, kärsivällisyyttä sekä itsekuria. Ohjauksessa yksilöä kannustetaan pohtimaan omia ravitsemustottumuksiaan ja niiden muuttamiseen liittyviä esteitä sekä mahdollisuuksia. Tarkoituksena on tukea ohjattavan itsemääräämisoikeutta ja motivoida ohjattavaa muutosprosessin käynnistämiseen. (Pääkkönen 2006, 8-9.) Erityisesti lapsiin ja nuoriin sekä heidän vanhempiinsa kohdistuva ravitsemusohjaus, auttaa tukemaan terveellisten ruokatuottumusten omaksumista ja ylläpitämistä myös aikuisena.

2.1.3 Ylipaino

Aikuisten ylipainoa voidaan arvioida painoindeksin avulla. Painoindeksi (body mass index) tarkoittaa kehon painoa jaettuna metreinä mitatun pituuden neliöllä, kg/m². Normaali painoindeksin alue on välillä 18,5-25. Painoindeksin ollessa välillä 25-30 puhutaan ylipainosta ja painoindeksin ylittäessä arvon 30 on kyse lihavuudesta. Etenkin keskivartalolihavuus, jossa rasva on kertynyt keskivartaloon vatsaontelon sisälle, on terveydelle haitallista. Globaalisti tarkasteltuna lihaviiden ja ylipainoisten osuus väestöstä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 1980. Suomessa runsas viidennes aikuisista on lihavia. Yleisintä lihavuus on 55–64-vuotiailla miehillä ja yli 65-vuotiailla naisilla. (WHO 2013; THL 2014b.) Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (2013) teettämän tutkimuksen tulosten mukaan noin 1,4-7 % Suomen kaikista terveystarkastuksista aiheutuu lihavuudesta (THL 2013). Ylipainolla onkin useita terveydelle epäedullisia vaikutuksia. Se kuormittaa tuki- ja liikuntaelimiä sekä rasittaa insuliini- ja muuta aineenvaihduntaa, joka altistaa monien sairauksien puhkeamiselle. Jo 5-10 prosentin painon pudottaminen voi parantaa terveydentilaa. WHO on nostonut lihavuuden ehkäisyn yhdeksi tärkeimmistä painopisteistä kroonisten sairauksien ehkäisyssä. Tässä monipuolinen ravinto, kohtuulliset ruoka-annokset ja säännöllinen liikunta ovat tärkeimmässä roolissa. Tavoite on, että aikuisiässä paino ei nousisi viittä kiloa enempää. (THL 2014b.)

Suomessa kansallisen lihavuusohjelman 2016-2018 toimeenpanosuunnitelmassa kärkiteemana on lasten ja nuorten lihavuuden ehkäisy ja hoidon tehostaminen sekä lihavuuden varhainen ehkäisy kaikkien ikäryhmien keskuudessa. Terveydenhuollon toimintaympäristöissä tämä tarkoittaa riskiryhmien tunnistamisen tehostamista ja riskiryhmiin kohdennettuja toimenpiteitä kuten motivoivaa elämäntapaohjausta sekä tukea terveellisille valinnoille. (THL 2016.) Hoitotyössä hoitajat kohtaavat eri ikäryhmiä ja kulttuureista tulevia potilaita ja asiakkaita, joilla painoon liittyvän ohjauksen painopistealueet ovat erilaiset. Ohjausta antavalla ammattilaisella onkin oltava riittävä tietämys esimerkiksi eri ruokakulttuureista, ravintotottumuksista sekä eri ikäkausien liittyvistä fysiologisista erityispiirteistä. (Saukkonen 2010, 27.)

2.1.4 Tupakka ja alkoholi

Tupakoinnin ehkäisy on edelleen yksi vaikuttavimpia ja kustannustehokkaimpia tapoja edistää väestön terveyttä. Tupakansavu sisältää myrkyllisiä yhdisteitä, joista noin 200 on osoitettu ihmiselle myrkyllisiksi ja yli neljäkymmentä on luokiteltu lisäksi syöpävaarallisiksi aineiksi. (Pekurinen ja Puska 2007, 113.) Tupakointi aiheuttaa maailmanlaajuisesti vuosittain noin 5 miljoonaa ennen aikaista kuolemaa ja Suomessa tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin menehtyy vuosittain 4000-6000 henkeä (THL 2012a). Tupakoivien miesten osuus väestöstä on vähentynyt selvästi 1970-luvun lopusta lähtien, kun taas naisilla tupakointi kääntyi laskuun vasta 2000-luvulla. Vuonna 2014 suomalaisista miehistä 17 % ja naisista 14 % tupakoi päivittäin. (Helldan ja Helakorpi 2015, 12.) Motivoituminen tupakoinnin lopettamiseen vaihtelee yksilöittäin ja terveydenhuollossa kaikille tupakoitsijoille kannattaa tarjota keskustelumahdollisuutta lopettamisen edistämiseksi. Erityistä huomiota on syytä kiinnittää raskaana oleviin tupakoitsijoihin, pienten lasten tupakoihin vanhempiin ja nuoriin. Lisäksi ohjausta kannattaa keskittää

potilaisiin ja asiakkaisiin, jotka sairastavat tupakoinnista aiheutuneita sairauksia tai joiden taudin etenemiseen, hoitoon tai paranemiseen tupakoinnin jatkamisella on vaikutus. Paikalliset hoitoketjut ja moniammatillinen yhteistyö ovat tehokkaimpia keinoja ennaltaehkäistä tupakanpolton aloittamista sekä auttaa tupakoivia lopettamaan. (Tupakointi, nikotiini-riippuvuus ja vieroitushoidot 2002.)

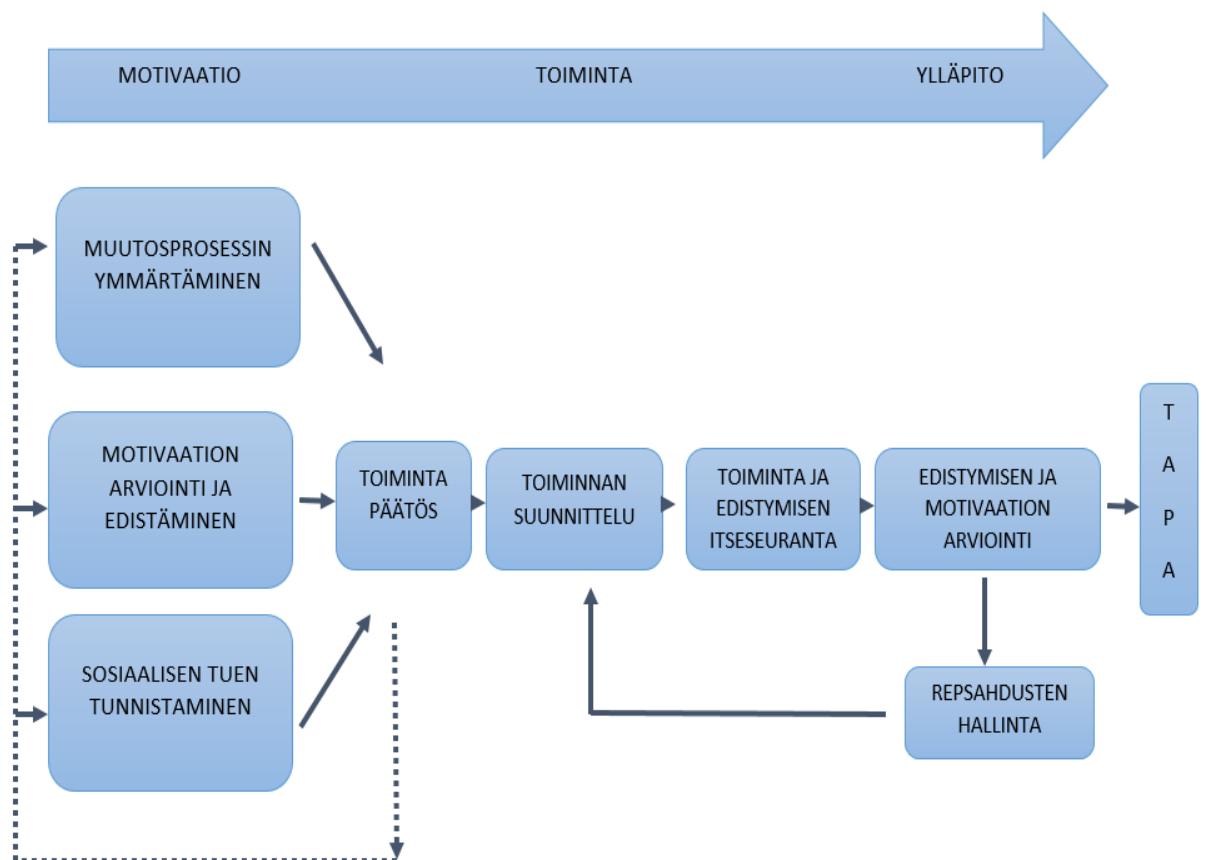
Suomalaiset käyttävät lisäksi runsaasti alkoholia ja se on Suomessa terveysriski noin 500 000 henkilölle. Alkoholinkäytön korkean riskin raja on naisilla noin 2 alkoholiannosta päivittäin tai humala kerran viikossa. Miehillä vastaava raja on noin 3 annosta päivittäin tai 7 annosta kerralla. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.) Rungas alkoholinkäyttö aiheuttaa paljon sairauksia, heikentää toimintakykyä ja lyhentää elinaikaa. Alkoholinkäyttö on viime vuosina edelleen lisääntynyt ja raittiiden osuus väestössä vähentynyt. Suomessa terveydenhuollon asiakkaista noin 10 % naispotilaista ja 20 % miespotilaista on alkoholin ongelmakäyttäjiä. (Korhonen ym. 2014, 22.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa ja ammattiryhmissä on tärkeää muistaa alkoholiongelman yleisyys ja etsiä ongelmaa aktiivisesti eri potilas – ja asiakasryhmistä. Tavoitteena on tunnistaa alkoholin ongelmakäyttö varhaisessa vaiheessa, ennen kuin siitä seuraa fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia haittoja. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa runsaat potilaskontaktit edesauttavat alkoholiongelman havaitsemisen ja varhaisen hoidon aloittamisen. Myös työterveyshuollossa toimivilla ammattilaisilla on tärkeä asema työikäisten alkoholiongelman ehkäisemisessä ja havaitsemisessa, koska suurin osa (60-70 %) alkoholista riippuvaisista on vielä työelämän piirissä. Ennaltaehkäisevää työtä voidaan tehdä kouluterveydenhuollossa, jossa yhtenä keskeisenä tavoitteena on siirtää nuorten alkoholinkäytön aloittamisikä. (Tarnanen, Alho ja Komulainen 2015, 2,16,18)

2.2 Elämäntapamuutos

Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön käyttäytymistä ja valintoja terveyteensä liittyvissä asioissa (Terveyskäyttäytyminen 2016). Elämäntapamuutos on terveyskäyttäytymisen muutosta, joka sisältää vanhoista tavoista pois oppimista sekä uusien toimintamallien omaksumista. Elämäntapamuutosten toteuttaminen ja niiden ylläpitäminen on ihmisille usein haasteellista. Muutokselle on tyypillistä sen prosessimaisuus, jonka vaiheiden välillä yksilö voi kulkea edestakaisin. Vaikka lopullinen vastuu tekemisestä valinnoista on yksilöllä itsellään, tulee hänen saada riittävästi tietoa valintojensa pohjaksi sekä tukea ja motivointia muutoksen aikaansaamiseksi. Elämäntapamuutoksista voi olla hyötyä jo sairastuneiden lisäksi riskitekijöitä omaaville ja näin sairastumisvaarassa oleville. (Marttila 2010; Absetz ja Hankonen 2011, 2265.)

Elämäntapamuutosten taustalla on paljon erilaisia teorioita ja malleja, joiden kautta on pyritty selittämään yksilöiden käyttäytymistä ja miten käyttäytymisen muutosta pystytään tukemaan. Elämäntapamuutoksen tukemisen prosessimallissa (kuviot 1) on kuvattuna ne toiminnot joita elämäntapamuutoksessa onnistuminen edellyttää niin muutoksen tekijän, kuin sitä tukevan ammattilaisen näkökulmasta. Keskeistä pysyvän elämäntapamuutoksen saavuttamiseksi muutoksen tekijän kannalta on motivoituminen muutoksen tekemiseen, konkreettisten tavoitteiden ja toimintasuunnitelman tekeminen, tehdyn

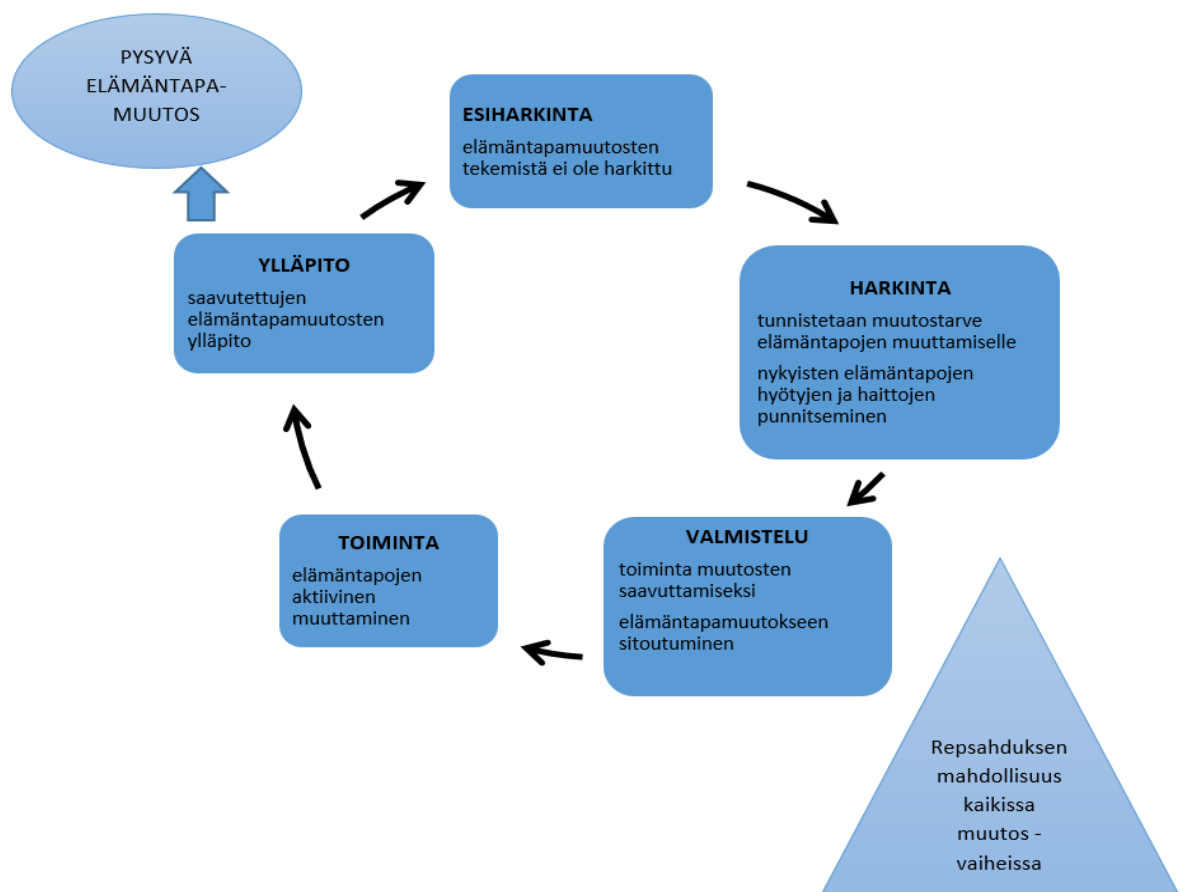
toteutuksen arvioiminen ja ylläpitäminen sekä mahdollisten takapakkien ehkäisy ja niistä oppiminen. Elämäntapamuutoksessa tukeminen edellyttää ohjausta tekevältä ammattilaiselta muutosprosessin eri vaiheiden ymmärtämistä, koska sen eri vaiheissa olevat yksilöt hyötyvät erilaisesta tuesta ja ohjauksesta. (Greaves, Reddy ja Sheppard 2010, 24; Marttila 2010; Absetz ja Hankonen 2011, 2267-2268.) Elämäntapojen muuttamiseen tähtäävistä ohjauksellisista lähestymistavoista tehokkaimmiksi ovat osoittautuneet ne, joissa yksilöä kannustetaan seuraamaan omaa käyttäytymistään ja siihen liittyvää tavoitteellista toimintaa. Tätä kautta pystytään edistämään yksilön henkilökohtaista motivaatiota, joka on keskeistä sekä elämäntapamuutoksen herättämisessä että ylläpitämisessä. (Ylimäki 2015, 63.)



KUVIO 1. Elämäntapamuutoksen tukemisen prosessimalli (Soveltaen Greaves ym. 2010, 24).

Muutosprosessin eri vaiheita voidaan syvemmin tarkastella James Prochaskan ja Carlo DiClementen vuonna 1983 kehittämän transteoreettisen muutosvaihemallin kautta (kuvio 2). Muutosvaihemalli on eräs keskeisimmistä elämäntapamuutoksiin liittyvistä teorioista, jossa muutosprosessi etenee viiden eri vaiheen kautta. Muutosvaiheissa etenemistä voidaan kuvata kehämäisenä mallina, koska eteneminen ei tapahdu yleensä suoraviivaisesti vaiheesta toiseen. Muutoksen aikana yksilö voi jäädä pitkäksi aikaa samaan muutosvaiheeseen, kiertää vaiheita läpi useamman kerran tai siirtyä muutosvaiheissa myös taaksepäin eli repsahtaa. (Prochaska ja DiClemente 1982, 282-283.)

Muutosvaihemallin ensimmäinen vaihe on esiharkinta, jossa mahdollisen muutoksen tekemistä ei ole edes harkittu. Yksilö ei ole omasta muutostarpeestaan tietoinen tai hän ei usko muutoksen toteuttamisen olevan mahdollista. Tässä vaiheessa yksilöä voidaan tukea esimerkiksi kiinnittämällä hänen huomionsa muutoksen tarpeellisuuteen. Muutosprosessin toisessa vaiheessa tulee harkinta, jossa yksilö alkaa tunnistaa muutostarpeen, mutta ei vielä toimi muuttaakseen käyttäytymistään. Tässä vaiheessa tukeminen voi keskittyä muutoksesta seuraavien etujen tunnistamiseen sekä sen käytännön toteutuksen mahdollisuuksiin. Kolmatta vaihetta voi kutsua valmisteluksi, jossa yksilö huomaa muutoksen tarpeelliseksi ja alkaa toimia muutoksen saavuttamiseksi. Neljäs vaihe on toiminta, jossa toimintatapojen muuttamista kokeillaan aktiivisesti. Viimeisessä vaiheessa keskitytään toiminnassa pysymiseen ja saavutettujen muutosten ylläpitoon. Näissä kolmessa viimeisessä vaiheessa yksilön tukemiseen kuuluu muutoksen suunnittelun ja toteutuksen seuranta sekä kannustavan palautteen antaminen. Myös mahdollinen repsahtaminen on oleellinen osa muutosvaihemallia ja se voi ilmetä missä tahansa muutosprosessin vaiheessa. Repsahdusta ei kuitenkaan pidä tulkita epäonnistumiseksi vaan oppimiskokemukseksi. Tärkeää onkin, että elämäntapaohjausta antava ammattilainen ottaa repsahdusvaiheen esille jo muutosprosessin aikaisemmissa vaiheissa. Näin yksilö ymmärtää, että se on normaali ja välttämätön osa kehittymistä ja vie muutosprosessia omalta osaltaan eteenpäin. Repsahdusten kautta yksilö oppii tunnistamaan muutosta vaikeuttavia tilanteita ja omaksumaan uusia toimintatapoja. (Marttila 2010; Absetz ja Hankonen 2011, 2267.)



KUVIO 2. Muutosvaihemallin vaiheet (Soveltaen Prochaska ja DiClemente 1982, 283).

Muutosvaihemalliin kuuluu keskeisenä osana pystyvyyden tunne (Prochaska, Redding ja Evers 2008, 98-99). Pystyvyyden tunne pohjautuu Albert Banduran sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan (Luszczynska ja Schwarzer 2005, 10). Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan yksilön uskoa omiin kykyihinsä hallita sairastuessaan omaa elämäntilannettaan. Pystyvyyden tunteen vahvistamisella on positiivinen vaikutus elämäntapojen muuttamiseen ja elämäntapamuutokseen sitoutumiseen. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta ja Pitkälä 2009, 2357; Ylimäki 2015, 65.) Tärkein pystyvyyden tunteen lähde on tieto aikaisemmista kokemuksista, sillä niiden pohjalta pystytään parhaiten selviytymään eteen tulevista haasteista. Aikaisemmat omakohtaiset kokemukset onnistumisista kehittävät pystyvyyden tunnetta, kun taas epäonnistumiset horjuttavat sitä. Esimerkiksi jos yksilö pystyy olemaan tupakoimatta, voi hän myös uskoa pystyvänsä pudottamaan painoa.

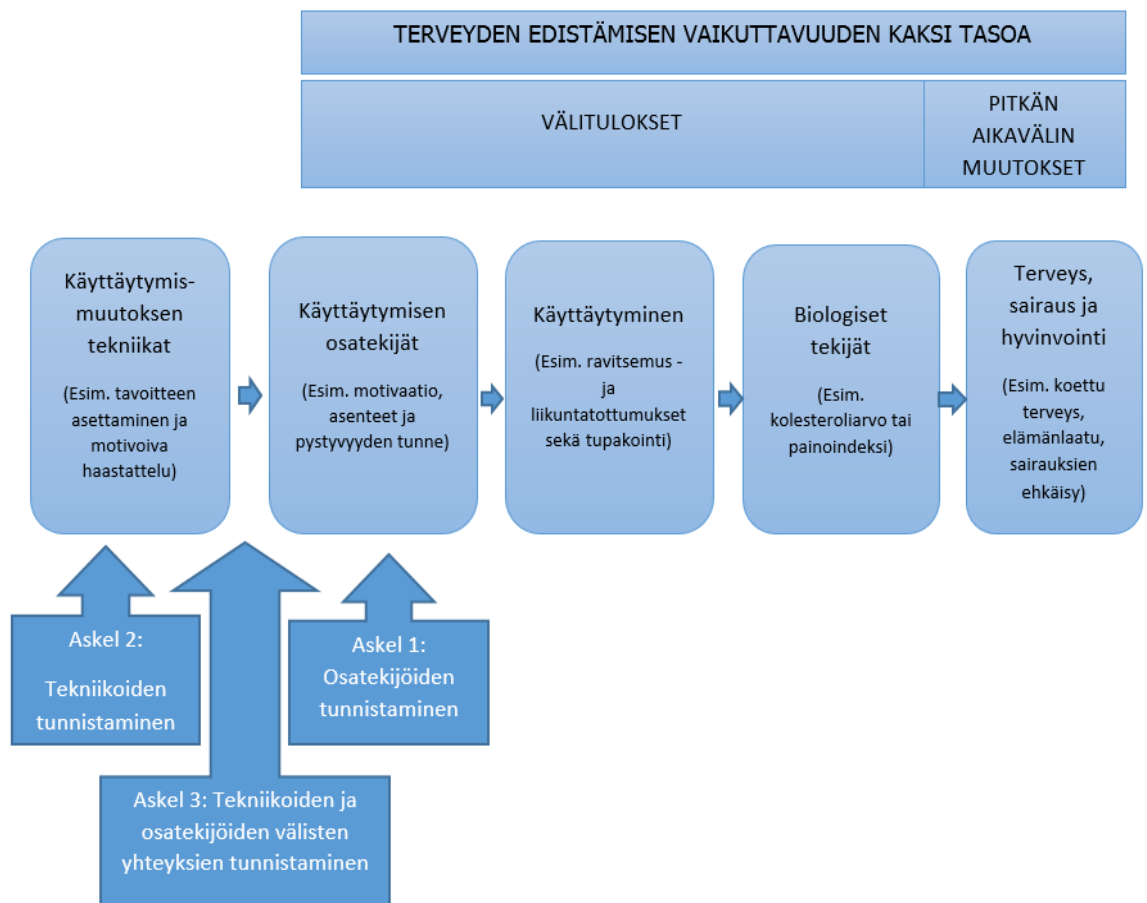
Tärkeitä pystyvyyden tunteelle ovat myös sijaiskokemukset, jotka tarkoittavat tietoa itsensä kaltaisten henkilöiden suoriutumisesta. Sijaiskokemuksiin liittyy toisten ihmisten tarkkailua, jolloin omaa toimintaa voidaan vertailla suhteessa muihin ihmisiin. Ympäristöä tarkkailemalla omaksutaan uusia käyttäytymismalleja ja voidaan ottaa mallia muista ihmisistä. (Muretta 2004, 20-24.) Yksilön luottamusta omiin muutoksetekokykyihin voidaan vahvistaa pystyvyyden tunteen lisäämisen kautta. Elämäntapaohjausta toteuttavat terveydenhuollon ammattilaiset voivat lisätä pystyvyyden tunnetta esimerkiksi antamalla palautetta onnistuneesta toiminnasta tai auttamalla yksilöä tunnistamaan ja hyödyntämään omia vahvuuksiaan. Mikäli yksilö uskoo omiin kykyihinsä, hän ei suhtaudu vastoinkäymisiin negatiivisesti ja lannistu, vaan panostaa omiin muutosyrityksiinsä aikaisempaa sinnikkäämmiin.

2.3 Elämäntapainterventio

Interventiolla tarkoitetaan väliintuloa ja/tai toimenpidettä, jonka avulla pyritään vaikuttamaan johonkin. Terveydenhuollon sisällä elämäntapainterventiolla tarkoitetaan yleensä tapahtumaa, jonka päämääränä on vaikuttaa yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Hoitotyössä interventiot voivat pitää sisällään esimerkiksi erilaisia hoitotyön toimintoja, jotka terveydenhuoltohenkilöstö toteuttaa joko asiakkaan puolesta tai yhteistyössä hänen kanssaan. Tarvittaessa interventioiden toteuttamiseen voivat osallistua myös perhe tai muita läheisiä. Tavoitteena on saada aikaan sellaisia positiivisia tuloksia, jotka edistävät yksilön terveyttä. (Pölkki 2014.) Interventioita voidaan käytännössä toteuttaa joko yksilö-, ryhmä- tai yhteisötasolla. Vuosina 1972-1997 toteutettu Pohjois-Karjala projekti on esimerkki monipuolisesta yhteisötason interventiosta. Se perustui yhteistyölle yhteiskunnan eri tahojen, kuten elintarviketeollisuuden, eri järjestöjen ja tiedotusvälineiden välillä. (Nissinen 2007, 3.) Ryhmään kohdistuva interventio voidaan toteuttaa esimerkiksi tietylle kohderyhmälle suunnattuna ryhmäohjauksena. Yksilötasolla ohjaus ja neuvonta ovat osa asiakkaan ja ammattilaisen kahdenvälistä hoitosuhdetta. Yksilö- ja ryhmätason interventiot täydentävät usein toisiaan ja niitä voidaan käyttää interventioissa toistensa tukena tehokkaan tuloksen saavuttamiseksi. (Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen ja Turku 2010, 26-27.) Tällä hetkellä ympäri maailmaa toteutetuista elämäntapainterventioista suurin osa on kohdistunut kroonisten sairauksien, kuten sydän – ja verisuonisairauksien riskitekijöiden ennaltaehkäisyyn tai vähentämiseen (47 %) tai terveyden edistämiseen (27 %). Yleisimmin

elämäntapamuutos on kohdennettu fyysiseen aktiivisuuteen sekä ruokatottumusten muuttamiseen. (King, Meader, Wright, Graham, Power, Petticrew, White ja Sowden 2015.)

Elämäntapainterventiassa perustana on usein jokin käyttäytymiseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin pohjautuva teoria tai teoriaan perustuva malli. Eri tekijät ja keinot käyttäytymisen muuttamiseen painottuvat eri tavoin eri teorioissa. Teorioiden yhtenä päämääränä on arvioida ja testata, mihin käyttäytymiseen liittyviin osatekijöihin interventio tulisi kohdistaa. Käyttäytymisen osatekijät vaikuttavat elämäntapamuutoksen toteuttamiseen ja ylläpitämiseen ja ovat usein psykologisia kuten muutoksen tekijän motivaatio, asenteet ja aikomukset. Jotta elämäntapainterventiot olisivat tehokkaita ja vaikuttavia edellyttää se elämäntapaohjausta antavalta ammattilaiselta eri teorioiden ja mallien sekä käyttäytymisen osatekijöiden ja niihin vaikuttavien tekniikoiden tunnistamista ja yhdistämistä käytännön työssä (kuvio 3). (Salmela, Kettunen ja Poskiparta 2010, 209.) Esimerkiksi muutosvaihemallin ymmärtäminen auttaa hoitotyöntekijää tunnistamaan missä muutosvaiheessa potilaat ovat ja sovittamaan potilaan opastamisen ja valmentamisen tilanteen vaatimalla tavalla.



KUVIO 3. Käyttäytymismuutoksen kausaalinen mallinnus: Miten käyttäytymismuutos saavutetaan? (soveltaen Salmela ym. 2010, 215).

Interventioiden vaikuttavuutta tulee arvioida sekä niiden tehokkuuden että kustannusten näkökulmat huomioiden. Elämäntapaintervention vaikuttavuusnäytön määrittely on haasteellista ja toistaiseksi sille ei ole selkeää määritelmää. (Salmela ym. 2010, 210.) Tutkimusnäytön perusteella on todettu, että vaikuttavuudella on yhteys intervention intensiteettiin eli tapaamistiheyteen, intervention kestoon sekä sen ammattimaisuuteen. Ammattimaisuudella tarkoitetaan sitä, että intervention toteuttajalla täytyy olla ymmärrystä muutosprosessin eri vaiheista sekä taitoja toteuttaa valittuja interventiotekniikoita ja -menetelmiä. (Ylimäki 2015, 63.) Teorian perusteella räätälöityjen interventioiden on osoitettu olevan vaikuttavampia kuin teoriaan pohjautumattomien interventioiden (Peters, Kok, Ten Dam, Buijs ja Paulussen 2009; Webb, Joseph, Yardley ja Michie 2010). Tämän on ajateltu johtuvan siitä, että teoriat auttavat ymmärtämään, milloin ja mihin asioihin on keskeistä puuttua (Salmela ym. 2010, 209).

Noarin, Benacin ja Harrisin (2007, 674-675) tekemän meta-analyysin mukaan kirjalliset interventiot, joissa tehty interventio räätälöitiin esimerkiksi asenteiden, pystyvyyden tunteen ja muutosvaiheen mukaan, olivat vaikuttavampia kuin räätälöimättömät interventiot, joissa nämä asiat jätettiin huomioida. Teoriat auttavat myös interventioihin kohdistuvissa arvioinneissa, näyttämällä suuntaa sille, missä tavoitellun muutoksen tulisi näkyä: käyttäytymisen osatekijöissä, itse käyttäytymisessä, biologisissa tekijöissä vai terveydessä ja hyvinvoinnissa (Salmela ym. 2010, 209). Mikäli interventioissa käytetyt teoreettiset taustat ovat puutteellisia tai puuttuvat kokonaan, ei voida tehdä yhteenvetoa siitä, mikä oli syy-seuraussuhde käyttäytymisen muutoksen ja siihen liittyvien prosessien välillä. Näin ollen vertailu eri interventioiden ja niissä käytettyjen menetelmien välillä ei ole luotettavaa. Olisikin tärkeää, että interventioista raportoitaessa raporteissa olisi kuvattu vaikuttamisen kohteen lisäksi siihen käytetyt tekniikat. Näillä tekniikoilla tarkoitetaan esimerkiksi käyttäytymiseen liittyvän tavoitteen asettamista, palautteen antamista, muutokseen tarvittavien taitojen opettelua ja toiminnan kokeilemistä. (Salmela ym. 2010, 209-210.)

Elämäntapainterventioiden vaikuttavuutta voidaan mitata kahdella tasolla: terveyden edistämisen välituloksina sekä pitkän aikavälin muutoksina yksilön omassa terveydessä ja hyvinvoinnissa (Kiiskinen, Vehko, Matikainen ja Natunen 2008, 21). Terveyden edistämisen välituloksilla tarkoitetaan muutoksia yksilön käyttäytymisen osatekijöissä (esimerkiksi motivaatiossa ja pystyvyyden tunteessa) sekä biologisissa riskitekijöissä (esimerkiksi ravitsemus- ja liikuntatottumuksissa). Pitkällä aikavälillä näillä on myönteinen vaikutus esimerkiksi koettuun terveyteen, elämänlaatuun ja sairauksien ehkäisyyn. (Salmela ym. 2010, 208.) Terveydenhuollon saralla käytettyjen interventioiden olisi hyvä olla usein pitkäkestoisia, koska uusien elintapojen omaksuminen ja niihin sitoutuminen on yleensä hidasta. Olisikin keskeistä rakentaa interventioiden seurantaan ja elämäntapamuutosten tueksi sellaisia malleja ja toimintatapoja, joiden avulla yksilöä voidaan tukea muutoksessa pitkäkestoisesti. Interventioihin olisi myös hyvä sisällyttää erilaisia seurantajaksoja, joiden joustavuuden ja yksilöllisyyden lisäämisessä voitaisiin hyödyntää virtuaalitekniologiaa. (Ylimäki 2015, 63.)

2.4 Internet elämäntapaintervention välineenä

Vuonna 2015 noin 40 %:lla maapallon väestöstä oli saatavilla internet yhteys ja tilastokeskuksen mukaan 16-89-vuotiaista suomalaisista käytti internettiä 87 % (Internet Live Stats; Tilastokeskus 2015). Internetin käyttö ihmisten eri elämäntapain alueilla kasvaa koko ajan, minkä vuoksi myös terveydenhuollossa sitä on alettu kehittää ja hyödyntää eri tavoin. Internet-pohjaisista interventioista on tullut hyvä terveyden edistämisen työväline. Niiden avulla voidaan saavuttaa laaja osa väestöstä, joka muutoin ei luultavasti pääsisi tai hakeutuisi hoidon ja ohjauksen piiriin. Terveyden edistämisen näkökulmasta internetin hyödyntämisessä on monia etuja, kuten netin käytettävyyys ympäri vuorokauden sekä se, että sitä voidaan käyttää nimettömänä ja omaan tahtiin. Internet tarjoaa myös tehokkaita keinoja interventioiden päivittämiseen ja ylläpitoon esimerkiksi automaattisen tiedonkeruun kautta. (Webb ym. 2010; Kohl, Crutzen ja De Vries 2013; Plaete, De Bourdeaudhuij ja Crombez 2015.)

eHealth-käsitteen käyttö on lisääntynyt nopeasti terveydenhuollon alueella, missä se määritellään sellaisten uusien informaatio- ja kommunikaatiotekniikoiden käytöksi, joiden tavoite on terveyden tai terveydenhuollon parantaminen. Internet nähdään eHealthin osa-alueena, jonka alateemoja ovat esimerkiksi potilaaseen suuntautuva internet-pohjainen yhteydenpito, web-pohjaiset sairauksien seuranta-järjestelmät sekä internetin hyödyntäminen terveyteen liittyvän tiedon hakuvälineenä. Kuitenkin yllättävän harvoin uusi teknologia nähdään osana terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä. (Lintonen ja Konu 2007, 12-15.) Lintosen ja Konun (2007) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin internetin käyttöä terveyden edistämässä peilaten sitä kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen. Tutkimusaineistosta nousi esiin neljä eri pääteemaa, joita olivat: tietotekniikan käyttö tutkimusvälineenä, interventiovälineenä, ammatillisen kehittymisen välineenä sekä itse tekniikan käytön tutkimus. Kirjallisuuskatsauksen mukaan eniten tietotekniikkaa oli käytetty interventioissa ja varsinkin terveyskäyttäytymisen muuttamiseen tähtäävissä hankkeissa. (Lintonen ja Konu 2007, 12-15.) Elämäntapamuutoksiin suunnattuja sähköisiä menetelmiä on jo käytetty esimerkiksi painonhallinnan tukena, ravitsemustottumusten muuttamisessa, tupakoinnin vähentämisessä sekä liikunnan lisäämisessä (Alexander ym. 2010, 319; Saarelma 2011). Myös Suomessa kehitetään sähköisiä välineitä terveysriskien, oireiden ja oman hoidon arviointiin. Esimerkiksi ylipainon ja lihavuuden ehkäisyyn tähtääviä verkko-pohjaisia elintapaohjauksia tarjoavia sovelluksia on jo olemassa. (Hopia, Punna, Raitio ja Rutanen 2010, 27.)

Ybarran ja Sumanin (2006) mukaan internetistä saatavalla tiedolla on yksilöiden käyttäytymiseen ja terveystapoihin suuri vaikutus. Tutkimusten mukaan moni kokee saavansa sieltä apua itsensä ja läheistensä hoitamiseen sekä ymmärrystä oman terveytensä ja sairauksiensa käsittelemiseen. Internetillä on nähty myös olevan terveyttä edistävä vaikutus, koska monet ovat pystyneet vaikuttamaan omiin elintapoihinsa internetistä saatavan tiedon opastuksella. (Yabarra ja Suman 2006, 29-41.) Internet-pohjaisia elämäntapainterventio-tutkimuksia on tehty ympäri maailmaa kohdistuen eri-ikäisiin ihmisiin ja eri elämäntapoihin. Tällä hetkellä suuriin osa tehokkaiksi todetuista interventioista kohdistuu kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyyn eikä niiden varsinaiseen hoitoon. Vaikka internetin kautta voidaan saavuttaa suuri ihmisjoukko, pelkkä internetin kautta tapahtuva interventio ei usein ole riittävän tehokas ja sen säännöllinen käyttäjämäärä jää matalaksi. Interventioiden tehokkuutta voitaisiin

tehostaa palautteen antamisella sekä yksilöllisten tavoitteiden ja omaseurannan mahdollistamisella. (Plaete ym. 2015, 3.) Elämäntapamuutoksissa erityisesti yksilölle itselle räätälöidyt ominaisuudet sekä henkilökohtainen palaute ovat osoittautuneet merkityksellisiksi, koska ne tarjoavat nimenomaan yksilön omaan tilanteeseen liittyvää informaatiota. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että internet-pohjaiset elämäntapainterventiot ovat vaikuttavampia sekä kustannustehokkaampia verrattuna nykyisiin käytäntöihin ja ei räätälöityihin interventioihin, joissa esimerkiksi annetut ohjeet/ohjaus ovat yleisellä tasolla, eivätkä huomio yksilön elämäntilannetta ja muutosvalmiutta. (Schulz, Smit, Stanczyk, Kremers, De Vries ja Evers 2014; Smit, Vries, Oberje ja Evers 2015, 39-44.)

Internetin käyttö tuo kuitenkin mukanaan myös haasteita. Internetin sisältämä tieto on laadultaan ja luotettavuudeltaan kirjavaa, käyttäjien yksityisyyttä ei voida varmasti taata sekä sivustoja on niin lukuisia, että käyttäjillä voi olla vaikeuksia löytää tarvitsemaansa tietoa. Lisäksi interventioiden kehittäminen on kallista ja niihin sitouttaminen voi olla hankalaa. (Luomaranta 2014, 13.) Myöskin anonyymiteetillä ja rajoitetulla henkilökohtaisella kontaktilla on varjopuolensa ja se voi johtaa esimerkiksi korkeisiin interventioista poistumis- ja uupumislukuihin (Kohl ym. 2013).

3 MOTIVOIVA HAASTATTELU

3.1 Motivoiva haastattelu ohjausmenetelmänä ja käyttö terveydenhuollon toimintaympäristössä

Motivoiva haastattelu on yksilökeskeinen ohjausmenetelmä, jonka William R. Miller kehitti vuonna 1983. Alun perin menetelmä kehitettiin erityyppisten riippuvuuksien hoidon tueksi, mutta se sopii käytettäväksi myös elämäntapamuutoksissa. Motivoiva haastattelu perustuu haastattelijan ja haastateltavan väliseen yhteistyöhön ja sen päämääränä on löytää ja vahvistaa haastateltavan motivaatiota elämäntapamuutokseen. (Järvinen 2014.) Motivoivasta haastattelusta ja sen vaikuttavuudesta sekä kustannustehokkuudesta on tehty paljon tutkimuksia. 1990-luvulta lähtien sen vaikuttavuutta osana elämäntapamuutoksiin tähtäävissä interventioissa on tutkittu useissa satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa. (Söderlund 2010, 16; Dart 2011, 41.) Motivoivan haastattelun vaikuttavuutta arvioivien meta-analysien mukaan motivoivalla haastattelulla pystytään vaikuttamaan ohjattavan elintapoihin tehokkaasti suhteellisen pienelläkin panostuksella. Lisäksi se näyttää sopivan myös hyvin haasteellisille, vastahakoisille ja ei-motivoituneille potilaille, mikä lisää menetelmän käyttökelpoisuutta. (Turku 2013.) Systemaattisissa katsauksissa ja meta-analyseissa sen käytön avulla on todettu merkittäviä parannuksia veren kolesteroliarvoissa, painoindeksissä, systolisessa verenpaineessa sekä alkoholin käytön vähentämisessä. Puolestaan tupakoinnin vähentämisessä sekä diabeteksen hyvän verenokeritasapainon saavuttamisessa sillä ei ole saatu merkittäviä tuloksia. (Rubak, Sandbæk, Lauritzen ja Christensen 2005, 309; Mason 2008; Mustajoki ja Kunnamo 2009.)

Lähtökohtana motivoivassa haastattelussa on motivaatiopsykologian havainto siitä, miten yksilö puhuu itse itsensä muutokseen. Tämä yksilöstä itsestä lähtöisin oleva muutospuhe ennakoitusti muutosta terveystietoisuudessa. (Turku 2013.) Terveystietoisuudessa potilaat on nähty usein passiivisina hoidon vastaanottajina, mutta motivoivassa haastattelussa keskeistä on yksilön vastuu omasta terveydestään ja tarvittavan muutoksen tekemisestä (Miller 2008, 23). Motivoivassa haastattelussa ei painoteta mahdollisen muutoksen etuja tai välttämättömyyttä vaan edellytykset muutokseen löytyvät yksilöstä itsestään, josta ne pyritään tuomaan esille vetoamalla yksilön omiin havaintoihin, tavoitteisiin ja arvoihin. Siksi on tärkeää, että haastateltava arvioi ja pohtii itse tilaansa, tunnistaa muutoksen henkilökohtaiset edut ja tekee päätöksiä omien arvioidensa pohjalta. Motivoivalla haastattelulla ei ole tarkoitus houkutella ihmisiä tekemään jotain sellaista, mitä he eivät halua tehdä. (Miller ja Rollnick 2013, 15.) Motivoiva haastattelun luonnetta kuvaa sen itsemääräytyvyys eli autonomia. Motivoivan haastattelun tekijä kunnioittaa haastateltavan kykyä sekä oikeutta valita itse omat tavoitteensa. Koska yhteistyö haastateltavan ja haastattelijan välillä on keskeisessä asemassa, edellyttää se molemmilta osapuolilta tasa-arvoisuutta sekä vastavuoroisuutta. Yhteistyötä suhteessa haastateltavaan edistää haastattelijan kiinnostunut, arvostava ja ystävällinen asenne. Haastattelijalla toimii siis yhteistyökumppanina, joka ohjaa ja ylläpitää huomion pysymistä käsiteltävässä asiassa. (Koski-Jännes 2008, 11, 45.)

Terveystietoisuuden toimintaympäristöissä motivoiva haastattelu on yleensä osa monitekijäisiä interventioita, joihin sisältyy useita ohjauslementtejä, kuten opetusmateriaalia ja ei-motivoivaa haastattelua sekä yksilö että ryhmätasolla. Terveystietoisuudessa motivoivan haastattelun käytössä tärkein rajoittava

tekijä on yleensä aika. Täysimittainen motivoiva haastattelu käsittää yleensä useita pitkäaikaisia istuntoja, kun taas terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan kohtaaminen voi olla kertaluontoista ja kestää vain 10–15 minuuttia. (Miller ja Rollnick 2002, 253–254.) Rubakin ym. (2005) tekemässä meta-analyysissä motivoivan haastattelun todettiin olevan tehokkainta silloin, kun tapaamisia oli useita ja haastatteluun oli varattu runsaasti aikaa. Vaikutusta todettiin kuitenkin jo alle 20 minuuttia kestävässä tapaamisissa ja jo yhdellä ainoalla tapaamisella oli pieni vaikutus. (Rubak ym. 2005, 340.) Terveydenhuollossa motivoivaa haastattelua onkin usein tarpeen mukauttaa lyhempään muotoon. Motivoivasta haastattelusta on kehitetty räätälöity malli, joka sopii osaksi lyhytaikaisia potilaskontakteja. Kuitenkaan tällöin ei yleensä ole mahdollista käyttää kaikkia motivoivan haastattelun tekniikoita, kuten reflektivoivaa kuuntelua, jolla on merkitystä haastattelun vaikuttavuuteen. (Miller ja Rollnick 2002, 253–254.)

Motivoiva haastattelu on käyttökelpoinen työväline myös sairaanhoitajille hoitotyön eri osa-alueilla. Broebeckin ym. (2011) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia motivoivan haastattelun käytöstä terveyden edistämisen välineenä. Hoitajat pitivät motivoivan haastattelun käyttöä vaativana, mutta arvokkaana työvälineenä omassa työssään. Sen tehokas käyttö edellytti harjoittelua ja ammatillista kokemusta, jotta sitä pystyi soveltamaan hoitotyön muuttuviin tilanteisiin sopiviksi. (Broebeck, Bergh, Odencrants ja Hilding 2011, 3324–3325.) Motivoivan haastattelun osaamisessa ja käytössä onkin todettu olevan puutteita. Potilaskontakteissa esimerkiksi potilaan muutospuheen herättely ja ristiriitojen tunnistaminen sekä erityisesti avointen kysymysten käyttäminen ja hyödyntäminen on puutteellista. Motivoivan haastattelun käytännön toteutus on vaihtelevaa, koska jokaisen hoitajan vuorovaikutustyyli on erilainen ja saattaa myös muuttua eri potilaiden kohdalla. (Rakkolainen 2012, 14; Rakkolainen ja Ehrling 2012, 33.)

3.2 Motivoivan haastattelun periaatteet

Motivoiva haastattelu rakentuu neljän pääperiaatteen mukaan, joita ovat empatian osoittaminen, ristiriitojen esilletuominen, väittelyn välttäminen ja haastateltavan pystyvyyden tunteen vahvistaminen (Koski-Jännes 2008, 11, 45–46). Motivoivan haastattelun periaatteiden hallinnan on osoitettu olevan keskeisessä asemassa muutoshalukkuuden herättämisessä ja sitä kautta koko haastattelun onnistumisessa. Periaatteiden mukaisen käyttäytymisen omaksuminen on haastattelua toteuttavalle terveydenhuollon ammattilaiselle tärkeää, koska se on avainasemassa positiivisten potilassuhteiden muodostamisessa ja käyttäytymisen muutoksien aikaansaamisessa. (Moyers, Martin, Christopher, Houck, Tonigan ja Amrhein 2007, 40.)

Empatia on olennaista vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta. Empatiolla tarkoitetaan toisen ihmisen tilanteen, tunteiden ja motiivien ymmärtämistä sekä niihin samaistumista. Sen kautta pystymme tarkastelemaan toisen ihmisen aikomuksia, tarpeita, tunteita ja kokemuksia hänen näkökulmastaan käsin. (Nissinen 2008, 70.) Empatian kautta luodaan turvallinen ilmapiiri, jossa haastateltava voi tuoda vapaasti omia huoliaan ja ongelmiaan esille. Haastateltavaa pyritään kuuntelemaan ja hänen näke-

myksiään ymmärtämään, eikä haastateltavaa arvostella tai syytetä. Käyttäytymisen muutoksen nähdäänkin olevan mahdollista vain, kun haastateltava tuntee olevansa henkilökohtaisesti hyväksytty ja arvostettu. Haastattelijan empatia on tällöin ratkaisevassa asemassa, koska se tarjoaa edellytykset onnistuneelle muutosprosessin käynnistymiselle. (Miller ja Rollnick 2002, 37; Söderlund 2010, 11.) Empatia on kaikkeen hoitoyön vuorovaikutukseen oleellisesti kuuluva elementti ja hoitotyön osaamisen ydinvaatimus elämäntapaohjauksessa.

Ristiriitojen esille tuomisessa haastattelija pyrkii suuntaamaan haastateltavan huomion vallitsevan ja toivotun tilanteen väliseen eroavaisuuteen. Tämän tarkoitus on tukea päätöksentekoa. Toisaalta ristiriita voi aiheuttaa paineita muutoksesta, jolloin haastateltava voi asettua vastarintaan. Haastattelija ei saa provosoitua tästä ja alkaa painostamaan haastateltavaa tai käydä vastahyökkäykseen. Näin toimittaessa haastateltavan on itse pohdittava, mitä hän ajattelee omasta tilanteestaan ja etenemisestään sen suhteen. (Miller ja Rollnick 2002, 38.) Esimerkiksi elämäntapaohjauksessa ylipainoista potilasta voidaan keskustelun kautta herätellä tarkastelemaan nykyisen tilanteensa huonoja puolia ja painon pudottamisen kautta syntyviä hyötyjä. Omaan käytökseen liittyvän ristiriidan oivaltaminen auttaa potilasta muutosprosessin käynnistämisessä ja haastattelija voi omalta osaltaan tukea ja auttaa löytämään syyt toiminnan muutokseen potilaasta itsestään käsin.

Väittelyn välttäminen haastateltavan kanssa on tärkeää motivoivan haastattelun onnistumisen kannalta. Muutokseen painostaminen aiheuttaa usein lisää vastarintaa ja vähentää muutoksen mahdollisuutta sekä haastateltava voi aktiivisesti kiistää muutostarpeen olemassaolon. Haastattelijan tavoitteena on muotoilla sanomansa niin, että se kannustaa haastateltavaa vastaanottamaan ja tarkastelemaan uutta tietoa sekä näkökulmia oman tilanteensa suhteen. (Söderlund 2010, 11.) Jos haastateltava pysyy kuitenkin itsepintaisesti kannassaan, aihe kannattaa jättää hetkeksi ja palata siihen uudelleen toisessa yhteydessä (Järvinen 2014). Elämäntapaohjauksessa muutoshalutonta potilasta ei kannata painostaa muutoksen tekoon vaan tarjota potilaalle erilaisia vaihtoehtoja sekä käsitellä muutosvastaisuutta positiivisessa hengessä. Esimerkiksi potilaalle, joka on monta kertaa yrittänyt lopettaa tupakoinnin tuloksetta, voi antaa positiivista palautetta hänen lannistumattomuudestaan ja saada näin keskustelua jatkumaan eteenpäin.

Haastateltavan **usko omaan onnistumiseensa** on muutoksen tärkein motivaattori ja näin ollen yksilön usko omiin kykyihinsä muutoksessa on tärkeää. Pelkkä motivaatio muutosprosessissa ei riitä, vaan yksilön täytyy uskoa omiin valmiuksiinsa ja resursseihinsa löytää uusia toimintamalleja sekä työvälineitä haasteiden ylittämiseksi. Haastattelijan tavoitteena on tukea ja vahvistaa tätä pystyvyyden tunnetta rohkaisemalla haastateltavaa ja tarjoamalla kannustavaa palautetta. (Miller ja Rollnick 2002, 40-41; Söderlund 2010, 11.) Esimerkiksi elämäntapaohjauksessa ylipainoista potilasta voidaan kannustaa positiivisella palautteella pienestäkin edistymisestä painonpudotuksen suhteen. Vaikka potilaalla olisi takanaan useita epäonnistuneita laihdutusyrityksiä, ohjaavan ammattilaisen kannattaa keskittyä jo potilaan tekemiin onnistuneisiin muutoksiin, kuten muutokset ruokailutottumuksissa ja näin luoda potilaalle uskoa kykyynsä tehdä muutoksia.

3.3 Motivoivan haastattelun tekniikat

Motivoivan haastattelu toteuttajalta vaaditaan tiettyjen perustaitojen ja tekniikoiden hallintaa motivoivan haastattelun onnistumiseksi. Miller ja Rollnick (2002) ovat kuvanneet perustekniikoita, jotka ovat yhteneväisiä motivoivan haastattelun periaatteiden kanssa. Näitä ovat avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu, vahvistaminen ja tiivistäminen. (Miller ja Rollnick 2002, 83.) Motivoivan haastattelun tekniikat ovat oikein käytettyinä tehokkaita muutoksen käynnistämisessä. Tekniikoiden tekninen hallinta ei kuitenkaan yksistään riitä, vaan hoitotyössä elämäntapaohjausta toteuttavan ammattilaisen tulisi nähdä motivoiva haastattelu kokonaisvaltaisena tapana toimia potilaan kanssa. Motivoivan haastattelun tekniikoiden käyttöä oppii parhaiten soveltamalla niitä käytännön työssä ja saamalla palautetta omasta toiminnastaan. Oleellisin palaute omista taidoista motivoida potilasta tulee havainnoimalla ja arvioimalla potilaiden reaktioita ja kehittymistä. (Koski-Jännes ym. 2008, 107.) Motivoiva haastattelu on onnistunut, mikäli potilaalla on haastattelun päätyttyä mielessään suunnitelma elämäntapamuutoksen käynnistämisestä. Kuitenkin jokainen yksilö motivoituu omaan tahtiinsa eikä motivoitumista voi kiirehtiä. Aina suuria muutoksia ei tapahdu heti, vaan mieleen saattaa ensin syttyä pieni ajatus muutoksen mahdollisuudesta, joka myöhemmin käynnistää onnistuneen muutosprosessin. (Järvinen 2014.)

Motivoivassa haastattelussa tavoite on, että haastateltava puhuu enemmän kuin haastattelija. **Avoimet kysymykset** antavat haastateltavalle mahdollisuuden kertoa seikkaperäisesti omasta tilanteestaan. Kysymykset muotoillaan niin, että pystytään välttämään pelkkiä ”kyllä” ja ”ei”- vastauksia. (Koski-Jännes ym. 2008, 50–51; Järvinen 2014.) Avoimet kysymykset auttavat yksilöä tunnistamaan ja kohtaamaan todellisia tunteitaan ja ajatuksiaan. Valitsemalla sopivia avoimia kysymyksiä ja käyttämällä heijastavaa kuuntelua haastattelija voi ohjata haastateltavaa sellaisille alueille, jotka ovat tärkeitä ristiriitojen ja muutoksen kanssa työskentelyssä. Avoimet kysymykset alkavat yleensä sanoilla milloin, missä, kuka, kuinka, miksi, voisitko ja kerro. (Arkowitz, Westra, Miller ja Rollnick 2008, 7; Söderlund 2010, 12.) Esimerkiksi avoimia kysymyksiä voisivat olla: ”Mikä innostaisi ja motivoisi sinua liikkumaan enemmän?” Mitä hyötyä juuri sinulle liikunnan lisäämisestä voisi olla?

Motivoivassa haastattelussa voi käyttää myös suljettuja kysymyksiä, joiden kautta haastattelija voi tarkentaa haastateltavan esille tuomia asioita. Kuitenkaan suljetuista kysymyksistä ei saa muodostua tilannetta, jossa ne ohjaavat keskustelua. (Miller ja Rollnick 2002, 65–66.). Esimerkiksi haastattelija voi kysyä: ”Huolestuttaako liikkumattomuutesi sinua?” Vaikka haastateltava voikin vastata tähän vain ”kyllä” tai ”ei”, antaa se haastattelijalle mahdollisuuden saada tietoonsa, mitkä ovat haastateltavan arvot ja tavoitteet. Kysymystyyppien merkityksen ymmärtäminen ja tarkoituksenmukainen soveltaminen on motivoivaa haastattelua toteuttavalle ammattilaiselle tärkeää. Mikäli hoitaja ottaa itse haastattelutilanteessa liian aktiivisen roolin tai käyttää pääasiassa suljettuja kysymyksiä, potilas jää helposti vuorovaikutuksessa passiiviseksi osapuoleksi eikä saa mahdollisuutta tarkastella asioitaan ja omaa motivaatiotaan laajemmin.

Heijastava kuuntelu eli reflektointi on tärkein yksittäinen motivoivan haastattelun tekniikka. Reflektiolla eli heijastamisella tarkoitetaan kokemuksen syvällistä pohdintaa, joka auttaa yksilöä ymmärtämään ja vaikuttamaan omien käsitystensä ja ajattelunsa muuttamiseen. Ajattelun muuttaminen voi puolestaan käynnistää ja ylläpitää toiminnan muuttamista. (Ojanen 2006, 72.) Heijastavassa kuuntelussa haastattelija toistaa omin sanoin sen, mitä haastateltava on juuri sanonut ja ajattelee hänen tarkoittavan ja tuntevan. Heijastavan kuuntelun tavoitteena on, että haastateltava saa kokemuksen ymmärretyksi tulemisesta (Rakkolainen ja Ehrling 2012, 22). Ihmiset eivät aina osaa ilmaista selkeästi mitä tarkoittavat. Heillä voi olla vaikeuksia pukea sanoiksi todellisia ajatuksiaan niihin liittyvien huolien ja pelkojen takia tai he eivät yksinkertaisesti pysty löytämään sopivia sanoja tuodakseen ilmi kokemuksiaan. Heijastava kuuntelu auttaa haastateltavaa pukemaan näitä merkityksiä sanoiksi ja tarkentamaan niitä. (Arkowitz ym. 2008, 7.) Heijastavan kuuntelun kautta varmistetaan, onko se "mitä haastattelija luulee haastateltavan tarkoittavan" sama kuin "mitä haastateltava todella tarkoittaa" (Järvinen 2014).

Reflektoinnin kautta voidaan työstää myös elämäntapamuutoksiin liittyviä ristiriidan tunteita. Haastattelussa voidaan reflektointia hyödyntämällä tuoda esille haastateltavan muutokseen kohdistamia ristiriitaisia ajatuksia sekä tunteita. Samalla haastateltavan puheesta havainnoidaan ja vahvistetaan muutosmyönteisiä ajatuksia. Haastateltavan oma muutospuhe voikin toimia itsessään motivoivasti, mikäli haastateltava saadaan itse perustelemaan muutoksen tarpeellisuutta. (Miller ja Rollnick 2002, 19.) Heijastavan kuuntelun avulla hoitotyöntekijä voi pyrkiä auttamaan potilasta tunnistamaan omia tunteitaan, ajatuksiaan, voimavarojaan ja toimintatapojaan. Elämäntapamuutoksessa potilas voi hyödyntää näitä omien tavoitteiden asettamisessa ja toimintasuunnitelman tekemisessä. Haasteena heijastavan kuuntelun onnistumiselle voi olla potilaan kertomien asioiden tulkitseminen hoitajan viitekehystä käsin. Tällöin hoitaja asettaa itsensä asiantuntijan rooliin ja tämä voi merkitä yhdenvertaisen vuorovaikutussuhteen menettämistä potilaan ja hoitotyöntekijän välillä. (Koski-jännes ym. 2008, 53; De Jong ja Berg 2013, 31.)

Vahvistamisen kautta havainnoidaan haastateltavan vahvuuksia, jonka avulla haastateltavaa voidaan kannustaa ja hänen itsetuntoaan sekä omia kykyjään tukea muutosprosessin aikana. Osoittamalla aitoa kiinnostusta haastateltavaa kohtaan, haastattelija viestittää arvostusta, joka vahvistaa haastateltavan itseluottamusta. Asioista pyritään löytämään aina ensiksi niiden positiiviset puolet ja huomioimaan pienetkin edistysaskeleet. Esimerkiksi myönteiset kommentit haastateltavan toiminnasta kohti asettamia tavoitteita, voivat lisätä haastateltavan positiivista asennetta muutosta kohti. (Arkowitz ym. 2008, 7; Elomäki 2011, 17; Järvinen 2014.) Hoitotyössä hoitaja voi esimerkiksi vahvistamisen kautta auttaa potilasta tunnistamaan, edistämään ja lisäämään kykyään ratkaista omat terveysongelmansa ja keinoja säädellä omia voimavarojaan elämäntapamuutosprosessin eri vaiheissa. Tätä kautta potilas pystyy ylläpitämään omaan elämäänsä liittyvän hallinnan tunnetta ja toiveikkaus omien tavoitteiden ja päämäärien saavuttamiseksi vahvistuu. (Routasalo ja Pitkälä 2009, 13-14.)

Tiivistämisessä haastattelija kokoaa haastateltavan aiemmin kertomat asiat yhteen. Näin haastateltava saa kokemuksen, että häntä on kuunneltu aktiivisesti ja esille tuotuja asioita on vielä mahdollisuus

täydentää tai korjata. (Miller ja Rollnick 2002, 74.) Tärkeää on myös kuunnella tarkkaan, mitä myönteistä haastateltava sanoo itsestään tai omasta toiminnastaan. Tarkoitus on odottaa kärsivällisesti haastateltavan itseään motivoivia lauseita ja pyrkiä vahvistamaan tätä puhetta. (Järvinen 2014.) Yhteenvedossa haastattelija voi esimerkiksi kerätä haastateltavan puheesta keskeisimpiä ja tärkeimpiä teemoja ja yhdistää niitä myös aikaisemmista keskusteluista nousseisiin teemoihin (Miller ja Rollnick 2002, 74-75). Elämäntapaohjauksessa motivoivaa haastattelua toteuttava hoitotyöntekijä voi esimerkiksi vetää yhteen potilaan muutospuhetta, joka voi sisältää potilaan perusteluja muutokselle, muutokseen sisältyviä ristiriitoja tai potilaan itselleen asettamia tavoitteita ja suunnitelmia. Näin yhteenvedot voivat toimia ikään kuin hoitotyöntekijän ja potilaan yhteisenä ohjenuorana muutosprosessissa etenemiselle ja sitouttaa potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa kirjallisuuskatsaus kokoamalla yhteen kansainvälistä tutkimustietoa siitä, miten motivoivaa haastattelua on hyödynnetty internetin kautta toteutetuissa elämäntapainterventioissa ja miten menetelmä on soveltunut tähän tarkoitukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsausta hyödyntäen sellaista tietoa, jota tutkijat ja käytännön hoitotyöntekijät voivat tulevaisuudessa hyödyntää suunnitellessaan elämäntapaohjaukseen liittyviä verkkopalveluita sekä toteuttaessaan virtuaalisia elämäntapainterventioita, joissa hyödynnetään motivoivan haastattelun menetelmää.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten motivoivaa haastattelua on hyödynnetty internet-pohjaisissa elämäntapainterventioissa?
2. Millaista näyttöä on motivoivan haastattelun soveltuvuudesta osana internet-pohjaisia elämäntapainterventioita?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄ

5.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimustyyppiltään teoreettista tutkimusta. Kirjallisuuskatsaukset tuottavat tiettyyn teemaan liittyvää koottua tietoa. Kirjallisuuskatsauksen tekemisen edellytyksenä on se, että tarkastelun alla olevasta aiheesta on olemassa edes jonkin verran tutkittua tietoa. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Kirjallisuuskatsaus antaa tilaisuuden kuvata tietyn teorian historiallista kehitystä. Sen avulla voidaan arvioida ja kehittää olemassa olevaa teoriaa, mutta myös rakentaa uutta teoriaa. Katsauksen avulla voidaan tunnistaa lisäksi olemassa olevia ongelmia ja aukkoja, joita voisi vielä tulevaisuudessa tutkia laajemmin. (Salminen 2011, 3.) Kirjallisuuskatsauksen avulla kerätään, valikoidaan, arvioidaan sekä analysoidaan tiettyyn, tarkasti määritellyyn tutkimuskysymykseen liittyvää tutkimustietoa. Eli sen tarkoituksena on hyödyntää aihepiiristä jo olemassa olevia tuloksia ja tiivistää aikaisempien tutkimusten keskeinen sisältö ja hahmottaa niiden kokonaisuutta. Tällä tavoin saadaan tietoa siitä, miten paljon aikaisempaa tutkimustietoa on jo olemassa ja millaista se on sekä sisällöllisesti että menetelmällisesti. Menetelmänä kirjallisuuskatsaus vaatii prosessin tarkkaa suunnittelua ja kirjaamista, millä varmistetaan tutkimuksen toistettavuus. (Pekkala 2000, 59; Kääriäinen ja Lahtinen 2006, 39-41; Johansson 2007, 3-6; Metsämuuronen 2009,47; Tuomi ja Sarajärvi 2009, 123.)

Kirjallisuuskatsauksia on olemassa useita eri tyyppisiä, mutta yleensä katsaukset jaotellaan kolmeen eri tyyppiin, joita ovat: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen katsaus sekä meta-analyysi. Tämän opinnäytetyön pohjana toimi kuvaileva eli traditionaalinen kirjallisuuskatsaus, joka on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia yleiskatsaukseksi, jossa aineiston valinta voi olla laaja eivätkä sitä rajaa tarkat metodiset säännöt. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valintakriteerit sekä tutkimuskysymykset voivat olla väljempiä kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Kuitenkin tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä voidaan kuvata laaja-alaisesti ja tarvittaessa sen ominaisuuksia voidaan luokitella. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi tarjota usein uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. (Croni, Frances ja Coughlan 2008, 38; Salminen 2011, 6.)

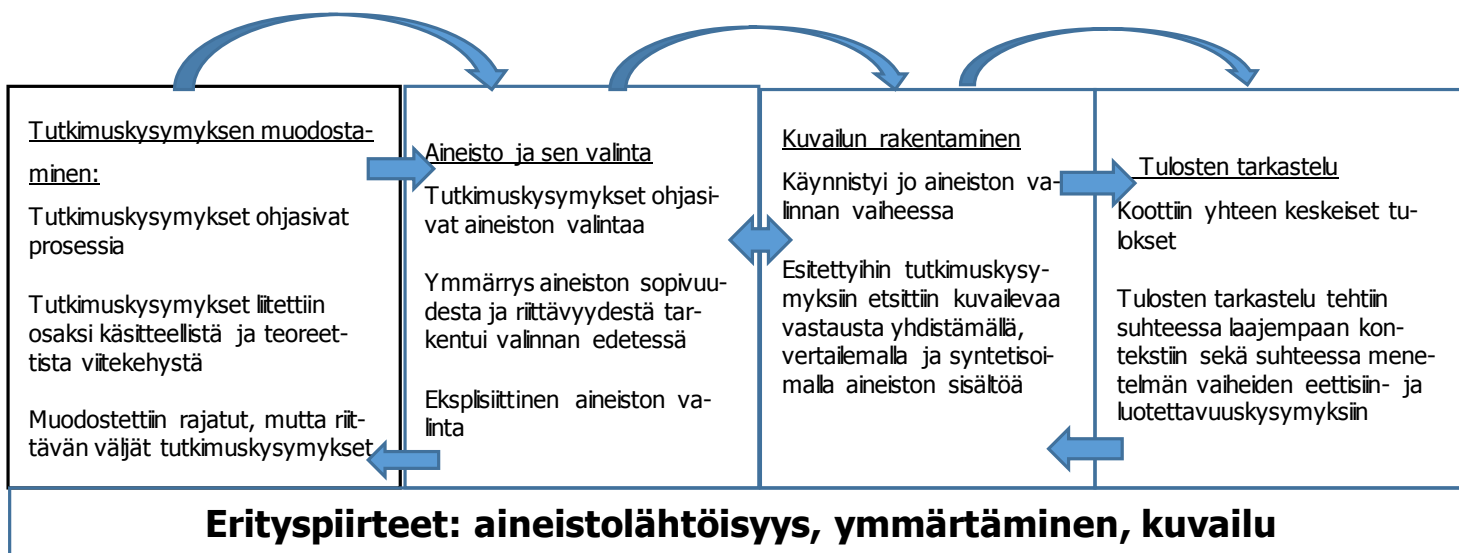
Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään tarkastelemaan, mitä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä jo tiedetään ja tarkastelua voidaan tehdä useista eri näkökulmista. Lisäksi sen tarkoituksena on selvittää, mitkä ovat tutkittavan ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa päämääränä on tutkimuskysymykseen vastaaminen, joka toteutuu aineistolähtöisesti laadullisena kuvailuna sekä uusien johtopäätösten tekemisenä. Tutkimuskysymystä muodostettaessa siitä kannattaa tehdä riittävän täsmällinen ja rajattu, joka mahdollistaa ilmiön syvällisen tarkastelun. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen ja Liikanen 2013, 291, 294-295.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan erottaa kaksi erilaista lähestymistapaa, joita ovat narratiivinen- ja integroiva kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Integroiva katsaus on aiheen tarkastelun kannalta sekä tulkintatavaltaan narratiivista katsausta kriittisempi ja puolueettomampi. (Salminen 2011,

6-8.) Kriittisyys ei yleensä kuulu narratiivisen kirjallisuuskatsauksen oletusarvoon (Green, Johnson ja Adams 2006, 103; Salminen 2011, 7). Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto, jonka avulla voidaan antaa laaja kuva tarkasteltavasta teemasta tai vaihtoehtoisesti voidaan kuvailla sen historiaa tai kehityskulkua (Salminen 2011, 7).

Salmisen (2011) mukaan narratiivisen kirjallisuuskatsauksen kautta hankittu tutkimusaineisto ei käy läpi erityisen systemaattista seulontaa, mutta sen avulla on kuitenkin mahdollista päätyä johtopäätöksiin, joiden luonne on kirjallisuuskatsauksen mukainen synteesi. Narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta voidaan erottaa vielä edelleen kolme erilaista toteuttamistapaa: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Yleiskatsaus on toimitukselliseen sekä kommentoivaan katsaukseen verrattaessa laajempi prosessi ja sen tavoitteena on tiivistää aiemmin laadittuja tutkimuksia. Narratiivinen katsaus ei siis tarjoa varsinaista analyttistä tulosta, mutta auttaa yleensä ajantasaistamaan olemassa olevaa tutkimustietoa. (Salminen 2011, 7.) Tähän kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valitsin narratiivisen lähestymistavan, jonka toteutin yleiskatsauksena. Tarkoituksena oli tiivistää ja ajantasaistaa tutkittavasta ilmiöstä jo olemassa olevaa tutkimustietoa. Lisäksi narratiivinen yleiskatsaus mahdollisti laajan aineiston keräämisen, jolloin pystyin kokoamaan yhteen kattavasti erilaisten lähteiden tietoja motivoivan haastattelun käytöstä internet-pohjaisissa elämäntapainterventioissa.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa neljään vaiheeseen, jotka ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Vaikkakin menetelmä voidaan jakaa eri vaiheisiin, kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on tyypillistä sen vaiheiden eteneminen päällekkäisesti suhteessa toisiinsa. Tavoitteena on muodostaa aineistolähtöistä, ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Tulosten tarkastelussa keskeisimmät tulokset kerätään yhteen, tiivistetään ja niitä peilataan laajempaan käsitteelliseen, teoreettiseen tai yhteiskunnalliseen kontekstiin. (Kangasniemi ym. 2013, 291-295, 297.) Tutkimuksen vaiheet tässä tutkimuksessa on esitelty kuviossa 4.



KUVIO 4. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet (soveltaen Kangasniemi ym. 2013, 294).

5.2 Tutkimusaineisto ja valintakriteerit

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinta ja analyysi ovat aineistolähtöisiä ja tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Aineiston sopivuutta tarkastellessa on keskeistä, että sen kautta tutkittavaa ilmiötä voidaan käsitellä tarkoituksenmukaisesti peilattuna tutkimuskysymykseen. Valittu aineisto ei siis perustu vain rajattuihin hakusanoihin ja aika- ja kielirajauksiin vaan siinä voidaan käyttää myös muita kuin tieteellisiä artikkeleita, mikäli sen nähdään olevan tutkimuskysymyksen kannalta perusteltua. Kootun aineiston tärkein painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällöllisellä valinnalla. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinta voi olla joko implisiittistä tai eksplisiittistä. Implisiittisessä aineiston valinnassa aineiston hankitaan valikoituja tietokantoja tai aineiston sisään- ja poisulokriteerejä ei raportoida erikseen. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa kirjallisuuden valinta ja valintaprosessin vaiheet kuvataan mahdollisimman tarkasti. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytin eksplisiittistä aineiston valintaa, jota kautta pystyin tuomaan aineiston valintaprosessin mahdollisimman selkeästi esille ja lisäämään katsauksen luotettavuutta ja toistettavuutta.

Kirjallisuuskatsausta tehdessä on tärkeää pyrkiä varmistamaan, että löydetään kaikki ne tekstit, tutkimukset ja kirjallisuus, jotka ovat aineiston kannalta relevantteja. Tässä auttaa kattavan ja huolellisen hakustrategian tekeminen. Siinä määritellään millaista tietoa tutkimuskysymykseen vastaamisen kannalta kannattaa hakea. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden vahvistamiseksi hakustrategia dokumentoidaan, millä varmistetaan sen toistettavuus. (Pudas-Tähkä ja Axelin 2007, 49-51.) Sopivien tietokantojen valinnassa kannattaa kiinnittää erityistä huomiota niiden käyttötarkoitukseen sekä laatuun. On tärkeää, että niistä löytyvä tieteellinen tieto ja tiedon laatu ovat tutkimuksen kannalta mahdollisimman hyviä. (Johansson 2007, 6; Tähtinen 2007, 12.) Itse käytin kirjallisuuskatsauksen hakustrategian tekemisessä apuna Savonia-ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikkoa. Hän antoi minulla neuvoja ja ohjeistusta tiedonhakuun liittyvien tietokantojen ja hakusanojen valintaan sekä hakulausekkeiden muodostamiseen. Hän oli myös tehnyt koehakuja eri hakusanoilla eri tietokantoihin, joiden perusteella tuli ilmi, ettei aiheesta ollut juurikaan suomenkielistä aineistoa saatavilla. Näin ollen varsinaiseen tiedonhakuun päädyin valitsemaan vain englanninkielisiä hakusanoja. Alustavien tiedonhaku-
jen perusteella käytettäviksi tietokannoiksi valitsin CINAHL complete (Ebsco)- ja PubMed – tietokannat, jotka on esitelty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tutkimuksessa käytetyt tietokannat

Tietokanta	Kuvaus
CINAHL complete (Ebsco)	Cinahl on kansainvälinen hoitotieteen ja hoitotyön viitetietokanta, joka sisältää myös terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta, kuntoutusta ja fysioterapiaa käsittelevää aineistoa. Tietokantaan on linkitetty myös keskeisten hoitotieteellisten lehtien kokotekstiartikkeleita.
PubMed	Sisältää pääasiassa englanninkielisiä kansainvälisiä lääketieteen ja lähialojen sekä hammaslääketieteen ja hoitotieteen artikkeliviitteitä 1950-luvulta lähtien. Osasta viitteitä löytyvät linkit kokoteksteihin.

Kirjallisuuskatsauksen aineistohaun suoritin 24-25.7.2016. Tietokannoissa hakuihin käytin sekä MeSH (Medical Subject Headings)- asiasanoja että informaation kanssa valittuja hakusanoja. Jotta hakusanoilla löydettäisiin myös niiden eri taivutusmuotoja sisältävät aineistot, käytin hyödyksi hakusanojen katkaisua. Hakulausekkeiden muodostamisessa käytin Boolean logiikkaa, jossa hakusanoja yhdistetään yhdeksi lausekkeeksi AND, OR ja NOT-sanojen avulla. OR-sanalla voidaan lisätä löytyneiden viitteiden määrää, siinä missä AND ja NOT -sanat pienentävät viitteiden määrää. (Tähtinen 2007, 22, 24.) Tietokantoihin tehdyissä tiedonhauissa englanninkielisiä hakusanoja olivat: internet, computer, web, web-based, online, motivational interviewing, motivational interviews, MI, lifestyle, lifestyle interventions, lifestyle changes, behavioral change, health behavior, intervention, health promotion, nutrition, smoking, diet, food, obesity, body weight, overweight, weight, exercise, physical activity. Näitä hakusanoja yhdistelin käyttäen katkaisumerkkiä ja AND ja OR sanoja, jotka on kuvattu alla taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Aineistohaussa käytetyt hakusanat ja lausekkeet

Tietokanta	Hakusanat
CINAHL complete (Ebsco)	"internet*" OR "computer*" OR "web*" OR "web-based*" OR "online*" AND
ja PubMed	"motivational interviewing" OR "motivational interviews" OR "MI" AND
	"lifestyle" OR "lifestyle interventions" OR "lifestyle changes" OR "behavioral change" OR "health behavior" OR "intervention" OR "health promotion" OR "nutrition" OR "smoking" OR "diet" OR "food" OR "obesity" OR "body weight" OR "overweight" OR "weight" OR "exercise" OR "physical activity"

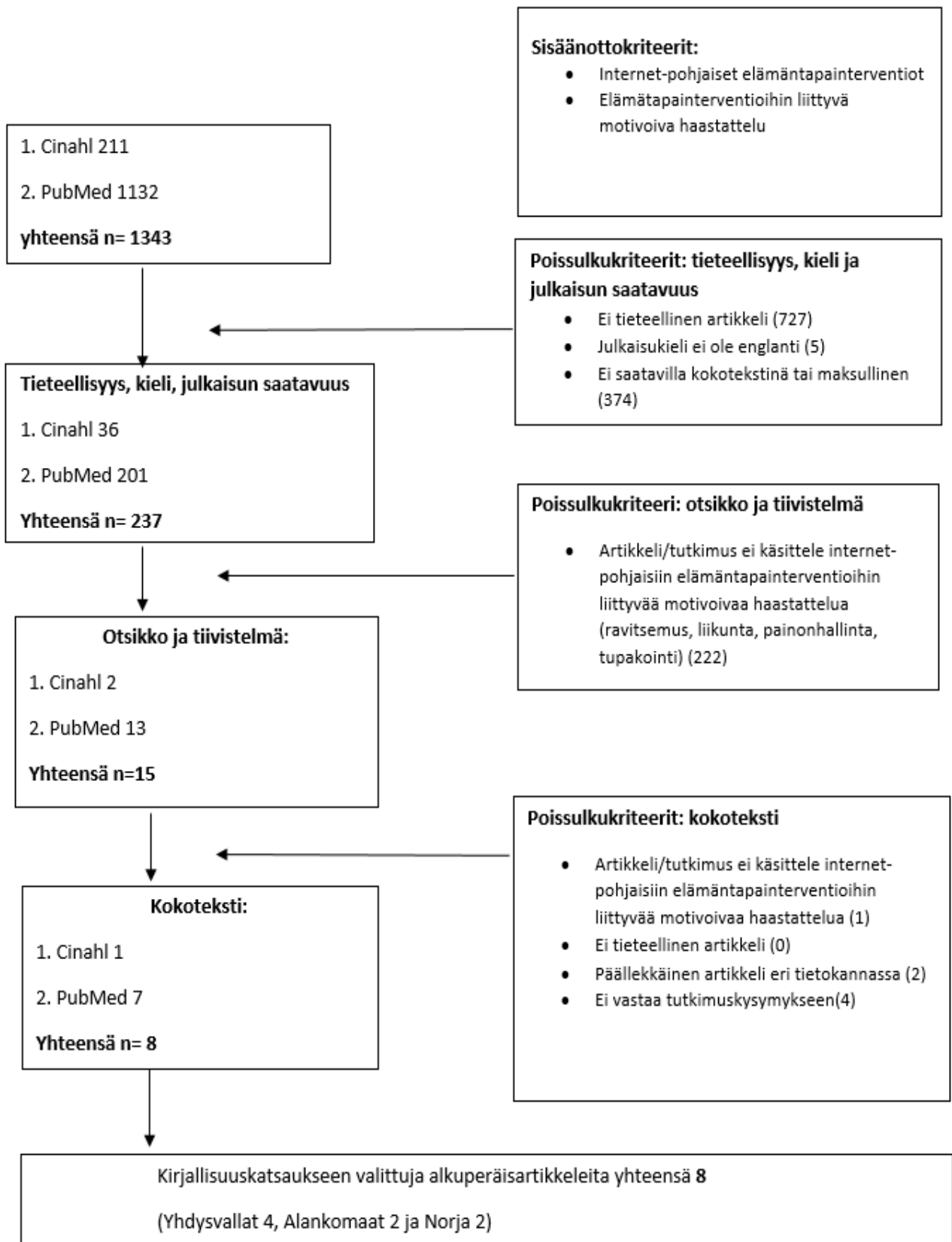
Tutkimusaineiston valintaa varten määrittelin aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka on esitelty taulukossa 3. Kriteereitä tulee peilata tutkimuskysymyksiin, koska niiden tarkoituksena on auttaa löytämään aineistoa joka oleellisesti liittyy tehtyihin tutkimuskysymyksiin. Kriteereistä tulee tehdä tutkittavan aiheen kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaiset ja ne tulee kuvata tarkasti. Sisäänotto ja poissulkukriteerit auttavat huomioimaan ja jättämään pois tutkimuksen kannalta epäoleelliset aineistot. (Pudas-Tähkä ja Axelin 2007, 48, 51). Koska tutkittava ilmiö on varsin uusi, tiesin jo katsauksen alkuvaiheessa, että siitä olemassa olevaa tietoa ei ole runsaasti. Tämän takia en tehnyt aineiston suhteen aikarajausta. Koska halusin katsaukseen kuitenkin mahdollisimman laadukasta aineistoa, päätin rajata katsauksen koskemaan aiheesta olemassa olevaa tutkimustietoa. Valitsin kirjallisuuskatsaukseen aineistoa, joka oli kirjoitettu englanniksi, koska aiheesta ei ollut saatavilla suomenkielistä aineistoa. Koska opinnäytetyöllä ei ollut rahoittajaa, otin mukaan vain sellaista aineistoa, jotka olivat saatavissa maksuttomana full text-muodossa.

TAULUKKO 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisukieli englanti	Julkaisukielenä joku muu kieli kuin englanti
Tieteelliset tutkimukset ja tutkimusartikkelit	Ei tieteelliset julkaisut
Maksuttomat julkaisut	Maksulliset julkaisut
Saatavilla kokotekstinä	Ei saatavilla kokotekstinä
Internet-pohjaisiin elämäntapainterventioihin (ravitseminen, liikunta, painonhallinta ja tupakointi) liittyvä motivoiva haastattelu	Motivoiva haastattelu, joka ei liity internet-pohjaisiin elämäntapainterventioihin
Vastaa tutkimuskysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin

Kirjallisuushakujen ensimmäisessä vaiheessa tein haut valittuihin tietokantoihin, joissa sisäänottokriteerien mukaan poiskarsiutuivat muut kuin englanninkieliset aineistot, ei-tieteelliset julkaisut sekä sellaiset aineistot, jotka eivät olleet saatavissa kokotekstinä tai olivat maksullisia. Saaduista tuloksista luin läpi otsikot ja tiivistelmät, joiden perusteella jatkoon pääsivät sellaiset julkaisut, jotka käsittelivät internet-pohjaisiin elämäntapainterventioihin liittyvää motivoivaa haastattelua. Elämäntapainterventioissa halusin keskittyä ravitsemukseen, liikuntaan, painonhallintaan ja tupakointiin liittyviin elämäntapainterventioihin, joten aineistosta karsiutuivat pois alkoholin, -huumeiden ja -lääkkeiden käyttöön sekä psyykkisiin sairauksiin kohdistuvat interventiot. Jäljellä jääneet tutkimukset luin kokonaisuudessaan läpi. Tässä vaiheessa joukosta karsiutui pois vielä seitsemän artikkelia. Yhdessä artikkelissa motivoivan haastattelun osuus osana interventiota ei ollut olennainen. Lisäksi hakutuloksissa oli kaksi päällekkäistä artikkelia, jotka esiintyivät molemmissa tietokannoissa. Neljän artikkelin kokotekstin lukemisen jälkeen huomasin, etteivät ne kuitenkaan vastanneet tutkimuskysymyksiin. Näistä kolme käsittelee motivoivaa haastattelua hyödyntävää internet-pohjaista elämäntapainterventiota ja tutkimukset

olivat tällä hetkellä käynnissä, mutta varsinaisia tutkimustuloksia ei ollut vielä saatavissa. Aineiston valintaprosessi ja sen eteneminen on esitetty kuviossa 5.



KUVIO 5. Aineiston valintaprosessi.

Varsinaiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyin mukaan 8 tutkimusta, jotka etenivät laadunarviointiin. Viisi tutkimuksista oli satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, yksi kontrolloitu ei-satunnaistettu tutkimus, yksi tapaustutkimus sekä yksi pilottitutkimus. Tutkimuksista neljä oli tehty Yhdysvalloissa, kaksi Alankomaissa ja kaksi Norjassa. Tutkimukset oli julkaistu vuosina 2010-2016. Valituista alkuperäistutkimuksista tein yhteenvetotaulukon (LIITE 1.). Yhteenvetotaulukkoon olen kirjannut jokaisen tutkimuksen osalta tiedot tutkimuksen tarkoituksesta, aineistosta ja käytetystä tutkimusmenetelmästä sekä tutkimuksen keskeisistä tuloksista. Taulukkoon on kirjattu myös tutkimuksen saama laadunarviointipistemäärä.

5.3 Alkuperäistutkimusten laadunarviointi

Jotta kirjallisuuskatsaukseen valikoidut tutkimuksista saataisiin luotettavia ja oikeita tuloksia, niiden laatua tulee arvioida. Laadunarvioinnilla lisätään tutkimuksen yleistä luotettavuutta. Lisäksi sen kautta pyritään ohjaamaan tulosten tulkintaa ja tuottamaan suosituksia jatkotutkimuksille. Laadunarvioinnin kautta pystytään selvittämään tutkimuksissa ilmeneviä laatueroja, jotka selittävät tutkimustulosten eroavaisuuksia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa alkuperäistutkimusten laatua ei arvioida kuten systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, koska oleellista on löytää se aineisto, joka on keskeisintä tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta. Arvioinnissa pitäisi käyttää mahdollisimman luotettavaa mittaria. Mikäli valmista laadunarviointimittaria ei ole käytettävissä, voi tutkija kehittää oman laadunarviointimittarin. (Kontio ja Johansson 2007, 101, 102; Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Tein kirjallisuuskatsaukseen valikoituneesta aineistosta laadunarvioinnin, koska halusin saada käsityksen siihen valikoituneen aineiston laadusta. Laadunarviointitaulukkoa tehdessä käytin apuna Kontion ja Johanssonin (2007) artikkelissaan julkaisemiaan kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen laadunarviointitaulukkoja sekä hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin (2004) ohjeistusta. Laadunarviointitaulukkoon lisäsin vielä arvioitavaksi sen, vastasiko tutkimus tekemiini tutkimuskysymyksiin. Maksimipistemäärä taulukossa oli 19 pistettä. Pistemäärät valituille tutkimuksille olivat 11-19 pistettä. Yleisesti hyväksytyjä ohjeita sille, mikä pistemäärä edustaa korkeatasoista tutkimusta, ei vielä ole. Lisäksi laadullisten, määrällisten ei-kokeellisten tai RCT-tutkimusten laatua arvioidessa tarvitaan erilaisia kriteereitä, koska näiden tutkimusasetelmat eroavat merkittävästi toisistaan. (Pölkki, Kanste, Elo, Kääräinen ja Kyngäs 2012, 337.) Laadunarvioinnissa päädyinkin siihen, että en määritellyt kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävälle tutkimuksille vähimmäispistemäärää ja näin ollen en laadunarvioinnin jälkeen hylännyt yhtään katsaukseen valitsemaani tutkimusta. Käyttämäni alkuperäistutkimusten laadunarviointitaulukko on työn liitteenä (LIITE 2).

5.4 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytin sisällön analyysiä. Sisällönanalyysi on luonteeltaan tekstianalyysiä, jossa tarkastelun kohteena ovat tekstimuotoiset aineistot. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi puheiden, kirjojen, dialogien, artikkeleiden ja raporttien analyysiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 105.) Sisällön analyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti ja näin kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston sisältöä analysoidaan ja yhdistetään kriittisesti sekä eri tutkimuksista saatua tietoa syntetisoidaan. Analyysi ei siis referoi, tiivistä, siteeraa tai raportoi alkuperäistä aineistoa vaan tarkoituksena on tuoda esille aineiston sisäistä vertailua, analysoida olemassa olevan tiedon vahvuuksia sekä heikkouksia ja tehdä aineiston pohjalta laajempia yhteenvetoja. (Kynngäs, Kääriäinen, Elo, Kanste ja Pölkki 2011, 138; Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Sisällönanalyysi toteutetaan yleensä joko induktiivisella eli aineistolähtöisellä tai deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä (Kynngäs ym. 2011, 138). Tähän kirjallisuuskatsaukseen valittujen 8 alkuperäisartikkelin analyysiin sovelsin aineistolähtöistä analyysitapaa. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on kerätyn tietoaineiston tiivistäminen niin, että voidaan tarkastella tutkittavien ilmiöiden ja asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Kankkunen, Vehviläinen ja Julkunen 2010, 134). Aineistosta poimittavat analysoitavat kohteet eli analyysiyksiköt voivat olla yksittäisiä sanoja, lauseita tai kokonaisia asiasisältöjä. Analyysiyksiköiden muodostamista ohjaavat tarkasteltavat tutkimusongelmat ja aineiston laatu. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 110-111.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sisältää kolme vaihetta. 1) Redusoinnissa eli pelkistämässä aineisto pyritään pelkistämään ja tutkimukselle epäolennainen osa karsitaan pois. Tarkoituksena on etsiä teksteistä tutkimuskysymyksiä kannalta keskeisiä vastauksia ja muodostaa niistä pelkistettyjä ilmauksia. 2) Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. 3) Abstrahoinnissa eli teoreettisten käsitteiden luomisessa kerätty aineisto erotetaan analyysissä käsitteellisiksi osiksi ja kootaan uudelleen synteessin avulla teoreettiseksi käsitteiksi ja johtopäätöksiksi. Abstrahointia jatketaan niin kauan, kuin se on tutkimuksen aineiston sisällön kannalta mahdollista. Ryhmittelyn ja abstrahoinnin tavoitteena on saada vastaus asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108-111.)

Aloitin sisällön analyysin lukemalla kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet alkuperäistutkimukset useaan kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Tässä vaiheessa etsin aineistosta alkuperäisilmaisuja, jotka vastasivat mielestäni tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmauksia löytyi aineistosta runsaasti ja niitä kertyi yhteensä 210 kappaletta. Kirjoitin kaikki aineistosta löytämäni alkuperäisilmaukset taulukkoon. Koska alkuperäistutkimukset olivat englanninkielisiä, tein taulukon toiseen sarakkeeseen niistä suomennokset ryhmittelyvaiheen helpottamiseksi. Suomennosten tekeminen oli aikaa vievää ja kesti useamman viikon. Tämän jälkeen pelkistin ilmaiset yksinkertaisemmiksi ja kirjasin ne ylös taulukon kolmanteen sarakkeeseen (taulukko 4). Pelkistettyjä ilmaisuja muodostui yhteensä 201 kappaletta.

TAULUKKO 4. Esimerkki alkuperäisilmaisujen muuttamisesta pelkistetyiksi ilmaisuiksi

Alkuperäisilmaisu	Suomennos	Pelkistetty ilmaisu
provide motivational interviewing—adherent counseling to help drivers develop and implement personalized plans for achieving their weight-loss goals	tarjota motivoivaa haastattelua noudattavaa ohjausta auttaakseen kuljettajia muodostamaan ja toteuttamaan henkilökohtaiset suunnitelmansa painonpudotus tavoitteiden saavuttamiseksi	motivoiva haastattelu henkilökohtaisten suunnitelmien ja tavoitteiden tukena
The tone of the questions was such that the participant was greeted with validation and acceptance, consistent with the tone of motivational interviewing.	Kysymysten sävy oli osallistujan hyväksyvästi ja vahvistaen suhtautuva, sopusoinnussa motivoivan haastattelun sävyn kanssa	motivoivaan haastatteluun pohjautuvat kysymykset suhtautuivat osallistajaan hyväksyen ja vahvistavasti
Responses were prompted with the goal of guiding the participant’s thinking in the direction of feeling ready, willing, and able to engage in physical activity.	Vastauksien pyytämisen tavoitteena on ohjata osallistujan ajattelun suuntaa kohti itsensä tuntemista valmiiksi, halukkaaksi ja pystyväksi sitoutumaan liikkumaan.	ohjataan osallistujaa tuntemaan itsensä valmiiksi, halukkaaksi ja pystyväksi sitoutumaan liikkumaan
Questions which were based on motivational interviewing principles of building rapport, creating a discrepancy between current physical activity behaviors and goals, and addressing barriers to physical activity.	Motivoivan haastattelun periaatteisiin pohjautuvat kysymykset yhteisymmärryksen vahvistamiseksi, nykyisen fyysisen aktiivisuuden ja tavoitteiden eroavaisuuksien esille tuomiseksi ja fyysisen aktiivisuuden esteiden osoittamiseksi.	Motivoivan haastattelun kysymysten kautta vahvistetaan yhteisymmärrystä, tuodaan esiin nykytilan ja tavoitteiden eroavaisuutta sekä mahdollisia esteitä

Ryhmittelyvaiheen aloitin jaottamalla pelkistetyt ilmaukset tutkimuskysymysten mukaan. Tämän jälkeen etsin pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja muodostin niistä alaluokkia, joita syntyi yhteensä 37 kappaletta (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien muuttamisesta alaluokaksi.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>ohjataan osallistujaa tuntemaan itsensä valmiiksi, halukkaaksi ja pystyväksi sitoutumaan liikkumaan</p>	<p>PYSTYVYYDEN TUNTEEN VAHVISTAMINEN</p>
<p>pystyvyyden tunnetta tuetaan tietokonepohjaisella motivoivalla haastattelulla</p>	
<p>pystyvyyden tunteen vahvistaminen</p>	
<p>ohjataan osallistujaa tuntemaan itsensä valmiiksi, halukkaaksi ja pystyväksi sitoutumaan liikkumaan</p>	

Seuraavassa vaiheessa yhdistin saman sisältöiset alaluokat toisiinsa ja muodostin niistä yläluokkia. Yläluokille annoin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Yläluokkia muodostui yhteensä 7 kappaletta. Toisiinsa liittyvistä yläluokista muodostin pääluokkia (taulukko 6). Pääluokkia muodostui yhteensä 3 kappaletta: motivoivan haastattelun toteuttaminen, motivoiva haastattelu elämäntapamuutoksen tukena ja motivoivan haastattelun osa-alueiden toteutuminen. Kirjallisuuskatsauksen tulokset kuvaan näiden 3 pääluokan mukaisesti.

TAULUKKO 6. Esimerkki yläluokkien ja pääluokkien muodostamisesta

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Autonomian tukeminen	MOTIVOIVAN HAASTATELUN ELEMENTIT	MOTIVOIVAN HAASTATELUN OSA-ALUEIDEN TOTEUTUMINEN
Yhteistyön vahvistaminen		
Empatian osoittaminen	MOTIVOIVAN HAASTATELUN PERIAATTEIDEN KÄYTTÄMINEN	
Ristiriitojen esille tuominen		
Pystyvyyden tunteen vahvistaminen		
Avointen kysymysten käyttäminen	MOTIVOIVAN HAASTATELUN TEKNIIKOIDEN KÄYTTÄMINEN	
Heijastavan kuuntelun käyttäminen		
Muutospuheen esille tuominen		
Vahvistaminen		
Yhteenvetojen tekeminen		

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

6.1 Motivoivan haastattelun toteuttaminen

Motivoivan haastattelun toteuttamista osana internet-pohjaisia elämäntapainterventioita tarkasteltiin intervention kohderyhmän, motivoivan haastattelun toteuttamistavan sekä saatujen käyttökokemusten kautta.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa alkuperäistutkimuksissa toteutetut elämäntapainterventiot oli kohdennettu pääasiassa yli 18-vuotiaille aikuisille miehille sekä naisille ja osallistujien keskimääräinen ikä oli 42-47-vuotta. Vain yhdessä tutkimuksessa elämäntapainterventio oli kohdennettu nuoremmalle ikäryhmälle ja siinä osallistujat olivat 13-15-vuotiaita tyttöjä ja poikia. Tutkittavien sukupuolijakoumassa korostui naisten osuus osallistujien määrässä. Kokonaisuudessaan tutkimuksissa toteutetut interventiojaksot olivat pituudeltaan vaihtelevia. Lyhin interventiojakso oli kuukauden mittainen ja pisin 12-kuukautta.

Interventioiden kohteena olevat elämäntavat vaihtelivat eri tutkimuksissa. Kolmessa tutkimuksessa elämäntapaintervention kohteena oli liikuntakäyttäytyminen ja nämä interventiot oli kohdennettu inaktiivisille, riittämättömästi liikkuville ja/tai ylipainoisille henkilöille. Liikuntainterventioissa osallistujille annettun elämäntapaohjauksen tavoitteena oli osallistujien liikunnan määrän lisääminen. Kahdessa tutkimuksessa intervention kohteena oli paino ja näissä tutkimuksen kohderyhmän muodostivat lihavat ja/tai ylipainoiset henkilöt. Painonpudottamiseen liittyvä elämäntapaohjaus suunnattiin terveellisempien ravitsemusvalintojen tekemisen opastamiseen, liikunnan lisäämisen kannustamiseen sekä riittävästä levosta huolehtimiseen. Ravitsemustottumusten muuttamista tarkasteltiin yhdessä tutkimuksessa. Tässä interventiossa kohderyhmänä olivat perusterveet henkilöt, joille annettussa elämäntapaohjauksessa keskityttiin kasvisten ja hedelmien käytön lisäämisen kannustamiseen. Yhden intervention kohteena olivat useat elämäntavat ja annettu elämäntapaohjaus kohdennettiin ravitsemuksen eri osaluokkien parantamiseen, liikunnan lisäämiseen sekä mahdollisen tupakanpolton lopettamiseen. Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat perusterveitä henkilöitä eli geenivirheestä johtuvaa rasva-aineenvaihduntasairautta sairastavat henkilöt. Lisäksi yhdessä tutkimuksessa tarkasteltiin mahdollisuuksia vaikuttaa tupakoinnin lopettamiseen täysin automatisoidun verkko-ohjelman kautta.

Kaikissa kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa alkuperäistutkimuksissa elämäntapainterventioita varten oli kehitetty internet-pohjaiset verkko-ohjelmat. Motivoiva haastattelu ja verkko-ohjelmien ominaisuudet tukivat toisiaan sisällytettynä osaksi yksilön muutosprosessin vaiheita. Verkko-ohjelmien ominaisuudet oli räätälöity, joko kokonaan tai osittain käyttäjän yksilöllisten tarpeiden mukaan. Niiden sisällöt ja käyttöominaisuudet vaihtelivat eri tutkimuksissa, mutta kaikissa ne tarjosivat osallistujille tietoa ja ohjeita terveellisistä elämäntavoista. Lisäksi osa verkko-ohjelmista antoi tutkittaville mahdollisuuden seurata omia elämäntapojaan esimerkiksi liikunta tai ruokapäiväkirjan kautta, tehdä henkilökohtaisia elämäntapamuutoksiin liittyviä tavoitteita ja/tai toimintasuunnitelmia, seurata ja arvioida omaa edistymistään kohti tehtyjä tavoitteita ja saada henkilökohtaista palautetta omasta edistymi-

sestä. Yhtä tutkimusta lukuun ottamatta myös motivoiva haastattelu toteutettiin interventioissa yksilöllisesti ja ohjaus sekä neuvonta räätälöitiin osallistujan tilanteen ja tarpeiden mukaan. Vain yhdessä tutkimuksessa motivoiva haastattelu toteutettiin yleisellä tasolla ilman henkilökohtaista räätälöintiä. Kolmessa tutkimuksessa motivoiva haastattelu oli lisäksi sovitettu yksilön muutosvaiheeseen sopivaksi. Näissä tutkimuksissa interventioiden taustateorianä toimii muutosvaihemalli.

Motivoivaan haastatteluun perustuvat ohjaukset toteutettiin tutkimuksissa usealla tavalla eri jakelukanavia hyödyntäen. Motivoivaa haastattelua toteutettiin interventioita varten kehitettyjen verkko-ohjelmien välityksellä, puhelimitse, kasvotusten ja sähköpostin kautta, joko yksistään tai näiden erilaisina yhdistelminä. Esimerkiksi motivoiva haastattelu saatettiin toteuttaa intervention alussa kasvokkain ja interventiojakson aikana lisäksi puhelimitse tai verkkosivuston kautta. Seitsemässä tutkimuksessa intervention pohjana toimivat verkko-pohjaiset niin sanotut interventioistunnot, joiden tarkoitus oli antaa tietoa intervention kohteena olevaan aiheeseen kuten ravitsemukseen, liikuntaan tai painonhallintaan liittyen. Lisäksi osa interventioistunnoista piti sisällään tietoa elämäntapojen muuttamisen hyödyistä, - ja keinoista, niissä kartoitettiin osallistujan nykyisiä elämäntapoja sekä pohdittiin mahdollisuuksia ja esteitä muutoksen tekemisessä. Motivoivaa haastattelua hyödynnettiin tutkimuksissa näiden interventioistuntojen rinnalla ja sen kautta osallistujaa kannustettiin tarkastelemaan näitä asioita omista lähtökohdistaan käsin.

Kolmessa tutkimuksessa motivoiva haastattelu toteutettiin interventioistunnoissa automatisoidusti simuloitujen ohjaajien kautta, kahdessa interventiossa tekstimuodossa ja yhdessä kuvitteellisen ohjaajan eli avatarin välityksellä. Avatarin ja osallistujan väliset keskustelut tapahtuivat nekin tekstimuotoisesti eikä avatar käyttänyt puhetta. Verkko-ohjelmien kautta toteutetut automatisoidut motivoivat haastattelut oli pääsääntöisesti integroitu osaksi interventioistuntoja. Viidessä tutkimuksessa motivoivaa haastattelua antoivat eri ammattiryhmien edustajat kuten sairaanhoitajat, fysioterapeutit, elämäntapaohjaajat, vastaanottoavustajat, tutkijat ja tutkimusapulaiset. Kaikissa tutkimuksissa haastattelijat olivat saaneet koulutuksen motivoivan haastattelun käyttöön, mutta koulutusten sisällöt ja pituudet vaihtelivat eri tutkimuksissa. Esimerkiksi osa koulutuksista sisälsi vain teoriaosuuden ja osassa oli sen lisäksi ohjattua harjoittelua. Tutkimuksissa kuvatut koulutukset olivat kestoltaan keskimäärin 2-3 päivää. Kahdessa tutkimuksesta koulutuksen sisällöstä tai pituudesta ei ollut mitään mainintaa.

Niissä tutkimuksissa, missä motivoivan haastattelun oli toteuttanut oikea henkilö, vain kolmessa oli arvioitu motivoivan haastattelun tarkkuutta ja laatua intervention aikana. Jokaisessa arvioinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, että vaikka motivoiva haastattelu oli toteutettu riittävällä tarkkuudella, oli sen käyttö osin puutteellista ja tehotonta. Ohjaajien välillä oli eroja ohjaustyyliissä sekä motivoivan haastattelun periaatteiden ja tekniikoiden käyttämisessä, jolla oli vaikutusta ohjauksen onnistumiseen. Tutkimuksista kävi ilmi, että motivoivan haastattelun koulutusta ja valvontaa olisikin tehostettava.

Motivoivan haastattelun määrässä, antotiheydessä ja kestossa oli eroja. Eri interventioissa osallistujat saivat motivoivaa haastattelua 1 kerrasta jopa 26 kertaa, sitä halutessaan. Kuitenkin yleisimmin tutkimuksesta riippumatta motivoiva haastattelu toteutui intervention aikana 4-5 kertaa. Osassa tutkimuksista tutkittavat saivat määritellä tarvitsemansa ohjauksen määrän. Myös antokertojen tiheys vaihteli

suuresti. Tiheimmillään motivoivaa haastattelua tarjottiin tutkittaville viikoittain koko interventiojakson ajan. Kokonaisuudessa alkuperäistutkimuksista kävi ilmi, että motivoivaa haastattelua toteutettiin määrältään ja tiheydeltään eniten tutkimuksissa, joissa se toteutettiin sähköpostitse tai verkko-ohjelman kautta. Mikäli motivoiva haastattelu oli toteutettu kasvokkain tai puhelimitse, sen kesto vaihteli tutkimuksissa 15 minuutista 40 minuuttiin. Lisäksi mikäli motivoivaa haastattelua annettiin useamman kerran intervention aikana, sen kesto saattoi vaihdella antamiskerran mukaan. Esimerkiksi ensimmäinen kasvokkain tehty haastattelu oli 40 minuutin mittainen ja seuraavat puhelimitse tehdyt haastattelut noin 15-20 minuutin mittaisia. Verkko-ohjelmien kautta automatisoiduisti toteutetuissa motivoivissa haastatteluissa siihen kulunutta aikaa ei ollut erikseen arvioitu.

Toteutetuissa interventioissa niistä saadut käyttökokemukset olivat pääosin positiiviset. Interventioiden vastaanotto ja osallistujilta saatu palaute oli suurimmaksi osaksi hyvää. Kuitenkin tutkimuksessa, jossa hyödynnettiin motivoivan haastattelun toteuttamisessa avataria sekä automatisoitua tekstipohjaista ohjausta, osallistajat keskeyttivät tutkimuksen kontrolliryhmää todennäköisemmin. Lisäksi monia komponentteja hyödyntävissä interventioissa, jotka koostuivat esimerkiksi useista verkon kautta tapahtuvista interventioistunnoista, omien elämäntapojen seurannasta sekä motivoivaan haastatteluun pohjautuvasta ohjauksesta, saatu interventioannos jäi yleensä pieneksi. Näissä tutkimuksissa vain pieni määrä osallistujista sai täyden interventiopakettin. Mikäli osallistajat ottivat vastaan vain osan tarjotusta tiedosta ja ohjauksesta, se heijastui huonompina tuloksina saavutetuissa muutoksissa. Kuitenkin tutkimuksissa saavutetut elämäntapamuutokset olivat pääosin myönteisiä ja motivoivan haastattelun kautta ihmisiä pystyttiin sitouttamaan enemmän oman terveydentilansa seuraamiseen.

6.2 Motivoiva haastattelu elämäntapamuutoksen tukena

Kaikissa tutkimuksissa motivoiva haastattelu oli sisällytetty osaksi tutkimukseen osallistuvilla annettua elämäntapaohjausta, jota oli pyritty hyödyntämään elämäntapamuutosprosessin tukena, joko sen kaikissa vaiheissa tai kohdennettuna vain joihinkin vaiheisiin. Motivoivan haastattelun avulla osallistujia pyrittiin motivoimaan elämäntapamuutoksen tekemiseen, tukemaan tavoitteiden ja toimintasuunnitelman tekemistä sekä seuraamaan ja arvioimaan edistymistä kohti pysyvää muutosta. Motivoivan haastattelun tavoitena oli siis tukea osallistujan muutosprosessissa etenemistä.

Muutosprosessin alkuvaiheessa motivoivan haastattelun kautta pyrittiin herättelemään yksilön motivaatiota terveellisempien elämäntapojen saavuttamiseksi, nostaa esiin yksilön omaa muutospuhetta sekä vahvistaa siihen liittyvää pystyvyyden tunnetta. Motivoivan haastattelun kautta pyrittiin esimerkiksi tuomaan esiin syitä elämäntapojen muuttamiselle, siihen liittyviä tunteita, kartoittamaan muutoshalukkuutta sekä osallistujan odotuksia. Esimerkiksi liikuntainterventioissa keskusteltiin osallistujan nykyisestä fyysisestä aktiivisuudesta, koetusta fyysisen aktiivisuuden tärkeydestä ja mahdollisista fyysisen aktiivisuuden lisäämisen suotuisista vaikutuksista sekä osallistujan itseluottamuksesta, jotta hän motivoituisi lisäämään liikunnan määrää.

Kaikissa tutkimuksissa osallistujia kannustettiin myös asettamaan henkilökohtaisia tavoitteita, joita kohti he intervention aikana pyrkivät. Tavoitteiden asettamisessa motivoivan haastattelun kautta pyrittiin kunnioittamaan yksilön kykyä sekä oikeutta valita itse omat tavoitteensa, tuoda esille tavoitteiden saavuttamiseen liittyviä mahdollisia esteitä ja vahvistaa osallistujan uskoa omaan onnistumiseensa. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa tavoitteiden asettamiseen liittyvä motivoiva haastattelu ilmeni osana osallistujan kanssa käytyä verkkokeskustelua. Osallistujaa rohkaistiin esimerkiksi miettimään millaisia liikunnan lisäämiseen liittyviä tavoitteita hän haluaisi saavuttaa ja osallistuja pystyi esimerkiksi kirjoittamaan verkkokeskusteluun ajatuksiaan ylös vapaamuotoisesti. Niissä tutkimuksissa missä motivoiva haastattelu toteutettiin oman ohjaajan välityksellä, motivoiva haastattelu annettiin joko ennen tai jälkeen tavoitteiden asettamisen ja päämääränä oli vahvistaa osallistujan motivaatiota, sitoutumista ja pystyvyyden tunnetta tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi lähes kaikissa tutkimuksissa osallistujia pyydettiin kirjaamaan tavoitteet ylös verkko-ohjelmaan ja seuraamaan edistymistään kohti asetettuja tavoitteita.

Viidessä tutkimuksessa yksilöä kannustettiin tekemään tavoitteiden saavuttamisen tueksi henkilökohtainen toimintasuunnitelma ja tätä kautta pyrittiin vahvistamaan sitoutumista muutoksen tekemiseen. Myös toimintasuunnitelmien tekemisessä osallistujat hyödynsivät verkko-ohjelmia, jota kautta elämäntapaohjausta antava ohjaaja sai tietoa miten osallistujat aikoivat tavoitteensa saavuttaa. Niissä tutkimuksissa missä motivoiva haastattelu toteutettiin automatisoidusti verkko-ohjelman kautta, toimintasuunnitelman tekeminen oli rakennettu osaksi simuloitua keskustelua osallistujan ja intervention välillä. Verkko-ohjelma kysyi osallistujalta kysymyksiä, kuten ”Mitä hyötyä sinulle olisi liikunnan lisäämisestä?” tai ”Millä tavoin voisit lisätä liikuntaa omaan arkipäivääsi?” Tämän jälkeen osallistuja vastasi kysymyksiin joko valitsemalla sopivan vastauksen valmiista vastausvaihtoehdoista tai kirjoittamalla tekstikenttään vapaamuotoisen vastauksen. Vastaamisen jälkeen ohjelma teki osallistujalle hänen vastauksensa perusteella räätälöityjä jatkokysymyksiä ja lopulta käydyn keskustelun perusteella yhteenvedon siitä, miten haluttuun tavoitteeseen aiottiin pyrkiä.

Useassa tutkimuksessa yksilöä kannustettiin seuraamaan ja arvioimaan omia tavoitteitaan ja toimintaansa. Esimerkiksi liikuntainterventioissa osallistujia kannustettiin pitämään liikuntapäiväkirjaa, johon rekisteröitiin fyysistä aktiivisuutta sekä omia liikuntaan liittyviä tuntemuksia ja ajatuksia. Painon pudottamiseen tähtäävissä interventioissa osallistujat kirjasivat verkko-ohjelmaan säännöllisesti ylös oman painonsa sekä halutessaan tekivät päiväkirjamerkintöjä edistymisestään kohti tavoitteitaan. Ravitsemusmuutoksiin tähtäävässä elämäntapainterventiossa osallistujia puolestaan kannustettiin seuraamaan omia ravitsemukseen liittyviä valintojaan ja energian saantia. Verkko-ohjelmiin kirjattujen tietojen avulla ohjaajat pystyivät motivoivaa haastattelua toteuttaessaan peilaamaan sitä mahdollisimman yksilöllisesti osallistujan edistymiseen tai edistymistä estäviin ongelmakohtiin. Osallistujia kannustettiin myös omien tunteidensa ja ajatustensa itsereflektointiin suhteessa omaan toimintaansa. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa osallistujaa esimerkiksi rohkaistiin liikunnasta puhumiseen ja liikuntakokemusten arviointiin, jonka tavoitteena oli tukea osallistujaa löytämään ja ylläpitämään motivaatiota liikunnan lisäämiselle. Päämääränä oli saada motivoivan haastattelun keinoin osallistuja havainnoimaan miten nämä asiat vaikuttivat hänen toimintaansa ja elämäntapoihinsa liittyviin valintoi-

hin. Kahdessa tutkimuksessa pyrittiin myös vaikuttamaan repsahdusten hallintaan. Itsereflektion tarkoituksena oli auttaa yksilöä huomioimaan ja ennakoimaan tulevia repsahduksia. Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävässä interventiossa motivoivaa haastattelua hyödynnettiin repsahdusten hallinta istunnoissa. Mikäli osallistuja kirjasi verkkosivustolle tupakoineensa, ohjelma lähetti osallistujalle automaattisesti sähköpostiin linkin verkkopohjaiseen istuntoon, jossa pohdittiin repsahdukseen liittyviä syitä, tehtiin uusi toimintasuunnitelma sekä pohdittiin keinoja ehkäistä repsahduksia jatkossa. Myös nämä istunnot toteutettiin automatisoidusti motivoivan haastattelun periaatteita ja tekniikoita käyttäen antaen osallistujalle mahdollisuuden tarkastella syvemmin oma tilannettaan.

Palautetta osallistujan edistymisestä annettiin eri tutkimuksissa vaihtelevasti. Esimerkiksi osallistujat, jotka pitivät verkko-ohjelman kautta ruokapäiväkirjaa, saivat viikoittain yksilöllistä palautetta ohjaajaltaan sähköpostitse hedelmien ja vihannesten nykyisestä saantitasosta sekä heidän etenemisestään kohti tehtyjä tavoitteita. Palaute oli yhdensuuntaista, eikä osallistujalla ollut mahdollisuutta esimerkiksi selventää tai tarkentaa siinä ilmeneviä asioita. Niissä interventioissa, joissa osallistuja osallistui verkon kautta automatisoituihin interventioistuntoihin, palaute oli sisällytetty osaksi simuloituja keskusteluja. Osallistujalle annettiin palautetta hänen verkkokeskustelussa antamiinsa vastauksiin peilaten. Lisäksi interventioistuntojen jälkeen osallistujat saivat palautetta yhteenvedon muodossa istunnossa esiin tulleista asioista, tehdyistä tavoitteista ja toimintasuunnitelmista. Palaute annettiin tutkimuksesta riippuen joko kasvokkain, puhelimitse, sähköpostitse tai verkko-ohjelman kautta oman ohjaajan antamana. Yhdessä liikuntainterventiossa osallistujia rohkaistiin myös tekemään itsereflektointia saamallaan palautteesta ja tämän tavoitteena oli muutokseen sitoutumisen ja sisäisen muutospuheen vahvistaminen.

6.3 Motivoivan haastattelun osa-alueiden toteutuminen

Kaikissa kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa alkuperäistutkimuksissa motivoivan haastattelun elementtejä, periaatteita ja tekniikoita, oli pyritty sisällyttämään joko kokonaan tai osittain osallistujille annettuun elämäntapaohjaukseen. Näiden käytännön toteutusta ja toteutumista oli kuvattu tutkimuksissa hyvin kirjavasti.

6.3.1 Motivoivan haastattelun elementtien toteutuminen

Motivoivan haastattelun elementit rakentuivat autonomian tukemisesta sekä yhteistyön vahvistamisesta, joiden nähtiin olevan perusta onnistuneelle elämäntapamuutosprossin käynnistämiseksi. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa osallistujan autonomiaa tuettiin esimerkiksi kysymällä lupaa informaation antamiseen. Näin osallistuja sai itse valita mitä informaatiota ja milloin, hän halusi vastaanottaa. Esimerkiksi halutessaan osallistuja pystyi kieltäytymään verkko-ohjelman tarjoamista neuvoista ja ohjeista. Lisäksi useassa tutkimuksessa osallistujalle annettiin mahdollisuus päättää itse, miten paljon elämäntapaohjausta hän halusi vastaanottaa. Esimerkiksi osallistujalle tarjottiin mahdollisuus saada ohjaajalta tukea ja ohjausta viisi kertaa intervention aikana, mutta hän sai itse valita, montako

niistä halusi hyödyntää. Elämäntapamuutosprosessissa autonomiaa vahvistettiin antamalla osallistujan itse miettiä syitä ja halukkuuttaan elämäntapamuutokselle, päättää omat tavoitteensa ja toimitasuunnitelmansa sekä niiden toteuttamistavan.

Yhteistyön vahvistamista osallistujan ja intervention välillä oli kuvattu eniten niissä tutkimuksissa, jotka toteutettiin automatisoidusti verkko-ohjelman kautta. Näissä tutkimuksissa yhteistyön vahvistamista kuvattiin antamalla osallistujan itse päättää interventioistuntojen sisältö ja eteneminen. Esimerkiksi tutkimuksissa joissa pyrittiin tiedon ja ohjauksen kautta vaikuttamaan useisiin elämäntapoihin, osallistuja pystyi itse valitsemaan mihin teemaan liittyviin interventioistuntoihin hän osallistui. Interventioistunnoissa hän pystyi itse vaikuttamaan esimerkiksi mistä ravitsemuksen osa-alueesta hän halusi saada tietoa. Automatisoidut verkko-ohjelmat mukauttivat motivoivan haastattelun mahdollisimman yksilölliseksi peilaten sitä osallistujan kanssa käytyihin simuloituihin keskusteluihin ja osallistujan siellä antamiin tietoihin ja vastauksiin. Lisäksi avataria hyödyntävässä verkko-ohjelmassa, ohjaaja pyrittiin tekemään mahdollisimman empaattiseksi, luotettavaksi ja auttavaiseksi ja näin luomaan sille inhimillinen luonne. Avatar käytti keskusteluissaan esimerkiksi huumoria ja pystyi muistamaan aikaisempien istuntojen keskustelujen sisältöä ja tuomaan niiden pääkohdat esiin uusissa istunnoissa. Kaikissa tutkimuksissa motivoivassa haastattelussa osallistujalle osoitettujen kysymysten sävy oli hyväksyvä ja arvostava, eikä osallistujaa arvosteltu tai vähätelty vaikka hän ei esimerkiksi olisi onnistunut saavuttamaan asettamia tavoitteita.

6.3.2 Motivoivan haastattelun periaatteiden toteutuminen

Motivoivan haastattelun periaatteista empatian osoittamista kuvattiin vain osassa tutkimuksista. Ohjaajien toteuttamissa puhelimitse ja kasvokkain toteutetuissa motivoivissa haastatteluissa empatian osoittamisen kautta ohjaaja pyrki osallistujan tilanteen, tunteiden ja motiivien ymmärtämiseen. Suhdautuminen osallistujaan oli hyväksyvä ja ohjaaja pyrki huomioimaan osallistujan tilanteen ja näkökulman muutosprosessin eri vaiheissa. Tekstimuotoisissa motivoivissa haastatteluissa empatian osoittaminen oli haasteellista, koska vuorovaikutus perustui vain kirjoitettuun viestintään. Tällöin vuorovaikutussuhteesta jäi uupumaan inhimillisen äänenpainot, eleet ja ilmeet, joiden kautta empatiaa olisi voitu tuoda enemmän ilmi. Avatarin kautta toteutetussa interventiossa oli avatarin olemukseen pyritty luomaan empaattisia eleitä ja pään sekä silmien liikkeitä sen inhimillisyyden lisäämiseksi. Avatar hyödynsi näitä eleitä ja liikkeitä osallistujan kanssa käydyssä simuloitun keskustelun tukena.

Ristiriitojen esille tuomista hyödynnettiin yleensä interventioiden alkuvaiheessa tehdyissä motivoivissa haastatteluissa, joissa kartoitettiin osallistujien elämäntapojen nykytilannetta. Motivoivan haastattelun avulla pyrittiin nostamaan esiin nykytilanteen ja haluttujen muutosten/tavoitteiden eroavaisuuksia. Osallistujia kehoitettiin havainnoimaan ja pohtimaan myös mahdollisia muutoksen esteitä yhdessä ohjaajansa kanssa, joka kannusti osallistujaa itse huomaamaan syyt muutokseen. Myös automatisoituihin verkko-ohjelmiin, joissa käytettiin interventioistuntoja, oli sisällytetty ristiriitojen esille tuominen. Esimerkiksi osallistujaa kehoitettiin miettimään nykyisten elämäntapojensa hyötyjä ja haittoja ja kirjoittamaan niitä verkko-ohjelmaan vapaamuotoisesti ylös. Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävässä

automatisoidussa verkko-ohjelmassa ristiriitoja pyrittiin tuomaan esille esittämällä osallistujalle tupakointiin liittyviä kysymyksiä. Riippuen osallistujan vastauksesta, ohjelma esitti joko lisäkysymyksiä, tarjosi apua tai vaihtoi keskustelun aihetta, mikäli vastauksista kävi ilmi, ettei osallistuja halunnut puuttua aiheeseen enempää.

Väittelyn välttäminen oli ohjaajien toteuttamissa interventioissa kielletty, joskaan sen käytännön toteutumista ei ollut kuvattu yhdessäkään tutkimuksessa. Automatisoiduista verkko-ohjelmista yhteen oli kehitelty tekniikkaa, joka pyrki tunnistamaan mahdollisen ristiriitatilanteen ja pyrki välttämään väittelyä siirtämällä osallistujan huomion toiseen aiheeseen.

Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa osallistujan pystyvyyden tunnetta lisättiin vahvistamalla taitoja sekä tietoa muutoksen tekemiseen verkko-ohjelman tarjoaman tiedon, ohjeiden ja harjoitusten kautta. Lisäksi automatisoiduissa verkko-ohjelmissa pystyvyyden tunnetta pyrittiin vahvistamaan koko interventiojakson läpi kiinnittämällä huomiota osallistujan vahvuuksiin sekä saavutuksiin. Motivoivaa haastattelua simuloivissa dialogeissa, osallistujan vastauksista yritettiin löytää aina positiiviset puolet. Esimerkiksi tupakoinnin lopettamisessa osallistujan aikaisemmat epäonnistuneet lopettamisyritykset käännettiin hänen vahvuudekseen. Aikaisempien yritysten kautta osallistuja oli saanut kokemusta lopettamisesta, jota pystyi hyödyntämään nykyisessä yrityksessä. Myös ohjaajien kautta puhelimitse, kasvokkain tai tekstimuotoisesti raportoitiin osallistujien pystyvyyden tunteen vahvistamista. Kuitenkaan käytännön toteutusta ei ollut kuvattu näissä juuri lainkaan.

6.3.3 Motivoivan haastattelun tekniikoiden toteutuminen

Motivoivan haastattelun tekniikoita raportoitiin käytetyn runsaasti kaikissa tutkimuksissa, mutta niiden toteutumista oli kuvattu vain muutamassa tutkimuksessa. Ohjaajien välityksellä puhelimitse ja kasvokkain toteutetuissa ohjaustilanteissa avoimia kysymyksiä käytettiin läpi intervention muutosprosessin eri vaiheissa. Ohjaajat pystyivät keskustelun edetessä kysymään osallistujalta avoimien kysymysten lisäksi tarkentavia kysymyksiä ja viemään näin keskustelua haluttuun suuntaan. Avointen kysymysten käyttöä kuvattiin myös osana palautteen antamista, jossa osallistujaa kannustettiin itse arvioimaan omaa edistymistään ja erityisesti sitä estäviä tekijöitä. Tavoitteena oli ylläpitää osallistujan omaa muutospuhetta ja tätä kautta lisätä motivaatiota ja sitoutumista muutoksen tekemiseen. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa avoimet kysymykset oli sisällytetty osaksi interventioistuntojen simuloituja keskusteluja ja osallistujalle annettiin mahdollisuus vastata kysymyksiin joko vapaamuotoisesti tai valmiiden vastausvaihtoehtojen kautta. Osallistujan saattoi kuitenkin olla haasteellista valita valmiista vastausvaihtoehdoista juuri hänen tilannettaan ja näkökulmaansa kuvaava vaihtoehto.

Heijastavan kuuntelua oli käytetty useassa tutkimuksessa, mutta sen konkreettista käyttöä oli kuvattu vain vähän. Ohjaajien kasvokkain ja puhelimitse tekemissä motivoivissa haastatteluissa ohjaajat toteuttivat heijastavaa kuuntelua esimerkiksi toistaen omin sanoin sen, mitä osallistuja oli heille kertonut. Näin siis pyrittiin varmistamaan, että osallistuja sai kokemuksen ymmärretyksi tulemisesta. Lisäksi heijastavan kuuntelun kautta pyrittiin nostamaan esille osallistujan elämäntapamuutosta kohtaan

olevia ristiriitaisia ajatuksia ja pyrittiin vahvistamaan muutosmyönteisiä asioita. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa heijastavan kuuntelun käyttö oli osa simuloitua motivoivan haastattelun dialogia. Osallistujan vastatessa verkko-ohjelman antamiin kysymyksiin, ohjelma antoi tarvittaessa yhteenvedon osallistujan vastauksesta ja pyrki näin jäljittelemään refleктоivan kuuntelun tekniikka. Kuitenkin automatisoiduissa ohjelmissa vuorovaikutus perustui täysin osallistujan antamien vastausten ja ohjelman niistä tekemien tulkintojen varaan. Näin ollen niissä ei pystytty täysin varmistamaan, tuliko osallistuja ymmärretyksi täysin oikein.

Ohjaajien suorittamissa motivoivissa haastatteluissa pyrittiin havainnoimaan osallistujan vahvuuksia, jonka avulla osallistujaa pystyttiin kannustamaan yksilöllisesti ja tukemaan ja vahvistamaan hänen itsetuntoaan sekä omia kykyjään muutosprosessin aikana. Ohjaajat pyrkivät esimerkiksi löytämään yksilön muutospuheesta, tavoitteisiin etenemisestä ja muutossuunnitelmista pienetkin positiiviset asiat, joita he hyödynsivät motivoidessaan osallistujaa sekä antaessaan hänen toiminnastaan palautetta. Tässä verkko-ohjelmien ohjaajille antama informaatio osallistujien edistymisestä ja ajatuksista toimi kannustamisen ja palautteen antamisen tukena. Esimerkiksi verkko-ohjelmien tarjoamien päiväkirjojen kautta ohjaaja sai tietoa osallistujan ajatuksista, tunteista ja tilanteesta, joka saattoi selittää esimerkiksi edistymisen pysähtymisen. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa vahvistamista oli käytetty lähinnä simuloitun refleктоivan kuuntelun kautta. Osallistujan vastausten perusteella ohjelma esimerkiksi vahvisti ja kommentoi juuri niitä positiivisia vastauksia, joita osallistuja oli ohjelman kanssa käydyissä keskusteluissa tuonut ilmi.

Tiivistämistä kuvattiin tutkimuksissa usein osana palautteen antamista. Esimerkiksi ohjaajat antoivat ohjauksen päätteeksi osallistujalle yhteenvedon käsitellyistä asioista kuten tehdyistä tavoitteista ja toimintasuunnitelmasta, sitoutumisesta muutokseen ja mahdollisista esteistä. Tarkoituksena oli siis tehdä yhteenvedoa osallistujan muutospuheesta. Osallistujalla oli usein mahdollisuus vielä tarkentaa, selventää tai korjata yhteenvedossa esiintuotuja asioita. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa tiivistämistä käytettiin samalla tavalla interventioistuntojen lopuksi ja osallistuja sai yhteenvedoa esimerkiksi interventioistunnon aikana antamistaan vastauksista sekä tekemistään toimintasuunnitelmista. Epäselväksi jäi kuitenkin se, oliko osallistujalla mahdollisuus tehdä saamaansa tiivistykseen muutoksia, mikäli hän koki tulleen ymmärretyksi väärin.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kokosin tässä kirjallisuuskatsauksessa yhteen kansainvälistä tutkimustietoa siitä, miten motivoivaa haastattelua on hyödynnetty internetin kautta toteutetuissa elämäntapa-interventioissa ja miten menetelmä oli soveltunut tähän tarkoitukseen. Tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsausta hyödyntäen sellaista tietoa, jota tutkijat ja käytännön hoitotyön tekijät voivat tulevaisuudessa hyödyntää suunnitellessaan elämäntapaohjaukseen liittyviä verkkopalveluita sekä toteuttaessaan virtuaalisia elämäntapa-interventioita, joissa hyödynnetään motivoivan haastattelun menetelmää. Kirjallisuuskatsauksen valikoituneiden alkuperäisartikkeleiden analyysin tuloksena saatiin lupaavaa näyttöä motivoivan haastattelun käyttömahdollisuuksista ja soveltuvuudesta osaksi terveydenhuollon uusia teknologisia innovaatioita ja verkko-pohjaisia elämäntapaohjauksia.

Kirjallisuuskatsauksessa nousseiden tulosten perusteella motivoivaa haastattelua voitiin käyttää sekä hyödyntää monimuotoisesti osana verkko-pohjaisia elämäntapa-interventioita. Interventioihin kehitetyt verkko-ohjelmat ja niihin yhdistetty motivoiva haastattelu tukivat toinen toisiaan yksilön muutosprosessissa. Khaylisiin, Yiaslasin, Bergstromin ja Gore-Feltonin (2010, 931-932) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan teknologia-avusteisissa interventioissa on viisi komponenttia, mitkä ovat edellytyksenä sen onnistumiselle: itsetarkkailu, ohjaajan antama palaute ja vuorovaikutus, sosiaalinen tuki, järjestelmällisen ohjelman käyttö sekä yksilön tarpeiden mukaan räätälöity sisältö. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa alkuperäistutkimuksissa verkko-ohjelmat oli rakennettu sisältämään näitä komponentteja ja motivoiva haastattelu oli sisällytetty osaksi joko jotakin tai kaikkia näitä osa-alueita. Ainoastaan sosiaalisen tuen merkitys jäi tutkimuksissa vähäiseksi. Verkko-ohjelmat tarjosivat muutoksen ja itsetarkkailun tueksi esimerkiksi tiedollista tukea ja elämäntapojen seuranta-välineitä. Motivoiva haastattelu puolestaan kannusti ja motivoi yksilöä muutosprosessin eri vaiheissa käyttämään ja hyödyntämään verkko-ohjelmien tarjoamia ominaisuuksia ja työkaluja terveytensä edistämiseksi. Interventoiden kautta pystyttiin vaikuttamaan positiivisesti yksilöiden elämäntapoihin liittyvään terveyskäyttäytymiseen ja siihen liittyviin valintoihin. Kuitenkin tutkimuksissa saatujen tulosten perusteella oli hankala määrittää mitkä interventoiden osatekijät, kuten annettu ohjaus, verkko-ohjelmien sisällöt vai niiden tarjoamat terveyden seuranta-työkalut olivat merkityksellisimpiä tulosten aikaansaamisessa.

Motivoiva haastattelu soveltui toteutettavaksi usealle kohderyhmälle perusterveistä yksilöistä, epäterveellisiä elämäntapoja omaaviin ja perinnöllistä sairautta sairastaviin miehiin ja naisiin. Aikuisväestön lisäksi saatiin myös alustavaa näyttöä sen soveltuvuudesta osaksi nuorille kohdennettuja elämäntapa-interventioita. Tämä antaisi siis mahdollisuuden kehittää tulevaisuudessa myös nuoremmalle kohderyhmälle suunnattuja elämäntapaohjaukseen liittyviä verkkopalveluita, joka saavuttaisi kerralla suuremman määrän ohjauksesta hyötyviä yksilöitä. Terveyden edistämiseen liittyvä elämäntapaohjaus olisikin hyvä kohdentaa jo mahdollisimman nuoreen väestöön, koska nuoruudessa opitut elämäntavat kantavat usein läpi elämän. Vuonna 1990 aloitetussa, yli 20 vuotta kestäneessä Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventioprojektissa (STRIP) onkin osoitettu, että jo varhaislapsuudessa aloitetulla vanhempien kautta annetulla ja myöhemmin suoraan lapseen kohdistetulla, säännöllisesti toistetulla

elämäntapaneuvonnalla pystytään vaikuttamaan merkittävästi sydän – ja verisuonisairauksien riskitekijöihin lapsilla. Saatujen tulosten mukaan elämäntapaohjauksella on ollut positiivinen vaikutus muun muassa ravinnon rasvan laatuun, verenpaineeseen ja kolesteroliarvoihin. Ravitsemustottumusten muutokset heijastuivat lasten lisäksi myös heidän vanhempiansa. (Lagström, Päivärinta ja Simell 2006, 4-6.)

Motivoiva haastattelu toteutettiin interventioissa usealla eri tavalla. Toteutustapa määritteli pitkälle sen, miten ja mihin tarkoitukseen motivoivaa haastattelua käytettiin, miten se soveltui tähän tarkoitukseen ja millaisia haasteita sen toteuttamisessa ilmeni. Ohjaajien antamana motivoiva haastattelu toteutui joko kasvokkain, puhelimitse, sähköpostitse tai verkko-ohjelmien kautta viestien välityksellä. Kasvokkain annettuna ohjaus vei eniten aikaa ja toteuttamiseen tarvittavia resursseja. Kuitenkin kasvokkain ja puhelimitse annettu ohjaus antoi mahdollisuuden ihmisten väliselle vuorovaikutukselle. Motivoivaan haastatteluun peilaten se varmisti myös siihen kuuluvan inhimillisten elementtien, kuten empatian ja refleктоivan kuuntelun toteutumisen sekä antoi ohjattavalle mahdollisuuden syvemmän itsereflektion tekemiseen muutosprosessin eri vaiheissa. Erityisesti syyt ja esteet muutokselle sekä oman edistymisen tarkastelu liittyivät keskeisesti ohjaajan kanssa vuorovaikutuksessa käytyyn keskusteluun. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen oli rikkaampaa ja keskustelua pystyttiin viemään täydentävien kysymysten avulla sujuvasti eteenpäin. Sanallisessa viestinnässä ohjaaja pystyi helpommin tulkitsemaan ohjattavan vastauksia sekä löytämään niistä huolia, tunteita ja piilotettuja merkityksiä. Lisäksi kasvokkain tapahtuvassa motivoivassa haastattelussa ohjaajalla on enemmän tietoa käytettävissä, kuten ohjattavan äänenpainot, kehonkieli sekä yleensä ohjattavat kuvaavat omia ajatuksiaan suullisesti pidemmin ja tarkemmin (Krukowski, DeLillo, Ingle, Harvey ja Smith 2016).

Motivoiva haastattelu toteutettiin tutkimuksissa ohjaajan antamana myös verkkopohjaisten viestien ja sähköpostin välityksellä. Näissä viesteissä keskityttiin muutosmotivaation herättelyyn ja ylläpitämiseen sekä palautteen antamiseen peilaten sitä yksilön edistymiseen kohti tekemiään tavoitteita. Myös näissä tekstipohjaisissa viesteissä motivoivan haastattelun periaatteet ja tekniikat ohjasivat viestittelyä. Kuitenkin tekstipohjaisessa viestittelyssä on aina tulkinnallinen näkökulma. Miten voidaan varmistua siitä, että viestin saaja tulkitsee viestin niin kuin lähettäjä on sen tarkoittanut ja herättääkö ohjaajan kirjoittama refleктоiva palaute yksilössä samanlaisen tunnetilan kuin jos hän kuulisi saman palautteen suullisena? Osassa tutkimuksista osallistujalla ei ollut mahdollisuutta vastata hänelle lähetettyihin palauteviesteihin. Motivoivan haastattelun tekniikoista refleктоivan kuuntelun toteuttaminen ilman vastavuoroista elementtiä on hankalaa. Tekstipohjaisen kommunikaatioon liittyvä refleктоiva kuuntelu ei osoita empatiaa niin vahvasti, kuin motivoivassa haastattelussa olisi tarkoitus. (Latvala 2016, 42.)

Ohjaajien kautta toteutetuista motivoivista haastatteluista kävi ilmi, että motivoivan haastattelun käyttöön voidaan kouluttaa muitakin ammattihenkilöitä, kuin terveydenhuollon ammattilaisia. Kuitenkin olisi varmistettava, että motivoivaa haastattelua antava henkilö hallitsee haastattelun sisältämät osa-alueet. Koulutuksen sisällön tulisi olla tarpeeksi pitkä ja pitää sisällään tiedon lisäksi käytännön harjoituksia. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa tuli ilmi, että motivoivan haastattelun toteuttamisen osaamista, tarkkuutta, laatua sekä seuranta oli kuvattu vähäisesti ja näin ollen epäsel-

väksi jäi miten täsmällisesti motivoivan haastattelun elementit, periaatteet ja tekniikat olivat käytännössä toteutuneet. Niissä tutkimuksissa, missä näitä asioita oli raportoitu, oli motivoivan haastattelun elementtien ja tekniikoiden käytössä ja toteuttamisessa puutteita. Jatkossa tutkimuksissa käytetyn motivoivan haastattelun laatua tulisi tarkkailla ja arvioida tehokkaammin. Groeneveldin, Properin, Absalahin, Van Der Beekin ja Mechelen (2011, 399) tutkimuksessa tarkasteltiin motivoivan haastattelun kouluttamisen yhteyttä sitä antavien ohjaajien motivoivan haastattelun osaamiseen ja laatuun. Tutkimuksessa todettiin, että ohjaajien tulisi saada palautetta antamastaan motivoivasta haastattelusta ja siinä käytetyistä periaatteista sekä tekniikoista. Palautteen todettiin parantavan motivoivassa haastattelun periaatteiden ja tekniikoiden toteutumista. Mikäli laaduntarkkailua ei ole tehty, tällä on vaikutusta myös tutkimusten tulosten luotettavuuden kannalta. Tällöin on vaikea arvioida onko annettu ohjaus ollut motivoivaa haastattelua vai tavallista elämäntapaohjausta. (Barnes, White, Martino ja Grilo 2014, 3.)

Motivoivaa haastattelua soveltui myös toteuttavaksi verkko-ohjelmien kautta automatisoidusti joko pelkkänä tekstimuotoisena vuorovaikutuksena tai avatarin kautta, jolloin tähän ei vaadittu lainkaan henkilöresursseja. Verkon kautta tapahtuva automatisoitu motivoiva haastattelu tavoitti kerrallaan suuren määrän ihmisiä ja ohjaus oli räätälöity yksilön tilanteen ja tarpeiden mukaan. Interventioistunnoissa motivoivan haastattelun elementit, periaatteet ja tekniikat oli integroitu osaksi yksilön ja intervention välistä vuorovaikutusta. Näin pyrittiin saavuttamaan motivoivan haastattelun riittävän suuren annostelun varmistaminen. Kuitenkin verkon kautta tapahtuvassa ohjauksessa oli myös haasteensa ja automatisoidun motivoivan haastattelun käyttäminen ei ollut ongelmatonta. Täysin automatisoiduissa verkko-ohjelmissä motivoivan haastattelun tekniikat oli kyllä pystytty sisällyttämään osaksi interventiota, mutta niitä ei kuitenkaan pystytty toteuttamaan täysin oikein. Holterin, Johansenin ja Brendryen (2016) mukaan, tällä hetkellä tietokoneistettu motivoiva haastattelu ei täysin täytä motivoivan haastattelun kriteereitä. Automatisoiduissa verkko-ohjelmissä osallistujille esitettiin esimerkiksi tekstimuotoisia avoimia kysymyksiä, joihin osallistuja vastasi valitsemalla valmiista vaihtoehdoista itselleen sopivimman vaihtoehdon. Kuitenkin avoimeen kysymykseen vastaaminen valmiista vastausvaihtoehdoista valitsemalla tekee itseasiassa kysymyksestä suljetun (Latvala 2016, 39).

Rahikan (2013, 42) mukaan verkossa vuorovaikutus saattaa lisäksi olla enemmän tehtäväorientoitunutta, koska siitä puuttuu ihmisen välisen dialogin visuaaliset ja ei-sanalliset vihjeet. Automatisoidut verkko-ohjelmat eivät voikaan taata tuleeko yksilö ymmärretyksi oikein. Vuorovaikutuksessa esiintyvää monitulkintaisuutta voidaan lieventää tekemällä lisäkysymyksiä ja tarkennuksia (Rahikka 2013,10). Verkko-ohjelmat eivät kuitenkaan ehkä vielä pysty näin tarkkaan vuorovaikutuksen simuloimiseen. Lisäksi lisätarkastelua tulisi kohdistaa siihen, miten verkko-ohjelmaan integroitu motivoiva haastattelu toteutuu ongelmatilanteissa, jos yksilö esimerkiksi kohtaa ajatustensa ja ohjelman tarjoamien elementtien välillä liian suurta ristiriitaa, turhautuu tai vaikenee. Tässä tilanteessa syntyneitä ristiriitatilannetta voi olla helpompi lähteä purkamaan ohjaajan kautta. Myöskin yhteiskunnan väestörakenteen muuttuessa yhä enemmän monikulttuuriseksi, tuo se omat esimerkiksi kielieroista johtuvat haasteet vuorovaikutukseen jolloin väärinymmärrysten mahdollisuus kasvaa.

Avatarin hyödyntäminen motivoivan haastattelun toteuttamisessa oli haasteellista sen sosiaalisten taitojen rajoittuneisuuden takia. Tämän takia sen oli vaikea muodostaa ohjelman käyttäjän kanssa vahvaa yhteistyösuhdetta, joka vahvistaisi intervention ja motivoivan haastattelun vaikutusta. Avatarin käytössä motivoivan haastattelun periaatteista empatian käytössä ja reflektiivassa kuuntelussa oli eniten ongelmia. Tätä tulosta tukee Lisetin, Uganin, De Leonin, Aminin, Rishen ja Visserin (2012) pienimuotoinen tutkimus, jossa kehiteltiin internet-pohjaista interventiota varten avatar, joka käytti antamassaan ohjauksessa motivoivaa haastattelua. Avatarin käyttöä kokeiltiin pienelle kohderyhmälle, joista 75 % koki vuorovaikutuksen avatarin kanssa yhtä miellyttäväksi tai miellyttävämmäksi kuin ihmishajaajan kanssa. Tämä johtui siitä, että yksilöt kokivat, ettei avatar arvostele tai nolaa heitä. Kuitenkin empaattista vuorovaikutusta arvioitaessa moni osallistujista koki, etteivät avatarin ilmeet ja eleet olleet riittävän intensiivisiä heijastaakseen empatiaa. Haasteena olisikin jatkossa selvittää, voisi internet-pohjaiset elämäntapainterventiot hyötyä sellaisten virtuaaliohjaajien kehittämisestä jotka olisivat kykeneviä monimuotoisempiin sosiaalisiin taitoihin, kuten tunnistamaan käyttäjän vastauksista hänen mielentilaansa ja vastaamaan siihen erilaisilla eleillä (Friederichs, Bolman, Oenema, Guyaux ja Lecher 2014, 7).

Motivoiva haastattelu toimi elämäntapamuutoksen tukena muutosprosessin eri vaiheissa ja oli räätälöity antotavastaan riippumatta seitsemässä tutkimuksessa osallistujan tilanteen ja tarpeiden mukaan. Antypasin ja Wangbergin (2014) mukaan räätälöity terveysviestintä on yleisesti nähty kiinnostavampana, henkilökohtaisempana, pidetympänä, keskustelua herättävämpänä sekä se on muistettu pidempään kuin ei räätälöity. Räätälöity ohjaus ja tukeminen muutosprosessin eri vaiheissa auttoivat osallistujia tekemään muutosprosessista tavoitteellista, lisäsi heidän taitojaan viedä muutosta eteenpäin ja uskomaan omaan onnistumiseensa pystyvyyden tunnetta vahvistamalla. Onkin pystytty osoittamaan, että pystyvyyden tunteen vahvistaminen ja muutoksen suunnittelu ovat tärkeimmät muuttujat, jotka ovat yhteydessä yksilön tekemien elämäntapamuutoksien pidempiaikaisiin vaikutuksiin (Khaylis ym. 2010, 932).

Simmons ja Woleverin (2013, 32) sekä Antypasin ja Wangbergin (2014) mukaan muutosvaiheiden ymmärtäminen ja huomioiminen osana muutosprosessia auttaa motivoivan haastattelun toteuttamisen onnistumista. Se auttaa havaitsemaan missä muutosvaiheessa yksilö on ja miten motivoivan haastattelun keinoin hänen etenemistään harkintavaiheesta toimintaan pystyisi parhaiten tukemaan. Muutosprosessin eri vaiheissa ohjaajien välityksellä toteutetuissa motivoivissa haastatteluissa korostui eniten elämäntapamuutoksen edistymisen seuranta yksilöllisen palautteen antamisen kautta. Säännöllisesti annettu yksilöllinen palaute on keskeinen ja tärkeä osa internet-pohjaisissa elämäntapaohjauksissa. Kasvokkain annetun palautteen lisäksi myös sähköpostin, verkon ja puhelimen välityksellä saadun palautteen on todettu olevan tehokasta. (Khaylis ym. 2010, 932.) Joskin Rakkolaisen (2013, 43) mukaan yksilön saamalla vahvistavalla palautteella on todettu olevan suurempi merkitys verkkokommunikaatiossa, kasvokkain tapahtuvaan vuorovaikutukseen verrattuna.

Automatisoiduissa verkko-ohjelmissa motivoiva haastattelu kulki osana osallistujan elämäntapamuutosprosessia integroituna osaksi sen eri vaiheita. Parhaiten se soveltui tavoitteiden asettamisen ja

toimintasuunnitelman tekemisen sekä edistymisen seurannan tueksi. Näissä ohjelmat hyödynsivät yksilön verkko-ohjelman seurantatyökaluihin tallentamia tietoja kuten mittauksia ja päiväkirjamerkintöjä. Kuitenkin tekstipohjaisen automatisoidun vuorovaikutuksen räätälöinnissä oli haasteita. Koska verkko-ohjelma ei voi taata, että yksilö tulee ymmärretyksi oikein, voi se aiheuttaa ongelmia esimerkiksi automatisoitujen tiivistysten tekemisessä ja palautteiden antamisessa. Verkko-pohjaisia automatisoituja ohjelmia kehitettäessä onkin kiinnitettävä huomiota siihen, että yksilöllä olisi mahdollisuus tehdä korjauksia omiin vastauksiinsa heti, mikäli hän kokee tulleen ymmärretyksi väärin. Tämä saattaa kuitenkin aiheuttaa ongelmia verkkopohjaisen dialogin kehittämisessä ja vaarana on, että kysymys- vastaus ketjusta voi tulla liian pitkä ja uuvuttaa omalta osaltaan ohjelman käyttäjää. Kuitenkin kokemus väärinymmärretyksi tulemisesta voi omalta osaltaan turhauttaa yksilöä ja johtaa motivaation laskemiseen ja ohjelman käytön lopettamiseen. (Latvala 2016, 78.) Yksilön autonomian tunteen tukemiseksi verkko-ohjelmiin olisikin hyvä sisällyttää aina mahdollisuus vapaamuotoisten vastausten antamiseen.

Vaikka interventioiden vastaanotto oli suurimmaksi osaksi hyvä, tuli kokemuksissa kuitenkin ilmi, että interventioita kehitettäessä on kiinnitettävä huomiota niiden sisältöön ja toimivuuteen. Yleisesti tutkimuksissa huomattiinkin, että interventioiden saavuttama annos korreloi saatujen tulosten kanssa. Useita komponentteja käyttävissä interventioissa vain pieni määrä osallistujista sai täyden interventiopaketin. Onkin todettu, että liian pitkät, sisällöltään monimutkaiset ja yksilöiden panosta paljon vaativat verkko-ohjelmat koetaan raskaiksi käyttää ja ne vähentävät yksilön motivaatiota ja energiaa muutoksen tekemiseen (Schulz 2014, 17). Lisäksi puhelimitse tai kasvotusten tarjotuissa motivoivissa haastatteluissa annettiin yksilölle yleensä vapaus valita, miten paljon hän halusi ylimääräistä tukea. Vaikka tätä kautta pyrittiin tukemaan yksilön autonomiaa, osalla motivoivan haastattelun annos ja määrä jäi pieneksi, mikäli he hyödynsivät tätä mahdollisuutta vähän tai ei lainkaan.

Artinianin ym. (2013, 429) mukaan optimaalista yhdistelmää useita komponentteja käyttävissä interventioissa ei ole vielä pystytty määrittelemään. Motivoivan haastattelun antotavat voidaan valita interventioissa sen mukaan, minkä oletetaan parhaiten soveltuvan kohderyhmän tarpeita vastaavaksi. Tämä on merkityksellistä implementoitaessa verkkopohjaista ohjausta terveydenhuoltoon, jossa käytettävissä olevat resurssit ovat vähäiset. Näin esimerkiksi annettujen palvelujen aika – ja paikkarajoitteita pystyttäisiin vähentämään ja vaikuttamaan niistä syntyneisiin kustannuksiin. Tällaisten uusien teknologisten ratkaisujen kautta voidaan siis miettiä mahdollisuuksia järjestää terveydenhuollon palveluja uudelleen, kehittämällä niiden jakelukanavia. (Lillrank ja Venesmaa 2010, 193.) Tällöin saavutettaisiin myös niitä potilas ja -asiakasryhmiä, joiden olisi muutoin hankala päästä tapaamisiin paikanpäälle esimerkiksi syrjäseuduilla asuvat ihmiset.

Motivoivaa haastattelua hyödyntäviä teknologiapohjaisia ratkaisuja tutkitaan tällä hetkellä yhä enemmän, niistä saatujen lupaavien tulosten myötä. Esimerkiksi Krukowskin ym. (2016) tutkimuksessa tutkitaan motivoivan haastattelun toteuttamisen mahdollisuuksia osana reaaliaikaista verkkokeskustelua. Tässä painonpudottamisen tueksi on kehitetty verkko-ohjelma, jonka kautta osallistujalla on mahdollisuus varata itselleen verkkokeskustelu-aika oman ohjaajansa kanssa. Verkkokeskustelu to-

teutetaan tekstimuodossa motivoivan haastattelun periaatteita noudattaen ja sen reaaliaikaisuus antaa mahdollisuuden vastavuoroisemman dialogin muodostamiseen. Myös verkkopohjaisen videovälitteisen motivoivan haastattelun toetuttamista on jo nostettu esille. (Krukowski 2016.) Euroopan Unionin eHealth toimintasuunnitelma vuosille 2012–2020 linjaa, että uusien eHealth innovaatioiden tutkimus – ja kehittämistoiminnassa huomiota olisi kiinnitettävä sellaisten palveluiden kehittämiseen, jotka mukautuvat yksilöiden tarpeiden mukaan ja sitouttavat ihmisiä oman terveytensä seuraamiseen ja ylläpitämiseen. Tavoitteena on, että jatkossa terveydenhuoltoon liittyvä elektroninen viestintä ja tietojenvaihto olisivat osa rajat ylittävää terveydenhuoltoa ja yksilöt voisivat seurata omaa terveyttään sekä kommunikoida terveydenhuollon ammattilaisten kanssa olinpaikastaan riippumatta EU:n sisällä. (European commission 2012, 10.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa saatujen tulosten perusteella motivoivan haastattelun mahdollisuuksia osana uusia kehittyviä palveluita kannattaa tarkastella lisää myös suomalaisessa terveydenhuollossa. Vaikka Suomessa teknologiaa on hyödynnetty terveydenhuollossa jo monella eri osa-alueella, on sen käyttö verkkopohjaisena omahoidon ja terveyden tukemisen välineenä vielä vähäistä. Kuitenkin tietoteknologiaa tullaan hyödyntämään osana terveydenhuollon palvelujärjestelmää sekä tulevaisuuden visioita ja strategioita entistä enemmän. Omahoidon tukeminen on osa käynnissä olevaa SOTE-uudistusta. Omat digiajan arvopalvelut- hanke on hallituksen kärkihanke, jonka yhtenä tavoitteena on vahvistaa kansalaisten omaa roolia ja vastuunottamista omasta terveydestään. Kehitettäviin ODA-palveluihin sisältyy esimerkiksi sähköinen omavointipalvelu, jossa yksilö voi ottaa elämäntapojensa muutoksen tueksi käyttöön sähköisen omavalmennuksen, joka auttaa ja ohjaa muutoksen tekemisessä ja antaa edistymisestä palautetta. (STM 2016.) Amerikassa ja Kanadassa teknologiaa hyödyntävää elämäntapaohjausta on jo hyödynnetty terveydenhuollon tukena esimerkiksi työterveydenhuollossa, sairaaloissa sekä kuntoutuksessa ja saadut tulokset ovat olleet lupaavia. (Gordon, Salmon, Wright, Faircloth, Reid ja Gordon 2015, 2-3.)

Uudet teknologiset ratkaisut ja innovaatiot vaativat käytännön hoitotyön tekijöiltä uudenlaista osaamista. Esimerkiksi potilaan ja asiakkaan terveyteensä liittyvän asioimisen siirtyessä sähköiseen muotoon vaatii se uuden tyyppistä ohjausosaamista, kuten verkkotiedon lukutaitoa ja interaktiivisia verkko-pohjaisia viestintä ja -vuorovaikutustaitoja ohjauksen hyvän laadun takaamiseksi. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten on osattava tunnistaa ne potilaat ja asiakkaat, jotka tarvitsevat erityis-tukea sähköisten palvelujen käytössä. Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveyspalvelujen strategian tavoite vuosille 2015-2020 onkin vahvistaa sairaanhoidajan roolia uusien sähköisten palvelumuotojen kehittämisessä ja toteuttamisessa ja tätä kautta potilaiden ja asiakkaiden omahoidon tukemisessa (Ahonen, Kouri, Liljamo, Granqvist, Juntila, Kinnunen, Kuurne, Numminen, Salanterä ja Saranto 2015, 12).

Lukiessani alkuperäistutkimuksia läpi huomioni kiinnittyi siihen, että tutkimusprosessin ja tulosten raportointi oli keskittynyt pääosin interventioden vaikuttavuuden arviointiin. Motivoivan haastattelun osuutta interventioissa oli kuvattu hajanaisesti ja lyhyesti. Tutkimuksista tuli kyllä ilmi, miten ja mihin tarkoitukseen motivoivaa haastattelua oli suunniteltu käytettävän, mutta sen käytännön toteutusta

kuvattiin vain vähän. Kirjallisuuskatsauksesta saadut tulokset antavatkin arvokasta tietoa omaan työyksikköni Itä-Suomen yliopistossa, missä interventiotutkimukset, kuten HATICE-tutkimus ovat osa monitieteellistä kansallista ja kansainvälistä tutkimustyötä. Katsauksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa interventioiden kehittämis – ja toteuttamisprosessien suunnittelun apuna. Näissä prosesseissa olisikin arvioitava ja raportoitava vaikuttavuuden lisäksi interventioiden toteutettavuutta ja niissä käytettyjen komponenttien sekä tekniikoiden toteutusta ja niiden yhteyttä haluttuihin lopputuloksiin. Lisäksi lisätarkastelua tulisi kohdentaa interventioiden taustalla oleviin taustateorioihin sekä niiden merkitykseen interventioprosessissa, interventioiden soveltuvuutta eri asiakasryhmille sekä niiden kustannustehokkuutta. Yksistään interventioiden vaikuttavuuden tarkastelu ei riitä antamaan näyttöä niiden käytännön toteutuksen mahdollisuuksista. (Ruotsalainen 2016, 80.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on keskeistä tieteellisen tiedon, tutkimustoiminnan ja sen hyödyntämisen näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen luotettavuutta kannattaa tarkastella ja arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127.) Vaikkakin kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää samat tutkimuksen vaiheet kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, on sen heikkous todettu olevan sen epätasaisuudessa (Kääriäinen ja Lahtinen 2006, 38). Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteutuksesta ja menetelmistä. Kirjallisuuskatsauksessa hakustrategian toteuttaminen on vaativa vaihe ja sen tarkoituksena on löytää aiheen kannalta merkityksellistä aineistoa. Mikäli hakuprosessissa aineiston valinta kuvataan puutteellisesti tai sen aikana tehdään virheitä, ne vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen sitä alentavasti. Lisäksi tutkijan aineiston hakua voi ohjata joko tietoinen tai tiedostamaton tarkoituksenhakuisuus, jonka puuttuminen raportoinnista johtaa luotettavuuden heikkenemiseen. Tällöin esimerkiksi aineiston kautta saadut johtopäätökset voidaan kyseenalaistaa. Katsauksen luotettavuutta voidaan varmistaa esimerkiksi käyttämällä tiedonhaussa hyödyksi kirjastonalan asiantuntijaa. (Pudas-Tähkä ja Axelin 2007, 49; Kangasniemi ym. 2013, 292.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa pyrin minimoimaan mahdolliset epätasaisuudet tuomalla tutkimusprosessin tarkasti ja selkeästi esiin. Koska tietoa saatavilla olevasta aiheesta oli melko vähän, pyrin tekemään tutkimuskysymyksistä tarkat ja rajatut, mutta kuitenkin tarpeeksi väljät että sain niiden ohjaamana etsittyä riittävästi sopivaa aineistoa. Tiedonhaun luotettavuuden parantamiseksi käytin tiedonhaussa apuna Savonia-Ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikkoa. Näin pystyin varmistamaan tiedonhaun johdonmukaisuuden sekä luotettavien tietokantojen käytön ja tätä kautta oikeanlaisen aineiston löytymisen. Käytin kirjallisuuskatsauksessa ainoastaan julkaistuja aineistoja, mutta kirjallisuushaussa jouduin jättämään sen ulkopuolella tutkimusartikkeleja, jotka olivat maksullisia. Pelkästään julkaistujen tutkimusten käyttö on voinut aiheuttaa julkaisuharhaa, jota voidaan ehkäistä käyttämällä myös julkaisemattomia aineistoja katsauksen tekemisessä (Pudas-Tähkä ja Axelin 2007, 53). Näin ollen, katsauksen ulkopuolelle on voinut jäädä aineistoa, jolla olisi ollut merkitystä sisälönanalyysissä saatuihin tuloksiin.

Tein tiedonhalussa käytetyistä hakusanoista ja tietokannoista taulukot hakuprosessin seuraamisen ja toistettavuuden mahdollistamiseksi. Tiedonhaussa pyrin rajaamaan haun koskemaan tutkimuksia, jotka vastasivat tehtyihin tutkimuskysymyksiin. Hakuprosessin virheiden minimoimiseksi tein tarkat ja selkeät aineiston sisäänottokriteerit, joita noudatin mahdollisimman tarkasti. Aineiston valintaprosessissa pyrin toimimaan objektiivisesti ja minimoimaan omat subjektiiviset ennako-odotukset aineiston suhteen. Kaikki kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimuksen olivat kymmenen vuoden sisällä tehtyjä tieteellisiä tutkimusartikkeleita, millä halusin varmistaa, että käytetty tieto oli mahdollisimman ajantasaista. Katsaukseen valitsin englanninkielisiä tutkimuksia, koska suomenkielistä aineistoa ei aiheesta ollut olemassa. Muilla kielillä julkaistuja aiheen kannalta relevantteja tutkimusartikkeleita on kuitenkin voinut jäädä katsauksen ulkopuolelle ja tämä niin sanottu kieliharha voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta (Pudas-Tähkä ja Axelin 2007, 53). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden lisäämiseksi tein sisäänottokriteerit täyttäneille alkuperäistutkimuksille laadunarvioinnin. Koska minulla ei ollut aikaisempaa kokemusta laadunarvioinnin tekemisestä ja en sen perusteella hylännyt yhtään katsaukseen valitsemaani tutkimusta, voi se heikentää omalta osaltaan katsauksen luotettavuutta.

Aineiston analyysin luotettavuus rakentuu empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten loogisesta yhteensopivuudesta. Luotettavuuden lisäämiseksi ja arvioimiseksi olisi hyvä kirjata ja perustella omat luokitteluperusteensa ja esittää riittävä määrä alkuperäishavaintoja. Selkeän dokumentoinnin kautta lukijalle annetaan mahdollisuus arvioida luokittelun onnistumista. (Nieminen 2006, 219.) Kuvauksessa kirjallisuuskatsauksessa analysoidut tutkimukset on lisäksi liitettävä tarpeeksi vahvasti teoreettiseen taustaan ja tarkasteltava tutkimustuloksia monipuolisesti ilman valikointia (Kangasniemi ym. 2013, 298). Aineiston analysoinnissa tärkeimpänä päämääränä oli vastata tutkimuskysymyksiin täsmällisesti. Koska alkuperäisartikkelit olivat englanninkielisiä, käänsin alkuperäiset lainaukset mahdollisimman tarkasti suomen kielelle. Dokumentoin aineiston analyysin vaiheittain ja tein aineiston luokittelun eri vaiheista havainnollistavia esimerkkejä. Aineiston analyysiin käytin runsaasti aikaa, koska halusin tarkastella aineistoa mahdollisimman tarkasti. Minulla ei kuitenkaan ollut aikaisempaa kokemusta sisällön analyysin tekemisestä, joka voi heikentää analyysissä saatujen tulosten luotettavuutta.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on tutkimuksen eettinen perusta. Tutkimusetiikan pyrkimyksenä on vastata tutkimuksessa noudatettavista säännöistä. Tutkimusetiikan soveltamista koskevat normit jakautuvat tiedonhankintaa, tutkittavan suojaa sekä tutkijan omaan vastuuseen liittyviin kysymyksiin. Tutkimuksen teossa tutkijan on perehdyttävä tutkimuseettisiin periaatteisiin ja niiden tunteminen ja noudattaminen ovat tutkijan vastuulla. Tutkimuksessa tehdyistä eettisistä ratkaisuista ovat vastuussa sekä tutkija että tiedeyhteisö sekä itselleen että yhteiskunnalle. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 172-173.) Keskeisiä eettisiä periaatteita ovat Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007, 23-27) mukaan plagioinnin välttäminen, saatujen tuloksien rehellinen raportointi sekä käytettyjen tutkimusmenetelmien huolellinen raportointi. Kuvauksessa kirjallisuuskatsauksessa eettisen ky-

symykset liittyvät keskeisesti tutkimuskysymyksen muotoiluun sekä siihen, että tutkimusetiikkaa noudetaan huolellisesti katsauksen eri vaiheissa. Keskeistä on se, mikä on tutkimuksen painopiste eli mistä näkökulmasta käsin tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan. Tutkimusetiikan noudattaminen on tärkeää myös aineiston valinnan ja käsittelyn yhteydessä, jolla on merkitystä raportoinnin oikeudenmukaisuudelle. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheissa pyrin parhaani mukaan noudattamaan hyvää kirjallisuuskatsauksen tekotapaa ja eettisyyden periaatteita. Katsauksen suunnittelu, toteutus sekä raportointivaiheen toteutin ja raportoin mahdollisimman rehellisesti, avoimesti, yksityiskohtaisesti ja objektiivisesti. Koin erityisesti objektiivisen näkökulman säilyttämisen suhteessa tutkittavaan aiheeseen haasteelliseksi. Tähän vaikutti oma näkökulmani ja kokemukseni tarkasteltavasta aihealueesta, joka oli muodostunut minulle oman työni kautta. Täydellisen objektiivisuuden saavuttaminen onkin mahdotonta, sillä tekijä toimii aina oman ajattelunsa ja kokemuksensa kautta. Laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista, että toinen tekijä voi päätyä saman tutkimusaineiston perustella erilaiseen tulkintaan ja lopputuloksiin. (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006, 24). Pyrin huomioimaan ja kunnioittamaan muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia niille kuuluvalla arvolla ja viittaamaan heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimukseen käytettyä aineistoa käytin vääristämättä alkuperäisten tutkijoiden antamaa tietoa. Tulokset esitin sellaisenaan kuin ne sisällönanalyysissä esiintyivät, ilman, että jätin niistä mitään pois tai olisin tehnyt niihin erityisiä painotuksia. Lisäksi toin esille prosessin eri vaiheissa ilmenneet mahdolliset puutteet totuudenmukaisesti ja rehellisesti.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimukseni jatkotutkimushaasteina nousivat esille seuraavanlaiset asiat:

- Motivoivaa haastattelua hyödyntävissä internet-pohjaisissa elämäntapainterventioissa on arvioitu sekä raportoitu vähän ja hajanaisesti sen käytännön toteutumisen onnistumista. Jatkossa tulisi tarkastella ja arvioida niiden keskeisimpien elementtien, periaatteiden ja tekniikoiden käytännön toteutumista, laatua sekä tarkkuutta.
- Elämäntapainterventioissa motivoivan haastattelun toteutustavat ovat tällä hetkellä moninaiset. Tarvitaan lisätutkimusta motivoivan haastattelun toteutustapojen yhteydestä internet-pohjaisten interventioiden vaikuttavuuteen ja mitattuihin lopputuloksiin vertailemalla eri toteutustapoja keskenään.
- Yksilö tarvitsee erilaista tukea ja ohjausta sen mukaan, missä muutosvaiheessa hän muutosprosessissaan on. Mikä merkitys yksilön muutosvaiheella on motivoivan haastattelun onnistumiseen internet-pohjaisissa interventioissa ja millä keinoilla muutosvaiheissa etenemistä voidaan verkko-pohjaisissa elämäntapaohjauksissa parhaiten tukea?
- Terveystieteissä potilaiden ja asiakkaiden terveydentila sekä heidän tarpeensa ja motivaationsa elämäntapamuutokseen on monesti erilainen kuin tutkimusolosuhteissa. Motivoivaan haastattelua hyödyntäviä internet-pohjaisia elämäntapaohjauksien soveltuvuutta eri potilasryhmille eri terveydenhuollon konteksteissa olisi testattava lisää käytännön tasolla.
- Tutkimuksissa on saatu näyttöä toimintasuunnitelman tekemisen yhteydestä muutoksessa onnistumiseen. Olisikin tutkittava lisää miten toimintasuunnitelma muutoksen tukena on yhteydessä pystyvyyden tunteeseen tai muutoksen harkintavaiheessa oleviin yksilöihin. Vahvistaako toimintasuunnitelman tekeminen ja siinä edistymisen tukeminen yksilöä halukkuutta muutoksen tekemiseen?
- Motivoivaa haastattelua hyödyntävien internet-pohjaisten interventioiden kautta on saatu aikaan positiivisia elämäntapamuutoksia. Kuitenkin tutkimuksissa on toistaiseksi tarkasteltu muutosten pysyvyyttä lyhyellä aikavälillä. Olisi tärkeää tutkia lisää voidaanko näillä keinoilla saada aikaa myös pysyvämpiä pitkäaikaisia muutoksia.
- Vain harvoissa tutkimuksissa kuvattiin interventioiden taustalla olevien taustateorioiden merkitystä ja yhteyttä sekä käyttäytymiseen että siihen yhteydessä oleviin muuttujiin. Tarvitaan lisää yhteen-vetoa siitä, mikä on syy-seuraussuhde käyttäytymisen muutoksen ja siihen liittyvien prosessien välillä.

7.5 Ammatillisen kehittymisen tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä käytännön työ, oma työkokemus, koulutus ja opinnäytetyön tekeminen ovat kulkeneet koko opinnäytetyöprosessin ajan käsi kädessä toinen toisiaan tukien. Opinnäytetyöni aihetta pohtiessa halusin valita sellaisen aiheen, jolla oli mahdollisimman paljon yhtymäkohtia omaan työhöni tutkimushoitajana ja joka näin auttoi syventämään omaa ammatillista osaamistani. Henkilökohtaisena tavoitteenani oli, että kirjallisuuskatsauksesta saatuja tuloksia voitaisiin hyödyntää jatkossa laajemminkin terveydenhuollon työelämän kehittämistarpeissa. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, josta minulla ei ollut aiempaa kokemusta. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli antoisa, joskin haastava prosessi. Jo tutkimuksen alkuvaiheessa tiesin, ettei aiheesta oltu vielä tässä vaiheessa tehty paljon tutkimusta ja olemassa olevat tutkimuksen olivat englanninkielisiä. Englanninkielisen aineiston kanssa työskentely vei yllättävän paljon aikaa, mutta onneksi tutkimuksen tekemiseen liittyvä termistö oli jo minulle entuudestaan tuttua oman työni kautta. Käydessäni tutkimusartikkeleita läpi se avasi hyvän tieteellisen käytännön toteutumisen merkitystä käytännön tasolla. Laadukkaan ja luotettavan tutkimustiedon aikaansaaminen edellyttää jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla työntekijältä tutkimuksen tekemisen tiedollista ja menetelmällistä hallintaa, kuten huolellisuutta tutkimuksen suorittamisessa ja saatujen tulosten kirjaamisessa, säilyttämisessä ja raportoimisessa.

Tutkimuksen tekemisessä korostuu myös tutkimusetiikka, jossa painottuu oikeiden toimintatapojen noudattaminen tutkimuksen tekemisessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4-7.) Aineiston sisällön analyysi ja tulosten muodostamien olivat opettavainen prosessi. Keskeiseksi siinä nousi tutkimusaineistossa olevan raportoinnin laatu ja yksityiskohtaisuus. Erityisesti huomionarvoista oli se, että tulosten esittämisen lisäksi tutkimuksissa olisi hyvä kuvata mahdollisimman tarkasti tutkimusprosessia, sitä ohjaavia taustateorioita sekä interventioissa käytettyjä menetelmiä ja niiden toteutumista.

Hoitotyön kliininen asiantuntijuus edellyttää näyttöön perustuvan toiminnan ja käytäntöjen soveltamiskykyä sekä kehittämistä. Hoitotyössä tapahtuva päätöksenteko, ammatilliset toimintatavat ja terveyden – ja hyvinvoinnin edistäminen tulisivat perustua ajantasaiseen tietoon, jolla varmistetaan potilaan mahdollisimman hyvä ja vaikuttava hoito. Hoitotyössä toimivilta terveydenhuollon ammattilaisilta näyttöön perustuvan toiminnan jalkauttaminen käytäntöön edellyttää oman alansa kehityksen seuraamista ja uskallusta tarkastella kriittisesti käytössä olevia menetelmiä. Päätöksenteon tukena olevaa tietoa on osattava hakea luotettavista lähteistä ja erilaista tietoa on lisäksi osattava arvioida, yhdistää ja hyödyntää omassa työssään tilanteen, toimintaympäristön ja resurssien mukaan. (STM 2012b, 7-9.) Hoitotyön kliinisen asiantuntijuuden vahvistuminen ammatillisessa osaamisessani on ollut keskeinen osa opinnäytetyöprosessia. Käytännön tutkimushoitajan työn kautta olen päässyt seuraamaan tieteellisen tutkimuksen suunnittelua ja toteuttamista aitiopaikalta. Olen saanut kokemusta toimia kansainvälisen moniammatillisen työryhmän jäsenenä, joka on lisännyt valmiuksia itsenäiseen työskentelyyn, projektityöskentelyn organisointiin ja kehittänyt yhteistyö – ja vuorovaikutustaitojani. Näyttöön perustuvan tiedon hankintaan ja sen hyödyntämiseen liittyvät taitoni ovat vahvistuneet kirjallisuuskatsausta tehdessäni. Olen oppinut lukemaan ja tarkastelemaan saatavilla olevaa tutkimustietoa kriittisesti ja analyttisesti sekä oivaltanut luotettavan tutkimustiedon merkityksen näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa korostui myös itsereflektion merkitys osana oppimisprosessia. Asiantuntijan työssä reflektion kautta voidaan havainnoida ja arvioida omaa ammatillista toimintaa eri näkökulmista käsin. Itsereflektion pohjalta nousseiden asioiden tarkastelu auttaa myös tuomaan esiin oman toiminnan kehittämisalueita. (Tiuraniemi 2002, 165.) Itsereflektio oli erityisesti osa opinnäytetyöprosessissa ilmenneitä ongelmakohtien ja eettisten asioiden pohdintaa. Eettisen ajattelun kehittyminen ja ammatillisen päätöksenteon jalkauttaminen osaksi käytännön työtä on osa itsenäisen työn tuomia haasteita. Itsereflektion avulla oma ammatillinen identiteetti onkin vahvistunut ja lisännyt sitoutumista omaan työhöni. Ammatillisen identiteetin voidaan nähdä rakentuvan suhteessa yksilön näkemyksiin työhön liittyvistä arvoista, eettisyydestä ja odotuksista tulevaisuudessa sekä oman ammattikunnan yhteiskunnallisista ja sosiaalisista käytännöistä (Wallin 2012, 12). Hoitotyön kliinisen asiantuntijan koulutus on herättänyt minut pohtimaan omaa vastuutani ja velvollisuuttani pitää yllä omaa ammattitaitoani ja rooliani hoitotyön kehittäjänä.

Terveysteknologian kehittyessä myös terveydenhuollon malli tulee muuttumaan, kun palveluita voidaan tuottaa ja käyttää uudella tavalla ja painopiste siirtyy yhä enemmän sairauksien hoidosta ennaltaehkäisyyn. Vaikka teknologiakehitys ei poista sairaanhoitajien työpanosta tulevaisuudessa, muuttaa se omalta osaltaan toimintaa terveydenhuollossa ja oman ammatillisen osaamisen ylläpito korostuu. (Hietamäki 2013.) Opinnäytetyöni kautta olen päässyt tarkastelemaan tulevaisuuden terveysviestinnän mahdollisuuksia osana terveyden edistämistä. Uusien työtapojen kehittäminen vaatii tulevaisuudessa hoitotyöntekijöiltä vahvaa kliinistä ohjausta ja – opetusosaamista ja niiden soveltamista eri väestöryhmien tarpeisiin sopiviksi terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri toimialueilla. Tämä ei kuitenkaan riitä, vaan yhteiskunnan rakenteiden muuttuessa on tärkeä osata tunnistaa myös yhteiskunnasta – ja tulevaisuudesta nousevia muutoksia ja haasteita, huomioiden myös monikulttuurisuuden tuomat vaatimukset (Rautio 2006, 29). Itselleni terveyden edistäminen on tämän opinnäytetyön kautta integroitunut vahvasti osaksi ammatillista toimintatapaani, jota olen päässyt toteuttamaan käytännön työssä. Tulevaisuudessa toivonkin oman asiantuntijuuden kehittymisen ja hoitotyön kehittämisen olevan vahvasti sidoksissa terveyden edistämiseen sen uusien toimintatapojen ja työkalujen kehittämisessä.

LÄHTEET

ABSETZ, P. ja HANKONEN, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 127 (21), 2265-2272.

AHONEN, O., KOURI, P., LILJAMO, P., GRANQVIST, H., JUNTTILA, K., KINNUNEN, U-M., KUURNE, S., NUMMINEN, J., SALANTERÄ, S. ja SARANTO, K. 2015. Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveyspalvelujen strategia vuosille 2015–2020. Sairaanhoidajaliiton raportti [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2017-01-22] Saatavissa: https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2016/01/eHealth_strategia_Final.pdf

ALEXANDER, G., McCCLURE, J., CALVI, J., DIVINE, G., STOPPONI, M., ROLNICK, S., HEIMENDINGER, J., TOLSMA, D., RESNICOW, K., CAMPBELL, M., STRECHER, V. ja JOHNSON, C. 2010. A randomized clinical trial evaluating online interventions to improve fruit and vegetable consumption. *American Journal of Public Health*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105290553&lang=fi&site=ehost-live>

ALKOHOLIONGELMAISEN HOITO. Käypähoitosuositus. Terveystietä. Duodecim. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00049>

ANTYPAS, K. ja WANGBERG, S. 2014. Combining Users' Needs with Health Behavior Models in Designing an Internet- and Mobile-Based Intervention for Physical Activity in Cardiac Rehabilitation. *Jmir Research Protocols*. [Viitattu 2017-01-22] Saatavissa: https://www.researchprotocols.org/article/viewFile/resprot_v3i1e4/2

ARKOWITZ, H., WESTRA, H., MILLER, W. ja ROLLNICK, S. 2008. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press.

ARTINIAN, N., FLETCHER, G., MOZAFFARIAN, D., KRIS-ETHERTON, P., VAN HORN, L., LICHTENSTEIN, A., KUMANYIKA, S., KRAUS, W., FLEG, J., REDEKER, N., MEININGER, J., BANKS, J., STUARTSHOR, E., FLETCHER, B., MILLER, T., HUGHES, S., BRAUN, L., KOPIN, L., BERRA, K., HAYMAN, L., EWING, L., ADES, P., DURSTINE, L., HOUSTON-MILLER, N. ja BURKE, L. 2010. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults. *Circulation*. [Viitattu 2017-01-22] Saatavissa: <http://circ.ahajournals.org/content/122/4/406>

BARNES, R., WHITE, M., MARTINO, S ja GRILO, C. 2014. A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care. *Obesity A Research Journal*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20889/abstract>

BROEBECK, E., BERGH, H., ODENCRANTS, S. ja HILDINGH, C. 2011. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing* 20 (23-24), 332-3330.

- CRONIN, P., FRANCES, R. ja COUGHLAN, M. 2008. Undertaking a Literature Review: A Step-by-Step Approach. *British Journal of Nursing*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/5454130_Undertaking_a_literature_review_A_step-by-step_approach
- DART, M. 2011. *Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the Patient*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.
- DE JONG, P. ja BERG, I. 2013. *Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja*. Lyhytterapiainstituutti Oy. Latvia: Livonia Print.
- ELOMÄKI, E. 2011. Ruumis kyllä kärsii tässä systeemissä, sielullakin on epävarmaa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36920/URN:NBN:fi:jyu-2011110911649.pdf?sequence=1>
- ELORANTA, T. ja VIRKKI, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- ERIKSSON, E., KORHONEN, T., MERASTO, M. ja MOISIO, E-L. 2015. *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus-hanke*. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy.
- EUROPEAN COMMISSION. 2012. *Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions. Health Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century* [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-02-12] Saatavissa: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf
- FRIEDERICHS, S., BOLMAN, C., OENEMA, A., GUYAUX, J JA LECHNER, L. 2014. Motivational interviewing in a Web-based physical activity intervention with an avatar: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://www.jmir.org/2014/2/e48/>
- FRIEDERICHS, S., OENEMA, A., BOLMAN, C ja LECHNER, L. 2015. Long term effects of self-determination theory and motivational interviewing in a web-based physical activity intervention: randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-015-0262-9>
- GREAVES, C., REDDY, P. ja SHEPPARD, K. 2010. *Supporting behavior change for diabetes prevention*. Teoksessa: SCHWARZ, P., REDDY, P., SHEPPARD, K., DUNBAR, J. ja SCHWARZ, J. (toim.) *Diabetes prevention in practice*. Dresden: Tumaini institute for prevention management. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://dspace2.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/25722/Book%20Diabetes%20Supporting%20behaviour.pdf?sequence=1>

- GORDON, N., SALMON, R., WRIGHT, B., FAIRCLOTH, G., REID, K. ja GORDON, T. 2015. Clinical Effectiveness of Lifestyle Health Coaching: Case Study of an Evidence-Based Program. *American Journal of Lifestyle Medicine*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1559827615592351>
- GREEN, B., JOHNSON, C. ja ADAMS, A. 2006. Writing Narrative Literature Reviews for Peer Reviewed Journals, *Secrets of the Trade*. *Journal of Chiropractic Medicine*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647067/pdf/main.pdf>
- GROENEVELD, I., PROPER, K., ABSALAH, S., VAN DER BEEK, A. ja VAN MECHELEN, W. 2011. An Individually Based Lifestyle Intervention for Workers at Risk for Cardiovascular Disease: A Process Evaluation. *American Journal of Health Promotion*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4278/ajhp.091001-QUAN-319>
- HELLDAN, A. ja HELAKORPI, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2014. THL raportti 2015:6. Tampere: Juvenes Print.
- HEINONEN, K., SYVÄNNE, M., TOROPAINEN, E., NUUTINEN, H. ja TURKU, R. 2010. Valtimoterveydeksi! -terveyden edistämisen käsikirja. Valtimoterveyttä kaikille -projekti (2009–2010). Tampere: Kirjapaino Hermes.
- HIETAMÄKI, T. 2013. Onko tulevaisuuden terveydenhuolto älykästä? Potilaan lääkärilehti [digilehti]. [Viitattu 2017-01-02] Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/onko-tulevaisuuden-terveydenhuolto-alykasta/>
- HIRSJÄRVI, S., REMES, P. ja SAJAVAARA, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- HOITOTIETEELLISELLÄ NÄYTÖLLÄ TULOSSIIN. 2003. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä - käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- HOLTER, M., JOHANSEN, A. ja BRENDRYEN, H. 2016. How a Fully Automated eHealth Program Simulates Three Therapeutic Processes: A Case Study. *Journal of medical internet research*. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: <http://www.jmir.org/2016/6/e176/>
- HOPIA, H., PUNNA, M., RAITIO, K. ja RUTANEN, M. 2014. Elämäntapamuutos verkkovalmennuksella – pilottiryhmänä ylipainoiset nuoret perheineen. Jyväskylän ammattikoulun julkaisuja sarja. Jyväskylä: Juvenes Print.
- HOU, S., CHARLEY, S. ja ROBERSON, K. 2014. Systematic literature review of Internet interventions across health behaviors. *Health Psychology & Behavioral Medicine*. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345904/>

HUAI, P., XUN, H., REILLY, K., WANG, Y., MA, W. JA XI, B. 2013. Physical activity and risk of hypertension: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertension*. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24082054>

HYPPÖNEN, H. ja NISKA, A. 2008. Kohti kansalaisten sähköisten terveyspalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. *Stakesin raportteja 2008: 9*. Helsinki: Valopaino Oy.

INTERNET LIVE STATS. 2015. Internet users [Verkkosivu]. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <http://www.internetlivestats.com/internet-users/>

JEON, C., LOKKEN, R., HU, F. ja VAN DAM, R. 2007. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care* 30 (3), 744-752.

JOHANSSON, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset-huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa: JOHANSSON, K., AXELIN, A., STOLT, M. ja ÄÄRI, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. 2007:51. Turku: Digipaino, 3-7.

JÄRVINEN, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito-suositus. [viitattu 2015-11-12] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=nix02109>

KANGASNIEMI, M., UTRIAINEN, U., AHONEN, A-M., PIETILÄ, A-M., JÄÄSKELÄINEN, P. ja LIIKANEN, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301.

KANKKUNEN, P. ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KHAYLIS, A., YIASLAS, T., BERGSTROM, J. ja GORE-FELTON, C. 2010. A Review of Efficacious Technology-Based Weight-Loss Interventions: Five Key Components. *Telemedicine and e-Health*. [Viitattu 2017-01-02] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000900/pdf/tmj.2010.0065.pdf>

KIISKINEN, U., VEHKO, T., MATIKAINEN, K., NATUNEN, S. ja AROMAA, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet – Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1*. Helsinki: Yliopistopaino.

KING, K., MEADER, N., WRIGHT, K., GRAHAM, H., POWER, C., PETTICREW, M., WHITE, M. ja SOWDEN, A. 2015. Characteristics of Interventions Targeting Multiple Lifestyle Risk Behaviours in Adult Populations: A Systematic Scoping Review. *PlosOne*. [Viitattu 2016-11-12] Saatavissa: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117015>

- KIVELÄ, K., ELO, S., KYNGÄS, H. ja KÄÄRIÄINEN, M. 2014. Terveysvalmennuksen vaikutukset aikuisten pitkäaikaissairaiden hyvinvointiin. *Hoitotiede* 26 (4), 262-274.
- KOHL, L., CRUTZEN, R. ja DE VRIES, N. 2013. Online Prevention Aimed at Lifestyle Behaviors: A Systematic Review of Reviews. *Journal of Medical Internet Research*. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3714003/>
- KONTIO, E. ja JOHANSSON, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimusten laatuun. Teoksessa: JOHANSSON, K., AXELIN, A., STOLT, M. ja ÄÄRI, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. 2007: 51. Turku: Digipaino, 101-108.
- KORHONEN, S., LEPPÄNEN, J., KOPONEN, J., NEUVONEN, A., LAHTINEN, V., PARKKINEN, M. ja SANDLIN, I. 2014. Terveiden tulevaisuudet. Pohjaselvitys suomalaisten terveyteen vaikuttavista ilmiöistä. Helsinki: Demos.
- KOSKI-JÄNNES, A., RIITTINEN, L ja SAARNIO, P. 2008. Kohti muutosta- motivointimenetelmiä päihde ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.
- KRUKOWSKI, R., DILILLO, V., INGLE, K., HARVEY, J. SMITH WEST, D. 2016. Design and methods of a synchronous online motivational interviewing for weight management. *JMIR Research Protocols*. [Viitattu 2017-02-12] Saatavissa: <http://www.researchprotocols.org/2016/2/e69/>
- KUIVANIEMI, J. 2014. Liikuntaneuvonta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma.
- KÄÄRIÄINEN, M. ja LAHTINEN, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.
- KÄÄRIÄINEN, M. 2008. Potilasohjauksen laatu. Teoksessa: KANSTE, O., KYNGÄS, H., LIPPONEN, K. ja UKKOLA, L. (toim.) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2008: 3. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino, 3-7.
- KYLMÄ, J. ja JUVAKKA, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- KYNGÄS, H., KÄÄRIÄINEN, M., ELO, S., KANSTE, O. ja PÖLKKI, T. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138-178.
- LAGSTRÖM, H., PÄIVÄRINTA, M. ja SIMELL, O. 2006. *Terve Elämä* 3, 4-6.

LATVALA, T. 2016. Mobile Interface Design for Evoking Motivation Design Implications from Self Determination Theory and Motivational Interviewing. Aalto yliopisto. Informaatioverkostojen koulutusohjelma. Diplomityö. [Viitattu 2017-01-12] Saatavissa: https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/21583/master_Latvala_Tea_2016.pdf?sequence=1

LEINO-KILPI, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus -Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa: JOHANSSON, K., AXELIN, A., STOLT, M. ja ÄÄRI, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. 2007: 51. Turku: Digipaino, 2.

LIIKUNTA 2016. Käypähoitosuositus. Terveysportti. Duodecim. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50075.pdf>

LILLRANK, P. ja VENESMAA, J. 2010. Terveystieteiden alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.

LINTONEN, T. ja KONU, A. 2007. Tietotekniikan hyödyntäminen terveyden edistämässä -katsaus kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen. Teoksessa: ESKOLA, H., HYTTINEN, J., NYGÅRD, C-H. ja SAVINAINEN, M. (toim.) 2007. Näkökulmia hyvinvointiteknologiaan. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 11-20.

LISETTI, C., UGAN, Y., DE LEON, C., AMINI, R., RISHE, N. ja VISSER, U. 2012. Building an on-demand avatar-based health intervention for behavior change. Association for the advancement on artificial intelligence. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <http://www.aaai.org/ocs/index.php/FLAIRS/FLAIRS12/paper/viewFile/4481/4789>

LUOMARANTA, E. 2014. Internet lasten painonhallinnan tukena. Vanhempien näkemyksiä internetin käytöstä perheen terveellisten ravitsemus- ja liikuntatottumusten edistämässä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201410062937>

LUSZCZYNSKA, A. ja SCHWARZER, R. 2005. Social Cognitive Theory. Teoksessa: CONNER, M. ja NORMAN, P. (toim.) Predicting Health Behaviour. Berkshire: Open University Press. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=YjvuX4Q9s_wC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Co#v=onepage&q=Co&f=false

MARTTILA, J. 2010. Muutosvalmius [verkkosivu]. [Viitattu 2016-09-12.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=2EDC80082199B2EAB33EA83E660CCD56?id=nix01668>

- MASON, P. 2008. Motivational interviewing. Practice Nurse [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.savonia.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105913821&lang=fi&site=ehost-live>
- METSÄMUURONEN, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- MILLER, W. 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa: KOSKI-JÄNNES, A., RIIKINEN, L. JA SAARNIO, P. (toim.) Kohti muutosta: motiivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi, 16-40.
- MILLER, W. ja ROLLNICK, S. 2002. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd edition. New York: Guilford Press.
- MILLER, W. ja ROLLNICK, S. 2013. Motivational interviewing: helping people change. 3rd edition. New York: Guilford Press.
- MORA, S., COOK, N., BURING, J., RIDKER, P-M. ja LEE, I-M. 2007. Physical activity and reduced risk of cardiovascular events: potential mediating mechanisms. Circulation. [Viitattu 2016-11-02] Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2117381/#__ffn_sec_title
- MOYERS, T., MARTIN, T., CHRISTOPHER, P., HOUCK, J., TONIGAN, J. ja AMRHEIN, P. 2007. Client Language as a Mediator of Motivational Interviewing Efficacy: Where Is the Evidence? Alcoholism: Clinical and Experimental Research. [Viitattu 2016-11-02] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17880345>
- MURETTA, R. 2004. Exploring the four sources of self-efficacy. Touro University International. College of business administration. Väitöskirja. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/EffMuretta.pdf>
- MUSTAJOKI, P. ja KUNNAMMO, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Terveyskirjasto. Duodecim. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=seh00147
- NGUYEN, L., SAUNI, R., KOPONEN, P., ALHA, P. ja HÄKKINEN, U. 2012. Käynnit lääkärin ja terveydentai sairaanhoitajan vastaanotolla. Teoksessa: KOSKINEN, S., LUNDQVIST, A. ja RISTILUOMA, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Juvenes print, 170-178.
- NIEMINEN, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: PAUNONEN, M. ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215-221.

NISSINEN, A. 2007. Interventiotutkimusten merkitys terveyden edistämässä. *Kansanterveys-lehti* 7, 3.

NISSINEN, L. 2008. Auttamisen rajoilla: myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy. Helsinki: Edita.

NOAR, S., BENAC, C. ja HARRIS, M. 2007. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *PsycholBull.* [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: <http://pham315.pbworks.com/f/Noar+et+al+2007.pdf>

OJANEN, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Helsinki: Yliopistopaino.

PEKKALA, E. 2000. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: VOUTILAINEN, P., LEINO-KILPI, H., MIKKOLA, T. ja PEIPONEN, A. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö.* Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 58-68.

PEKURINEN, M. ja PUSKA, P. 2007. Terveysthuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. *Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2007: 4.* Helsinki: Edita Prima Oy.

PETERS, L., KOK, G., TEN DAM, G., BUIJS, G. ja PAULUSSEN, T. 2009. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health.* [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-182>

PLAETE, J., DE BOURDEAUDHUIJ, I. ja CROMBEZ, G. 2015. A Self-Regulation eHealth Intervention to Increase Healthy Behavior Through General Practice: Protocol and Systematic Development. *JMIR Res Pro.* [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4704890/#__ffn_sectitle

PROCHASKA, J. ja DICLEMENTE, C. 1982. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19 (3), 276-288.

PROCHASKA, J., REDDING, C. ja EVERS, K. 2008. The transtheoretical model and stages of change. Teoksessa: GLANZ, K., RIMER, B. ja VISWANATH, K. (toim.) *Health behavior and health education: Theory, research, and practice.* USA: Jossey-Bass, 97-121.

PUDAS-TÄHKÄ, S-M. ja AXELIN, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: JOHANSSON, K., AXELIN, A., STOLT, M. ja ÄÄRI, R-L. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen.* Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. 2007: 51. Turku: Digipaino, 46-57.

- PÄÄKKÖNEN, R. 2006. Neuvojen antaminen ja vastaanottaminen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa käytetyssä ravitsemusneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma.
- PÖLKKI, T., KANSTE, O., ELO, S., KÄÄRIÄINEN, M. ja KYNGÄS, H. 2012. Järjestelmällisten kirjallisuuskatsausten metodologinen laatu: Katsaus kansainvälisiin ja kansallisiin hoitotieteen julkaisuihin vuodelta 2009–2010. *Hoitotiede* 24 (3), 335-348.
- PÖLKKI, T. 2014. Hoitotyön interventiot ja niiden vaikuttavuus. Tutkiva hoitotyö. *Hoitotieteellinen aikakauslehti*. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/lehti/jutut/hoitotyon-interventiot-ja-niiden-vaikuttavuus/>
- RAHIKKA, A. 2013. Dialogi auttavissa verkkopalveluissa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen ammattilaisten kertomuksia kommunikaatiosta. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Helsinki: Unigrafia.
- RAKKOLAINEN, M. 2012. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon ensitapaamisissa. *Psykologia* 47 (01), 4-19.
- RAKKOLAINEN, M. ja EHRLING, L. 2012. Reflektointi taitona ja tekniikkana motivoivassa haastattelussa. *Psykologia* 47 (1), 20-35.
- RAUTIO, M. 2006. Terveiden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. Helsinki: Yliopistopaino.
- RIISER, K., LØNDAL, K., OMMUNDSEN, Y., SMÅSTUEN, M., MISVÆR, N. ja HELSETH, S. 2014. The outcomes of a 12-week Internet intervention aimed at improving fitness and health-related quality of life in overweight adolescents: the Young & Active controlled trial. *Plos One*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0114732>
- RISK, A. ja DZENOWAGIS, J. 2001. Review of Internet health information quality initiatives. *Journal Medical Internet Research*. [Viitattu 2016-01-02] Saatavissa: <http://www.jmir.org/2001/4/e28/>
- ROUTASALO, P., AIRAKSINEN, M., MÄNTYRANTA, T. ja PITKÄLÄ, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (21), 2351-2359.
- ROUTASALO, P. ja PITKÄLÄ, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssa: Forssan Kirjapaino.
- RUBAK, S., SANDBÆK, A., LAURITZEN, T. ja CHRISTENSEN, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/pdf/bjpg55-305.pdf>

- RUOTSALAINEN, H. 2016. Elintapaohjausinterventioiden vaikuttavuus ylipainoisten ja lihaviiden nuorten fyysiseen aktiivisuuteen ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526211411.pdf>
- SAARANEN-KAUPPINEN, A. ja PUUSNIEKKA, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf
- SAARELMA, O. 2011. Terveyttä sähköllä. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2015-11-04] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00200
- SALMELA, S., KETTUNEN, T. ja POSKIPARTA, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47 (3), 208-218.
- SALMINEN, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkijohtaminen 4. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- SAUKKONEN, T. 2010. Potilaan ohjaus hoitotyön auttamismenetelmänä lihavuuden hoidossa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan koulutusyksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-11-12] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010112415436>
- SCHULZ, D. 2014. Using the internet to promote a healthy lifestyle. School for Public Health and PrimaryCare. Department of Health Promotion. Maastricht University. [Viitattu 2017-01-22] Saatavissa: <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1254978/guid-461bec16-a30c-40be-b0d2-601b4e6b41a3-ASSET1.0>
- SCHULZ, D., SMIT, E., STANCZYK, N., KREMERS, S., DE VRIES, H ja EVERS, S. 2014. Economic Evaluation of a Web-Based Tailored Lifestyle Intervention for Adults: Findings Regarding Cost-Effectiveness and Cost-Utility from a Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: <http://www.jmir.org/2014/3/e91/>
- SIMMONS, L. ja WOLEVER, R. 2009. Integrative Health coaching and Motivational interviewing: Synergistic Approaches to Behavior change in Healthcare. Global advances in health and medicine. [Viitattu 2017-01-21] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833556/pdf/gahmj.2013.037.pdf>
- SIPILÄ, R. ja LOMMI, M-L. 2014. Hoitosuosituksset eivät muutu hoitokäytännöiksi itsestään. Terveyskirjasto. Duodecim. [Viitattu 2016-11-04] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11594.pdf>

SMITH, P., BLUMENTHAL, J., HOFFMAN, B., COOPER, H., STRAUMAN, T., WELSH-BOHMER, K., BROWNDYKE, J. ja SHERWOOD, A. 2010. Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosom Medicine*. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2897704/#!po=55.7692>

SMIT, E., DE VRIES, H., OBERJE, E. ja EVERS, S. 2015. Easier said than done: Overcoming challenges in the economic evaluation of Internet-based lifestyle interventions. *The European Health Psychologist*. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: http://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/viewFile/764/pdf_40

SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTON DIGISUUNNITELMA VUOSILLE 2016–2018. 2016. Palvelujen uusi yhteys [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-02-04] Saatavissa: <https://dev.hel.fi/paatokset/media/att/b2/b2658a19fd4025148ca7d72e8b33dda89efe16ca.pdf>

SOTE – JA MAAKUNTAUUDISTUS. 2016. Digitalisaatio [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-02-04] Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/digitalisaatio>

STM 2012a. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali -ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10.

STM 2012b. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali -ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.

STM 2016. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kehitetään uusia sähköisiä palveluja. Sosiaali -ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:11. [Viitattu 2016-09-04] Saatavissa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuoltoon-kehitetaan-uusia-sahkoisia-palveluja

SUOMALAINEN RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemus-suositukset. Tampere: Juvenes Print.

SÖDERLUND, L. 2010. Motivational interviewind in theory and practice. Division of Community Medicine Department of Medical and Health Sciences Linköping University. Linköping: UniTryck.

TARNANEN, K., ALHO, H. ja KOMULAINEN, J. 2015. Alkoholiongelman hoito. Terveyskirjasto. Duodecim. [Viitattu 2016-09-04] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00049>

TERVEYDEN EDISTÄMINEN KÄSITTEENÄ JA KÄYTÄNNÖSSÄ. 2014. Sairaanhoitaja lehti. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/terveyden-edistaminen-kasitteena-ja-kaytannossa/>

TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN. 2016. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2016-11-12]
Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Ilt03441

THL 2012a. Suomalaisten tupakointi vähenee [verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90884/TutkimuksestaTii-viisti3_tupakka.pdf?sequence=1

THL 2012b. Liikunta vapaa-ajalla, työssä ja työmatkalla 1972–2012 [verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90886/URN_ISBN_978-952-245-793-6.pdf?sequence=1

THL 2013. Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta, Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015 [verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: www.thl.fi/lihavuusohjelma

THL 2014a. Sydän- ja verisuonitautien yleisyys. [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>

THL 2014b. Elintavat ja ravitsemus, Painonhallinta [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/painonhallinta>

THL 2014c. Syövän yleisyys. [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/syopa/syovan-yleisyys>

THL 2015a. Lämpimurtotutkimus: Elintapaneuvonta ehkäisee muistihäiriöitä [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/-/lapimurtotutkimus-elintapaneuvonta-ehkaisee-muistihairioita>

THL 2015b. Diabeteksen yleisyys [verkkosivu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

THL 2016. Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta: Kansallinen lihavuusohjelma - Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130539/URN_ISBN_978-952-302-665-0.pdf?sequence=1

TILASTOKESKUS. 2015. Internetin käyttö mobiilia, laitteet henkilökohtaisia [Verkkosivu]. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2015/sutivi_2015_2015-11-26_tie_001_fi.html

- TIURANIEMI, J. 2002. Reflektiivisyys asiantuntijan työssä. [Viitattu 2017-01-02] Saatavissa: <http://tiuraniemi.fi/Ammaref.pdf>
- TUOMI, J. ja SARAJÄRVI, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.
- TUPAKOINTI, NIKOTIINIRIIPPUVUUS JA VIEROITUSHOIDOT. 2002. Duodecim. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93343.pdf>
- TURKU, R. 2013. Onko motivoiva haastattelu vastaus elintapaohjauksen haasteisiin? Terveysportti. [Viitattu 2015-11-12] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=t101075
- TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- TÄHTINEN, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: JOHANSSON, K., AXELIN, A., STOLT, M. ja ÄÄRI, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Tutkimuksia ja raportteja 2007: 51. Turku: Digipaino, 10-45.
- WALLIN, O. 2012. Ammatillinen kasvu ja työhön sitoutuminen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työssä. Ammattikasvatuksen aikakauskirja 14 (1), 10-21.
- WEBB, L., JOSEPH, J., YARDLEY, L. ja MICHIE, S. 2010. Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. Journal of Medical Internet Research. [Viitattu 2016-08-22] Saatavissa: <https://www.jmir.org/2010/1/e4/>
- WHO 2013. Obesity and overweight [verkkosivu]. World Health Organization. [Viitattu 2016-08-12] Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>
- YABARRA, M. ja SUMAN, M. 2006. Help seeking behavior and the Internet: A national survey. International Journal of Medical Informatics 75 (1), 29-41.
- YLIMÄKI, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Tampere: Juvenes Print.

LIITE 1. Alkuperäistutkimusten taulukointi:

Tekijä(t), vuosi, maa	Tutkimuksen nimi ja tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (max 19 pistettä)
<p>1. Alexander, G., McClure, J., Calvi, J., Divine, G., Stopponi, M., Rohnick, S., Heimendinger, J., Tolsma, D., Resnicow, K., Campbell, M., Strecher, V. ja Johnson, C.</p> <p>2010, USA.</p>	<p>A randomized clinical trial evaluating online interventions to improve fruit and vegetable consumption.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida muutosta hedelmien ja vihannesten käytössä vertaamalla internet-pohjaista räätälöimätöntä verkko-ohjelmaa (ryhmä 1) räätälöityyn interventioon (ryhmä 2) sekä räätälöityyn interventioon johon oli lisätty sähköpostin kautta tapahtuva motivoiva haastattelu (ryhmä 3).</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p> <p>Tutkimus tehtiin vuosina 2005–2006 ja siihen kutsuttiin satunnaisotannalla 21–65-vuotiaita henkilöitä internet-pohjaisen ilmoittautumisen kautta Washingtonista, Coloradosta, Minnesotasta, Michiganista ja Georgiasta.</p> <p>Tutkimukseen osallistui n=2540 henkilöä.</p>	<p>Osallistujat raportoivat kasvien ja hedelmien käyttöä lähtötilanteessa sekä 3, 6 ja 12 kuukauden kohdalla validoidulla kyselykaavakkeella. Kaikissa tutkimusryhmissä hedelmien ja vihannesten käyttö lisääntyi. Eniten käyttö lisääntyi ryhmässä 3, jossa verkko-ohjelman lisäksi käytettiin sähköpostin kautta tapahtuvaa motivoivaa haastattelua.</p>	18
<p>2. Broekhuizen, K., Jelsma, J., Van Poppel, M., Koppes, L., Brug, J. ja Van Mechelen, W.</p> <p>2012. Alankomaat.</p>	<p>Is the process of delivery of an individually tailored lifestyle intervention associated with improvements in LDL cholesterol and multiple lifestyle behaviours in people with Familial Hypercholesterolemia?</p> <p>Tutkimuksen ensisijainen tarkoitus oli arvioida yksilöllisesti räätälöidyn PRO-FIT-elämäntapaintervention (koostui internet-pohjaisesta elämäntapaohjauksesta sekä motivoivaan haastatteluun pohjautuvasta puhelimitse /kasvokkain tapahtuvasta henkilökohtaisesta ohjauksesta) saavutettavuutta, annosta ja tarkkuutta yksilöillä, joilla oli perinnällinen hyperkolesterolemia. Lisäksi tarkasteltiin yhteyttä a.) Pro-Fit advicen b.) boosterin puhelinsoittojen c.) kasvokkain tapahtuvan ohjauksen ja d.) koko interventio-paketin annostuksen yhteyttä LDL-kolesteroliarvoon sekä elämäntapojen (tupakointi, liikunta, vihannesten ja hedelmien käyttö, rasvan saanti ja statiini-hoidon noudattaminen) muutoksissa.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p> <p>Tutkimukseen kutsuttiin 18–70-vuotiaita hollantilaisia henkilöitä, joilla oli perinnällinen hyperkolesterolemia (FH).</p> <p>Tutkimukseen osallistui n=340 henkilöä.</p>	<p>Interventio annoksen (sekä annetun ja saadun) sekä elämäntavoissa ja LDL- arvossa tapahtuneilla muutoksilla löydettiin vain heikko positiivinen yhteys.</p>	17

Tekijä(t),vuosi, maa	Tutkimuksen nimi ja tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (max 19 pistettä)
<p>3. Barnes, R., White, M., Martino, S. ja Gribb, C. 2014, USA.</p>	<p>A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli testata perusterveydenhuollossa kahta internet-pohjaista interventiota, jossa toisessa käytettiin motivoivaa haastattelua (MIC) ja toisessa ravitsemuspsykoedukaatiota (NPC), joita verrattiin kontrolliryhmän saamaan tavanomaiseen hoitoon (UC) lihavuuden hoidossa.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p> <p>Tutkittavat olivat 18–65-vuotiaita ylipainoisia ja lihavia henkilöitä, joilla osalla oli diagnoositu ahmimishäiriö (BED).</p> <p>Tutkimukseen osallistui n=89 henkilöä.</p>	<p>Paino, triglyseridiarvot sekä masennustaso laskivat merkittävästi NCP-ryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. UC ja MIC-ryhmät eivät eronneet merkittävästi toisistaan. Laihtuminen liittyi selkeästi hoitoon sitoutumiseen. Painonpudotuksessa ei ollut eroja BED-statuksen mukaan. Havainnot viittasivat siihen, että verkkoresurssi hyödyntävä ilmainen painonpudotamiseen tähtäävä interventio voidaan toteuttaa tehokkaasti perusterveydenhuollossa. Molemmat internet-pohjaiset interventiot otettiin hyvin vastaan ja osallistujat käyttivät niitä.</p>	13
<p>4. Riser, K., Løndal, K., Ommundsen, Y., Småstuen, M., Misvæ, N. ja Helseth S. Norja, 2014.</p>	<p>The outcomes of a 12-week Internet intervention aimed at improving fitness and health-related quality of life in overweight adolescents: the Young & Active controlled trial.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia 12 vko:a kestävä internet-pohjaisen intervention lyhyen aikavälin vaikutuksia. Intervention tarkoitus oli lisätä verenkiertoelimistön kuntoa sekä terveyteen liittyvää elämänlaatua (HRQoL) ylipainoisten ja lihaviin nuorien keskuudessa. Tutkittavat jaettiin interventio- ja kontrolliryhmään. Interventioyhtymäläiset saivat käyttöönsä verkko-ohjelman, joka tarjosi liikuntaohjausta perustuen motivoivan haastattelun ja itsemääräämisen teorian periaatteisiin. Kontrolliryhmäläiset olivat normaalissa kouluterveydenhuollon seurannassa.</p>	<p>Ei satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p> <p>Tutkittavat olivat 13–15 vuotiaita ylipainoisia/ lihavia Itä-Norjalaisia koululaisia.</p> <p>Tutkimukseen osallistui n=120 henkilöä.</p>	<p>Tulokset viittaavat siihen, että räätälöityä liikuntaohjausta antavalla Internet-pohjaisella interventiolla voi olla hyödyllisiä lyhyen aikavälin vaikutuksia. Tulosten perusteella se lisäsi pienesti verenkiertoelimistön kuntoa, vaikutti kohtalaisesti terveyteen liittyvään elämänlaadun kohoamiseen sekä vaikutti ennaltaehkäisevästi painoindeksin kohoamiseen.</p>	16

Tekijä(t),vuosi, maa	Tutkimuksen nimi ja tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (max 19 pistettä)
<p>5. Friederichs, S., Oenema, A., Bolman, C ja Lechner, L.</p> <p>Alankomaat. 2015.</p>	<p>Long term effects of self-determination theory and motivational interviewing in a web-based physical activity intervention: randomized controlled trial.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida liikunnan lisäämiseen tähtäävän I-Move intervention pitkäaikaisvaikeuttavuutta. I-Move on aikuisille kohdennettu internet-pohjainen fyysisen aktiivisuuden interventio, jonka pohjana toimii motivoiva haastattelu (MI)sekä itsemääräämisen teoria(SDT). Tutkittavat jaettiin kolmeen ryhmään, joista kaksi oli interventoryhmä I-Move ja Active Plus. Active Plus oli myös internet-pohjainen fyysisen aktiivisuuden interventio, jonka pohjana toimivat perinteiset terveystäytymisen teoriat. Kolmas ryhmä oli kontrolliryhmä ilman interventiota.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p> <p>Tutkittavat olivat 18–70-vuotiaita hollantilaisia aikuisia.</p> <p>Tutkimukseen osallistui n=4302 henkilöä.</p>	<p>12 kk lähtötilanteesta I-Move osoittautui olemaan tehokas lisäämään viikoittain kohtalaiseen ja voimakkaaseen liikuntaan kulutettujen minuuttien määrää Active Plus- interventioon verrattuna. Tämä tulos antaa tukea MI:n ja SDT:n käytölle internet-pohjaisissa fyysisen aktiivisuuden interventioissa. Vastaavasti Active Plus oli tehokas lisäämään viikoittain liikuntaan käytettyjen (väh. 30 min. päivässä) päivien määrää I-Move interventioon verrattuna. Yhdessä nämä tulokset ehdottavat, että internet-pohjaisiin fyysisen aktiivisuuden interventioihin olisi hyvä sisällyttää sekä SDT/MI ja perinteisiä terveystäytymisen teorioita.</p>	19
<p>6. Karnes, S., Meyer, B., Berger, L. ja Brondino, M.</p> <p>USA. 2015.</p>	<p>Changes in Physical Activity and Psychological Variables Following a Web-Based Motivational Interviewing Intervention: Pilot Study.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää oliko motivoivaan haastatteluun pohjautuvan internet-pohjaisen intervention jälkeen osallistujilla muutoksia fyysisessä aktiivisuudessa ja siihen liittyvissä psyykkisissä muuttujissa kuten valmius, halu ja koettu kyky osallistua liikuntaan. Interventio koostui neljästä istunnosta, jotka olivat keskeisesti n. 15min/vko ja perustuivat motivoivan haastattelun periaatteisiin. Fyysisen aktiivisuuden arviointi suoritettiin askelmittarin avulla ennen ja jälkeen intervention. Lisäksi käytettiin verkkopohjaisia itsearviointi kyselyjä liittyen fyysiseen aktiivisuuteen sekä psyykkisiin muuttujiin ennen ja jälkeen intervention sekä kuukauden kuluttua interventioon osallistumisesta.</p>	<p>Pilotti tutkimus.</p> <p>Tutkittavat olivat inaktiivisia kaupunkilaisia aikuisia.</p> <p>Tutkimukseen osallistui n=23 henkilöä.</p>	<p>Internet- pohjainen interventio osoittautui alustavasti lupaavaksi keinoksi edistää liikuntaa terveydenhuollon toimintaympäristössä. Askelmittareiden lukemat osoittivat merkittävää lisäystä päivittäisissä askeleissa sekä muutoksia liikuntaan kokonaisuudessaan liittyvässä viikoittaisessa energiankulutuksessa ja kohtalaiseen liikuntaan liittyvässä viikoittaisessa energiankulutuksessa. Psykologisista muuttujista liikunnasta nauttiminen sekä pystyvyyden tunne ja liikunnallisuuden ylläpitäminen kasvoivat intervention aikana.</p>	11

Tekijä(t),vuosi, maa	Tutkimuksen nimi ja tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (max 19 pistettä)
<p>7. Holter, M., Johansen, A. ja Brendryen, H. Norja. 2016.</p>	<p>How a Fully Automated eHealth Program Simulates Three Therapeutic Processes: A Case Study.</p> <p>Tavoitteena on luoda teoreettinen malli siitä, miten täysin automatisoidut käyttäytymisen muutokseen tähtäävät eHealth -ohjelmat voisivat olla tehokkaampia simuloimalla terapeutin tukea. Tämä pitää sisällään hyvän yhteistyösuhteen, motivaation sisäistämisen sekä mahdollisista takapakeista selviytymisen. Kehitettyä teoriallilla sovelletaan Endre-ohjelmaan, joka on täysin automatisoitu tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä internet-pohjainen ohjelma, jossa hyödynnetään motivoivaa haastattelua. Ohjelma osallistaa käyttäjiä lopettamiseen liittyviin ohjaustapaamisiin.</p>	<p>Kuvaileva tapaustutkimus.</p> <p>Internet-pohjainen Endre-ohjelma.</p>	<p>Ohjelma tukee käyttäjän yhteistyösuhdetta ei- fyysisen Endre toimijan sekä internet-pohjaisen motivoivan haastattelun kautta. Tietokoneen kautta tapahtuva motivoiva haastattelu tukee käyttäjän sisäistä motivaatiota lopettaa tupakointi ja takapakkien hallinta komponentit vastaavat mahdollisiin "repsahduksiin". Katsaus operationalsoi yhteistyösuhdetta, sisäistä motivaatiota sekä "repsahduksista" selviytymistä osana eHealth:n antamaa tukea tupakoinnin lopettamisessa</p>	14
<p>8. Olson, R., Wipfli, B., Thompson, S., Elliot, D., Anger, W., Bodner, T., Hammer, L. ja Perrin, N. USA, 2016.</p>	<p>Weight Control Intervention for Truck Drivers: The SHIFT Randomized Controlled Trial, United States.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida kuorma-autonkuljettajille tarkoitettua SHIFT-interventiota (Safety and Health Involvement For Truckers). Kyseessä oli painon pudottamiseen tähtäävä kilpailu, jossa lähtötilanteessa osallistuja saivat palautetta omasta terveydestään täyttämänsä kyselyjen perusteella. Interventoryhmään kuuvilla tukena oli painon ja käyttäytymisen itse seuranta (liikuntaa ja ravitsemukseen liittyvät muutokset), verkko-ohjelma sekä puhelimitse tapahtuva motivoiva haastattelu. Kontrolliryhmään kuuluvat saivat hyvityksen osallistumisesta sekä palutteen omasta terveydentilastaan.</p>	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus.</p> <p>Tutkittavat olivat ylipainoisia kuorma-autonkuljettajia viidestä eri Yhdysvaltaisesta kuljetusyhtiöstä.</p> <p>Tutkimukseen osallistui n=452 henkilöä.</p>	<p>Painonpudotus sekä siihen liittyvät käyttäytymisen muutokset olivat interventoryhmäläisillä tilastollisesti merkittävämät. Käyttäytymiseen liittyvät muutokset pitivät sisällään liikunnan lisääntymisen sekä kasvisten ja hedelmien lisääntyneen käytön.</p>	19

LIITE 2. Alkuperäistutkimusten laadunarviointitaulukko mukaillen Kontion & Johanssonin (2007, 104) sekä Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin (2004, 15–19) ohjeistusta.

TUTKIMUKSEN LAADUNARVIOINNIN KRITERIT	ESIINTYY (1 piste)	EI ESIINNY (0 pistettä)
TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS		
1. Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?		
2. Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsaukseen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti?		
3. Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?		
AINEISTO JA MENETELMÄT		
4. Ovatko aineiston keruumenetelmät ja – kontekstit perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?		
5. Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja/tai tutkimukseen osallistujille?		
6. Onko aineiston keruu kuvattu?		
7. Onko aineisto kerätty henkilöiltä, joilla on tietoa asiasta?		
8. Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu?		
9. Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?		
10. Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?		
TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS		
11. Onko tutkija nimennyt kriteerit, joiden perusteella on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta?		
12. Tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä?		
13. Lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset?		
TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET		
14. Tuloksilla on merkitystä hoitotyön kehittämisessä?		
15. Tulokset on esitetty selkeästi ja loogisesti ja niiden antia on verrattu aikaisempaan tutkimukseen?		
16. Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä?		
MUUT HUOMIOT/ASIAT		
17. Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden?		
Vastaako tutkimus tutkimuskysymyksiin:		
18. Miten motivoivaa haastattelua on hyödynnetty internet-pohjaisissa elämäntapainterventioissa?		
19. Millaista näyttöä on motivoivan haastattelun soveltuvuudesta osaksi internet-pohjaisia elämäntapainterventioita?		