

Johanna Ripattila-Lassi

**PAINONHALLINTARYHMIIN
OSALLISTUNEIDEN KOKEMUKSIA JA
KEHITTÄMISEHDOTUKSIA**

Kouvolan Terveyden edistämisen yksikön
painonhallintaryhmät 2014–2016

Opinnäytetyö

Terveyden edistämisen YAMK

2017



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä Johanna Ripattila-Lassi	Tutkinto Terveysten edistäminen YAMK	Aika Huhtikuu 2017
Opinnäytetyön nimi PAINONHALLINTARYHMIIN OSALLISTUNEIDEN KOKEMUKSIA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA Kouvolan Terveysten edistämisen yksikön painonhallintaryh- mät 2014-2016		51 sivua 7 liitesivua
Toimeksiantaja Kouvolan kaupungin Terveysten edistämisen yksikkö		
Ohjaaja Yliopettaja Sari Ranta		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Kouvolan kaupungin, Terveysten edistämisen yksikön järjestämien painonhallintaryhmiin vuosina 2014–2016 osallistuneiden tavoitteiden saavuttamista ja tämän hetkistä painonhallinnan tilannetta sekä kokemuksia ryhmän toiminasta. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa ryhmänohjaajaa painonhallintaryhmiin liittyvän työn kehittämisessä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella sekä teemahaastattelulla. Kysely toteutettiin postikyselynä syksyllä 2016 ja se lähetettiin 124:lle ryhmään osallistuneelle, heistä 53 vastasi. Haastattelun ajankohta oli alkuvuodesta 2017, ja haastatteluun osallistui kolme ihmistä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan ryhmäläiset toivoivat muutoksia erityisesti syömistottumuksiin, liikunnan harrastamiseen ja painonhallintaan. Painonhallintaryhmään osallistuvista 83 prosenttia saavutti tavoitetta joko kokonaan tai osittain, heistä 35 prosenttia on pysynyt saavutetuissa tavoitteissaan. Miesten ja naisten välillä ei ollut merkittäviä eroja alkoholin tai tupakoinnin osalta. Ryhmään osallistumisen jälkeen liikunta oli lisääntynyt 45 prosentilla ja tietous liikunnantärkeydestä oli lisääntynyt 77 prosentilla. Tulosten tarkastelun perusteella voidaan ryhmätoimintaa pitää hyvänä vaihtoehtona painonhallintaa tukemaan, sillä 85 prosenttia vastaajista koki ryhmätoiminnan hyvänä. Vertaistukea tärkeänä osana kaikista vastaajista piti 79 prosenttia ja 87 prosenttia suosittelisi ryhmää muillekin painonhallintaa kaipaaville. 56 prosenttia vastaajista oli laittanut kehittämisehdotuksia. Eniten toivottiin lisää psyykkisen puolen käsittelyä ja uutta tietoa painonhallinnasta. Lisäksi toivottiin neuvoja erityisryhmien ruokaluun. Varsinaisen ryhmätoiminnan jälkeen osallistujat olisivat toivoneet, esimerkiksi terveydenhoitajan yhteydenottoa, internetryhmää, yhteisen blogin kirjoittamista, yksilöohjausta, ryhmäläisten tapaamista, yhteistä liikuntaa tai luentoja.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ryhmään osallistuneet olivat saavuttaneet jossain määrin tavoitteita ja olivat tyytyväisiä painonhallintaryhmään ja ryhmänohjaajaan sekä kokivat vertaistuen tärkeänä. Mutta myös kehittämisehdotuksia ryhmän toimintaan saatiin.</p>		
Asiasanat ylipaino, painonhallinta, ryhmäohjaus, elintapamuutos		

Author	Degree	Time
Johanna Ripattila-Lassi	Master's Degree of Health Promotion	April 2017
Thesis Title Weight Loss Groups Experience and Development Proposals Kouvola Unit of Health Promotion Weight Loss Group 2014–2016		51 pages 7 pages of appendices
Commissioned by Kouvola Unit of Health Promotion		
Supervisor Sari Ranta, Principal Lecture		
<p data-bbox="148 763 284 792">Abstract</p> <p data-bbox="148 797 1385 1088">The purpose of this thesis was to describe the achievement of goals and the current situation of those who took part in the weight management groups organized by Health Promotion Unit of Kouvola during the years 2014-2016. A further objective was to produce information that will help the group supervisor to develop the operation of the weight management groups. The material was collected by a questionnaire, as well as a theme interview. The questionnaire was sent in the fall 2016 to 124 people who had participated in one these groups, and 53 of them responded. Three people participated in the interview which was held in early 2017.</p> <p data-bbox="148 1128 1382 1637">The results showed that the group members hoped for changes, in particular, in eating habits, physical exercise and weight management. In all 83 percent of those who had taken part in a weight management group had achieved their goals at least partially. In addition, 18 participants had remained the achieved goals. There were no significant differences between men and women regarding alcohol consumption or smoking habits. In all 45 percent of the participants had increased the amount of exercise, and 77 percent had increased their knowledge on the importance of exercise after taking part in a group. Based on the review of the results, group activities can be considered as a good option to help with weight management as 43 participants felt good about The groups. In all 83 percent of the participants considered peer support as an important part of the process, and 87 percent would recommend the groups for others who need weight management. All of those who responded saw the group supervisor as an expert in their field and 56 percent of participants also gave proposals for future development.</p> <p data-bbox="148 1680 1385 1968">After the actual group activities, the participants would have wished for, for example, a contact from public health nurse, an online group, writing a joint blog, the continuation of the weightings, individual counselling, group member meetings, joint exercise and lectures. As a conclusion, it can be said that the participants had achieved some goals and that they were happy with the weight management group as well as the group supervisor. They also felt that peer support was important. The aim of this thesis was that the results could be used in the development of new groups to make the operation of the groups better meet the participants' needs.</p>		
<p data-bbox="148 2047 292 2076">Keywords</p> <p data-bbox="148 2080 1023 2114">overweight, weight control, group counseling, lifestyle change</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	YLIPAINO.....	7
2.1	Syitä ylipainoon.....	9
2.2	Geenit ja ympäristötekijät.....	10
2.3	Uni ja lepo.....	11
2.4	Lihavuuteen yhteydessä olevat sairaudet.....	11
3	LAIHDUTTAMINEN JA PAINONHALLINTA.....	13
3.1	Ravinto.....	15
3.2	Liikunta.....	16
4	ELINTAPAHOITO JA PAINONHALLINTA RYHMÄT.....	20
4.1	Ryhmätoiminta ja vertaistuki.....	21
4.2	Aiempia interventioita asiasta.....	23
5	TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAINONHALLINTARYHMÄT KOUVOLASSA.....	25
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	27
7	OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUU JA ANALYYSIMENETELMÄT.....	27
7.1	Kysely.....	28
7.2	Haastattelu.....	28
7.3	Analyysimenetelmä.....	29
8	TULOKSET.....	30
8.1	Kyselyn tulokset.....	30
8.1.1	Osallistujien asettamat tavoitteet.....	30
8.1.2	Liikunta ja muut elämäntavat.....	33
8.1.3	Painonhallintaryhmä.....	34
8.1.4	Osallistumisvuoden ja ryhmän pituuden vaikutukset.....	35
8.1.5	Erot naisten ja miesten välillä.....	37
8.2	Haastattelun tulokset.....	39
9	POHDINTA.....	40
9.1	Yhteenveto.....	40

9.2	Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka	43
9.3	Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	44
9.4	Jatkotutkimushaasteet	45
LÄHTEET.....		46

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. kyselylomake

Liite 3. Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Lihavuutta pidetään yhtenä 2010-luvun haasteena (Douketis, Macie, Thabane & Williamson 2005). Lihavuuden esiintymisen lisääntyminen on kaikkialla maailmassa suuri kansanterveyden ongelma (Mustajoki, 2015a; Pietiläinen 2015a, 8.). Lihavuutta esiintyy kaikissa sosiaaliluokissa niin miehillä kuin naisilla. Miehillä kuitenkin lihavuus on yleisempää kuin naisilla. (Pietiläinen 2015a, 8.) Tarkasteltaessa asiaa Pohjoismaisesta näkökulmasta asuu Suomessa toiseksi lihavimpia, mutta Eurooppaan verraten suomalaisten keskimääräinen painoindeksi ja lihavien osuus on hieman keskitasoa korkeampaa. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 3.) Suomalaisten painoindeksi on noussut miehillä 1970-luvulta ja naisilla 1980-luvulta alkaen aina viime vuosiin asti (Männistö, Laatikainen, Harald, Borodulin, Jousilahti, Kanerva, Peltonen & Vartiainen, 2015, 972.). Lihavien naisten osuus on kasvanut 30 prosenttia ja lihavien miesten 70 prosenttia tarkasteltaessa painoa vuodesta 1980 aina 2000-luvulle (Mustajoki 2015a.).

Elämäntapojen muutosten avulla on mahdollista merkittävästi ehkäistä lihavuutta. Laihduttaminen ja saavutetussa tuloksessa pysyminen on vaikeaa. Säännöllisesti tapahtuvan punnitsemisen on huomattu ehkäisevän ylipainon kehittymistä. (Mustajoki 2015a.) Lihavuuteen yhteydessä olevat sairaudet ovat yleisiä, mutta niihin voidaan vaikuttaa hoitamalla lihavuutta (Kaukua 2010).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee terveyden edistämisen tavoitteelliseksi ja välineelliseksi toiminnaksi, jolla parannetaan hyvinvointia ja ehkäistään sairauksia sosiaalisten, taloudellisten, ympäristöllisten ja yksilöllisten terveyttä edistävien vaikutusmahdollisuuksien avulla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a). Jotta elintapoja muutetaan terveyttä edistäväksi se edellyttää yksilöltä, mutta myös yhteiskuntamme rakenteilta elintapojen merkityksen nykyistä selkeämmän tiedostamisen, muutoshalukkuuden ja muutosten toteuttamista. Terveyden edistäminen on terveydenhuollon velvollisuus ja sen täyttäminen vaatii koko hallinnossa elintapojen merkityksen ymmärtämisen. (Vuori 2015.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan viime vuosikymmenien haasteena on ollut epäterveellisen ja liiallisen ruoan syömisen seurauksena syntyneiden terveysongelmien vähentäminen ja ylipainon sekä elintapoihin liittyvien kansan-

tautien ehkäisy. Terveyden edistämisen yhtenä merkittävimpänä haasteena pidetään lihavuuden ja 2 tyypin diabeteksen yleistymistä kaiken ikäisillä. (Evira 2017.) Merkittävimpänä syynä diabetes 2 yleistymiseen pidetään liikunnan vähyyttä sekä ihmisten lihomista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b). Lihavan ihmisen terveysmenot ovat suunnilleen 25 prosenttia enemmän kuin normaalipainoisen. Lihavuus maksaa 330 miljoonaa euroa vuosittain yhteiskunnalle ja suurin osa näistä kuluista tulee vuodeosastohoitopäivistä ja lääkekustannuksista. (Männistö ym. 2012.) Lisäksi työkyvyttömyyseläkkeet aiheuttavat huomattavia kuluja yhteiskunnalle (Svärd, Lyytikäinen, Roos, Lallukka, Rahkonen & Lahelma 2011; Männistö ym. 2012). Työkyky vaatii hyvää toimintakykyä, mikä on ylipainoisilla usein heikentynyt (Svärd ym. 2011). Painoindeksin ylittäessä 30 aiheuttaa se työkyvyttömyyttä miehillä kaksi kertaa ja naisilla puolitoista kertaa niin usein kuin normaalipainoisilla (Kaukua 2010).

Kuntastrategia sisältää terveyden edistämishjelman, joka laaditaan kunnan omien lähtökohtien pohjalta. Ravitsemuskasvatus voi olla osa kunnan terveyspoliittista ohjelmaa, mikä tarkoittaa väestön tai yhteisön ravitsemuskasvatuksellisen tarpeen huomioon ottamista. Sen avulla pyritään tukemaan terveyttä edistäviä ruokatottumuksia kuntalaisten keskuudessa. (Puumalainen 2001, 183–184.)

Tämä opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Kouvolan kaupungin hyvinvointipalveluiden kanssa. Tässä opinnäytetyössä kuvataan Kouvolan kaupungin, terveyden edistämisen yksikön painonhallintaryhmiin osallistuneiden tavoitteiden saavuttamista ja tämän hetkistä tilannetta painonhallinnan suhteen sekä ryhmään osallistuneiden ajatuksia painonhallintaryhmästä. Tavoitteena on tuottaa tietoa painonhallintaryhmän vaikutusten pysyvyydestä, mutta myös tietoa, joka auttaa Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen yksikön terveydenterveystenhoitajaa painonhallintaryhmiin liittyvän työnsä kehittämisessä.

2 YLIPAINO

Lihavuutta pidettiin pitkään tavoittelemisen arvoisena ja lihavuus merkitsi hyvinvointia (Pietiläinen 2015b, 13). Nykykulttuurissamme lihavuutta pidetään ei-toivottuna ja ylipainoiset ihmiset joutuvat usein arvostelun kohteeksi (Hänninen 2010, 82; Pietiläinen 2015b, 13). Lihava ihminen ei täytä ulkonäkövaati-

muksia, joita erityisesti naisille asetetaan (Pietiläinen 2015b, 13). Naisten laihdutuksen taustalla on usein kauneudellisia syitä, mikä jatkossakin näyttäytyy painonhallintaryhmiin osallistuvien motiivina (Hänninen 2010, 83). Lihavuuden lisääntyminen on seurausta elintasomme noususta. (Pietiläinen 2013b, 13.)

Lihavuutta pidetään kroonisena tilana (Douketis ym. 2005). Lihavuudella tarkoitetaan normaalia runsaampaa vartalon rasvakudoksen määrää. Merkittävä osa liikaravasta kasaantuu ihon alle. (Kaukua 2010; Mustajoki 2015a.) Normaalipainoisen miehen rasvakudoksen määrä kokonaispainosta on noin 15–20 prosenttia. Naisilla rasvakudoksen osuus on hieman isompi eli 22–28 prosenttia. (Kaukua 2010.) Lihavuus johtuu energiakulutuksen ja saatujen kalorien määrän epäsuhteesta, jota on jatkunut pidempään (Mustajoki 2015a).

Painoindeksi saadaan, kun paino jaetaan pituuden neliöllä (Fogelholm 2006, 50; Kaukua 2010). Pituuden neliöinnin avulla tuloksista saadaan kaiken pituisille sopiva. Se ei kuitenkaan sovellu käytettäväksi alle 18-vuotiaille, sillä kehon suhteet ovat erilaiset. (Mustajoki 2015c.) Erityisesti painoindeksi toimiikin 20–60-vuotiailla. Painoindeksi etuna pidetään sen nopeutta ja helpotta, mutta huonona sitä, ettei tulos erottele lihas- ja rasvakudosten määriä toisistaan. (Fogelholm 2006, 49–53.)

Brittiläinen numeerisen analyysin professori Nick Trefethen on kehittänyt ns. uuden painoindeksin. Siinä painoindeksi lasketaan $1,3 \times \text{paino} / \text{pituus}^2,5$. Uusi kaava huomioi paremmin erityisesti pituuden aiheuttaman vääristymän. (Yle Uutiset 2013.)

Ylipainoksi sanotaan tilannetta, jossa painoindeksi on 25–29,9; ja kun painoindeksi on 30–34,9, puhutaan merkittävästä lihavuudesta. Riski sairastua kasvaa huomattavasti painoindeksin ylittäessä 30. Vaikea lihavuus määritetään painoindeksillä 35–39,9. (Kaukua 2010.) Sairaalloisesta lihavuuden termiä käytetään, kun painoindeksi on yli 40 (Kaukua 2010; Mustajoki 2015c).

Painoindeksin nousun kehitys on hidastunut ja tasaantunut. Kuitenkin vuonna 2012 työikäisen keskimääräinen painoindeksi miehillä oli 26,9 kg/m², kun taas naisten keskimääräinen painoindeksi oli 25,9 kg/m². Suomessa 46 prosenttia naisista ja 65 prosenttia miehistä on ylipainoisia. Heistä 20 prosenttia täyttää lihavan määritelmän. Työikäisistä naisista vaikeasti tai sairaalloisesti lihavia on

7 prosenttia ja vastaava luku miehellä on 5 prosenttia eli painoindeksi heillä on yli 35. (Männistö ym. 2015, 972.)

Keskivartalolihavuus arvioidaan vyötärönympäryksen mittauksella. Sen kautta saadaan käsitys keskivartalolihavuudesta. (Mustajoki 2015a.) Viskeraalirasvan kertyminen lisää rasva- ja sokeriaineenvaihduntahäiriöiden ja valtimonkoveuttumistaudin saannin mahdollisuutta (Fogelholm 2006, 51; Kaukua 2010). Vyötärölihavuudesta puhutaan, kun miehillä ympäryys on enemmän kuin 100 cm ja naisilla yli 90 cm (Kaukua 2010; Mustajoki 2015a). Vyötärönympäryksen mittausta ei käytetä yli 60-vuotiailla (Fogelholm 2006, 52). Työikäisten miesten vyötärönympäryys on suurentunut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana kolme senttimetriä. Naisilla vyötärön ympäryksen kasvua on tapahtunut vielä enemmän eli neljä senttimetriä. Vuonna 2000 suomalaisista aikuisista henkilöistä yli kolmekymmentä prosenttia oli vyötärölihavia. Vyötärölihavuutta lisäävät perintötekijät, mutta myös tupakointi, alkoholi ja liikunnan vähyys. (Kaukua 2010.)

2.1 Syitä ylipainoon

Lihavuuden selityksiä selvitettäessä, löytyy lihavuudelle useita syitä. Hännisen, Kaukuan ja Sarlio-Lähteenkorvan tekemän tutkimuksen perusteella lihavuuden syyt pystytään jakamaan neljään selitysmalliin, elintapoihin, lääketieteellisiin, psyykkisemotionaalisiin ja sosiokulttuurillisiin. Yleisimmäksi selitykseksi nousivat elintavat. Ihmiset, jotka olivat epäonnistuneet painonhallinnassa, nostivat syiksi muita enemmän psyykkis-emotionaaliset syyt. Lisäksi heidän ajatuksensa lihavuudesta ovat kielteisiä ja häpeällistä sekä heidän käsityksensä lihavuudesta ovat melko muuttumattomia. Puolestaan painonhallinnassa onnistuneet henkilöt selittivät lihavuuttaan enemmän syillä, joita voidaan perustella tieteen avulla. Psyykkis-emotionaalisiin syihin lukeutuivat esimerkiksi mielialan lasku, ahdistuneisuus, stressi, unihäiriöt tai yleinen huonovointisuus. Sosiokulttuurilliset selitykset ovat oman hallinnan ulkopuoliset tekijät, kuten sää, juhlapyhä tai työolosuhteet, mutta myös raha. Rahalla selitettiin ruokaostosten sisältöä. Lääketieteellisinä syinä pidettiin esimerkiksi lääkitystä tai hoitoa. Lihavuuden elintapoina nimettiin syömiseen, juomiseen ja liikumi-

seen tehtävät valinnat. (Hänninen, Kaukua & Sarlio-Lähteenkorva 2006, 1625–1627.)

Henkisiä oireita, joihin lihavuus altistaa, ovat masennus, ahdistuneisuus, unettomuus ja stressi sekä muistioireet (Pietiläinen 2015e, 62–63.). Sairauksien lisäksi vaikea lihavuus heikentää ihmisen elämänlaatua (Mustajoki 2015a).

2.2 Geenit ja ympäristötekijät

Painonkehitykseen vaikuttavat geenit ja ympäristötekijät. Perimällä on suuri vaikutus lihavuuteen, mutta tällä hetkellä tutkimustieto on asiasta vielä puutteellisesta. Lihavuuteen yhteydessä olevat geenit vaikuttavat syömiseen eivätkä niinkään aineenvaihduntaan niin kuin yleisesti ajatellaan, mutta geenit eivät kuitenkaan tee kenestäkään lihavia. Geeneihin ei voida vaikuttaa, mutta siihen miten geenit toimivat voidaan, sillä terveelliset elämäntavat parantavat ns. lihavuus geenienkin toimintaa. Usein on harhaanjohtavaa puhua, että geenit jollakin tavalla määräisivät minkälaisia ja kokoisia ihmisistä tulee, sillä maailmassa on vain harvoja ihmisiä, joilla on yhden tai muutaman geenin virhe, mikä aiheuttaa merkittävää ruokahalua ja sitä kautta lihavuuden. Normaalisti ihmisen paino on kehittynyt geenien sekä erilaisten ympäristötekijöiden, elinolosuhteiden ja omien päätöstemme summasta. FTO:n, mikä on merkittävin lihavuusgeeni, toimii lihavuutta edistävänä tekijänä liikkumattomalla ihmisellä. (Pietiläinen 2015d, 9–10.) Fyysinen aktiivisuus vähentää geneettisten tekijöiden vaikutusta painoindeksiin ja vyötärön ympärukseen. Liikunnasta hyötyivät eniten ne ihmiset, joilla on suuri geneettinen alttius lihomiseen. (Mustelin 2012, 45.) Lihavuusepidemia on lähes ainoastaan ympäristötekijöiden summa; napostelukulttuuri, muutokset ruuan laadussa. Liikunnan tarve on nykyään mitätöntä. (Kaukua 2010; Mustajoki 2015a; Pietiläinen 2015d, 9–10.)

Lihavuutta lisäävät kiireinen ja stressaava elämä, erilaiset psyykkiset häiriöt sekä vähentynyt unen määrä. Kuitenkin alttius yksilötasolla lihomiseen vaihtelee ja myös perimällä on selittäviä tekijöitä. Lihavuuteen alttiilla ihmisillä aivojen toiminnan biologia on jokseenkin erilainen kuin normaalipainoisella ihmisellä, jonka takia heillä on heikommat mahdollisuudet vastustaa erilaisia ruokahoukutusia. (Mustajoki 2015a.)

2.3 Uni ja lepo

Tyypillisesti univaje aiheuttaa motorista kömpelyyttä, heikentää muistia sekä oppimiskykyä (Partonen 2015a, 162). Lihavuudella ja huonolla unella on yhteyksiä (Haario 2015, 60; Partonen 2015b, 162). Haarion tutkimuksen mukaan unen vaikutus painoindeksiin ja lihavuuteen on havaittavissa pääsääntöisesti naisilla (Haario 2015, 60)

Unella on tärkeä rooli painon ja elimistön säätelyssä. Univaje aiheuttaa lihavuutta ja sen takia riittävä lepo on yhtä merkittävä kansanterveystekijä kuin säännöllisesti tapahtuva liikunta ja terveellinen ruokavalio. Ihmisen unen tarve on hyvin yksilöllistä, mutta yönunen sisältö vaiheineen ja vaihteluineen ovat samanlaisia jokaisella. Vähäinen unen määrä vaikuttaa esimerkiksi hormonieritykseen ja immuunipuolustukseen sekä keskushermoston toimintaan, joten pitkään jatkuneen unen puutteen ja vuorokausirytmien häiriön seurauksena riski sairastua diabetekselle ja verenkiertoelimistön sairauksille kasvaa. (Partonen 2015a, 162.)

Lihavuuden riski kasvaa naisilla 1,8-kertaiseksi ja miehillä 1,5-kertaiseksi, jos unta on enintään kuusi tuntia. Aikuiset, jotka nukkuvat korkeintaan seitsemän tuntia ovat lihavampia, kuin ne jotka nukkuvat enemmän. Tällä hetkellä ei kuitenkaan vielä osata sanoa, voiko riittävän pitkien unien nukkumisella pudottaa painoa. Univaje on kuitenkin syytä korjata ennen laihduttamista, sillä muuten lihasmassa pienenee liikaa rasvakudokseen nähden. (Partonen 2015b 162–163.) Kun uni-valverytmi häiriintyy, leptiinihormonin määrä pienenee, minkä seurauksena ihmisen ruokahalu lisääntyy. Jos ihmisellä ei ole tarpeeksi hiidasaaltounta, vaikuttaa se insuliiniresistenssiin ja glukoosinsietoon, mikä puolestaan kerryttää painoa. (Härmä 2007; Partonen 2015b, 162–163). Univajeen seurauksena ihmisen hormonitoiminta muuttuu painon nousua altistavalla tavalla. Energiantarve lisää nälän tunnetta, joka ilmenee erityisesti hiilihydraattien tarpeen kasvuna. (Partonen 2015b, 162–163.)

2.4 Lihavuuteen yhteydessä olevat sairaudet

Lihavuus on yhteydessä kehossa ja useissa elimissä esiintyviin terveydellisiin haittoihin ja lisää vaaraa sairastua moniin sairauksiin ja oireyhtymiin. Lihavuuden tuomat vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä, sillä elintavat, perimä, ikä,

ylipainon määrä sekä kuinka kauan ylipainoa on ollut, mutta myös rasvaku-
doksen määrän jakautuminen vaikuttavat lihavuudesta aiheutuvien haittojen ja
sairauksien kehittymiseen ja ilmenemiseen. Lihavuuteen yhteydessä olevat
terveyshaitat voidaan jakaa kolmeen ryhmään, jotka ovat metaboliset, mekaa-
niset ja mentaaliset haitat. (Pietiläinen 2015e, 62–63, 65.) Ylipaino aiheuttaa
fyysisen toimintakyvyn alentumista (Svård ym. 2011). Lihavuuden aiheuttamat
sairaudet kasaantuvat usein, sillä niiden synnylle on sama tekijä eli lihavuus
(Kaukua 2010).

Metabolisia eli aineenvaihdunnallisia lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat dia-
betes, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, metabolinen oireyhtymä, rasvamaksa,
sepelvaltimotauti, laskimoveritulppa, kihti, syöpäsairaudet ja hedelmättömyys
sekä kohonnut verenpaine (Kaukua 2010; Mustajoki 2015a; Pietiläinen 2015e,
63). Merkittävimpana lihavuussairautena pidetään aikuistyyppin diabetesta, sillä
ylipainoisen, jolla painoindeksi yli 30, keski-ikäisen riski sairastua siihen on yli
kymmenkertainen normaalipainoiseen saman ikäiseen verrattuna. Samanas-
teinen ylipaino altistaa kohonneeseen verenpaineeseen kolminkertaisesti ver-
rattuna saman ikäiseen normaalipainoiseen ihmiseen. (Mustajoki 2015a.) Li-
havuudella ja 11 eri syövälle on löydetty yhteys (Kyrgiou, Kalliala, Markozan-
nes, Gunter, Paraskevoidis, Gabra & Martin-Hirsch 2017). Näitä ovat pak-
susuolisyöpä, kohtusyöpä, munuaissyöpä, rintasyöpä (Kaukua 2010; Pietiläi-
nen 2015e, 64; Kyrgiou ym 217). Lisäksi yhteys on löydetty multitippeli mye-
loomaan, mahasuun syöpään, peräsuolen syöpään, haimasyöpään, munasar-
jasyöpään, sappiteiden syöpään sekä ruokatorven adenokarsinoomaan (Kyr-
giou ym. 2017).

Mekaanisia eli kehon painoon ja suureen kokoon yhteydessä olevia sairauksia
ja haittoja, joita lihavuus aiheuttaa ovat nivelrikko, alaselkäkipu, ruokatorven
refluksitauti (Kaukua 2010; Pietiläinen 2015e, 62–64). Lisäksi lihavuus aiheut-
taa virtsan karkailua, kohdunlaskeumaa, synnytykseen liittyvät vaikeuksia ja
erilaisia ihopoimujen aiheuttamia ihon ongelmia, mutta myös uniapneaa. Ni-
velrikko on yleisin mekaanisista syistä aiheutunut sairaus. Uniapnea on seu-
rausta kaulan ja nielun alueelle rasvamassan aiheuttaneesta paineesta. Virt-
sankarkailu ja kohdunlaskeuma ovat seurausta vatsaontelon lisääntyneestä
paineesta. (Pietiläinen 2015e, 62–65.) Lihavuuteen liittyy myös aivoinfarktin ja
aivoverenvuodon lisääntynyt riski (Pietiläinen 2015e, 65).

3 LAIHDUTTAMINEN JA PAINONHALLINTA

Laihduttaminen vaikuttaa positiivisesti yksilön yleisvointiin, toimintakykyyn, mielialaan, itsetuntoon ja seksuaalielämään, joiden seurauksena elämänlaatu paranee (Pietiläinen 2015c, 66). Laihduttaminen voi laukaista ihmisessä ristiriitaisia toiveita, mutta myös pelkoja ja hämmennystä. Laihduttamisella saavutettuja kehon muutokset ovat toivottuja, mutta oma minäkuva voi muuttua laihduttamisen myötä. Muuttuneet elintavat ja toisten ihmisten asennoituminen saattavat aiheuttaa samalla hyviä, mutta myös outoja tuntemuksia. Yleensä laihtumisen kautta toivotaan elämään muutoksia, jotka aiheuttaisivat onnellisuutta, se ei kuitenkaan useinkaan tapahdu vain laihdutuksen kautta. (Borg 2015a, 200.) Myös normaalipainoiset ja lievästi ylipainoiset ihmiset saavat osakseen paineita, mitkä kohdistuvat lihaviin ja todellinen tai kuviteltu lihavuus altistaa ihmisiä laihduttamaan, mikä on rasite elimistölle sekä toistuvien laihdutuskuurien seurauksena haastavat myös ihmisen itsetuntoa. (Pietiläinen 2015b, 13.)

Useimmilla ylipainoisilla on kokemuksia laihduttamisesta ja runsaasti tarjolla olevista erilaisista laihdutuskuureista. Käytännössä nimi laihdutuskuuri kätkee sisälleen laihduttamisen suurimman heikkouden. Laihduttaminen ajatellaan lyhytaikaisena kuurina, jonka jälkeen ajatus ja käyttäytyminen palaavat helposti entiseen malliin ja näin laihdutustulokset eivät ole pysyviä. Laihdutuskuurien avulla painonpudotusta yritetään liian nopeasti ja keinoilla, joita on mahdoton jatkaa pitempiaikaisesti kuurin loputtua. (Aro 2015.) Laihduttamisessa merkittävä voimavara on läheisten ihmisen tarjoaman tuki (Virtanen 2007, 33; Minkkinen 2015, 46).

Riippuen käytetystä laihdutusmenetelmästä, paino lähtee aluksi putoamaan neljästä kuuteen kiloon kuurin ensimmäisten kuukausien aikana. Tyypillistä on kuitenkin, että noin puolen vuoden kohdalla painoa alkaa tulla takaisin. Monissa tapauksissa lähtökiloissa ollaan viimeistään kahden vuoden päästä. (Aro 2015.) Yli 80 prosentilla, painoan pudottaneilla paino nousee (Douketis ym 2005). Ongelma on siinä, ettei ravintotottumuksia ei ole pystytty muuttamaan eikä liikkumiseen ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Ihmisen elimistö yrittää vastustaa muutoksia, ja näin käy myös laihduttamisen kanssa. Laihtuminen

pienentää energian kokonaiskulutusta, jolloin painon lasku pysähtyy, jos ei pystytä kokoajan suhteuttamaan energian saantia vähenevään kulutukseen. On hyvin tavallista, että laihdutetaan jouluksi, keväällä ennen uimaran- tasesonkia ja sitten taas kesäloman jälkeen. Paino laskee yleensä ensin, mutta nousee taas ennen seuraavaa yritystä tätä kutsutaan jojolaihduttamiseksi (Rissanen & Mustajoki 2006, 123; Aro 2015.) Jojolaihduttaminen on heikkotehoista, ja sillä saattaa olla negatiivisia vaikutuksia myöhempään painonhallintaan (Aro 2015).

Laihduttamisen avulla voidaan vaikuttaa lihavuuteen yhteydessä olevien sairauksien ehkäisyyn sekä hoitamiseen (Mustajoki 2015a.) Jo pienelläkin painon laskulla voi olla merkittävää hyötyä. (Doukes ym 2005; Aro 2015). Kliinisesti merkittävänä laihdutuksena pidetään 5–10 %, joka auttaa usein hyödyllisten vaikutusten saavuttamiseen, kuten rasva- ja sokeriarvoihin ja verenpaineen tasoon, joilla on taas vaikutusta sydän- ja verisuonisairauksiin (Douketis ym 2005). Painonhallinnassa uusien tottumusten omaksuminen on merkittävämpää, kuin ensimmäisten päivien painon lasku. Painonhallinnassa ruokavaliosta on tärkeä huomata heikkoudet, muistaa aterioita ja liikkua säännöllisesti. Liikunta voi olla muodoltaan minkälaista vaan ja sen voi kerätä päivän mittaan hyvinkin lyhyistä etapeista. Painonhallinnassa liikunnan tärkeys korostuu. (Aro 2015.) Liikunta ei ole itse laihdutusvaiheessa kovinkaan tehokasta (Aro 2015; Mustajoki 2015a).

Yleissääntö painonpudottamisessa on, että kuluttaa enemmän kuin syö, mikä kuulostaa helpolta, mutta painon pudottaminen on pitkäjänteistä. Vaikka pienten päivittäisten muutosten strategia voi tuntua turhautavalta, tehottomalta sekä hitaalta tavalta pudottaa. Painonpudottaminen pysyvien tulosten kannalta koostuu juurikin pienistä valinnoista. Hyvissä ajoin sisäistetyt tavat ehkäisevät lihavuutta ja tekevät kuurinomaisen painon pudotuksen tarpeettomaksi. (Aro 2015; Borg 2015b, 146.) Laihduttaminen ja tavoitepainossa pysyminen vaatii aina muutoksia niin ruokailutottumuksissa kuin liikunnan harrastamisessa, sillä juuri näiden kautta ihminen voi saavuttaa tasapainoa ravinnon kalorimäärää ja liikkumisessa kulutetun energian välillä. Ihmisen laihtuessa hänen kuluttamansa energiamäärä pienenee, esimerkiksi 15 kilon laihdutus pienentää energian tarvetta noin 500 kcal. Laihduttamisessa tärkeää on, että tärkeiden ravintoaineiden saanti on turvattu (Mustajoki 2015a).

Liikunnan vaikutuksista lihavuuden hoidossa on ollut laajalti tutkimusten kohteena. Liikunta ainoa laihdutuskeinona ei ole kovin tehokas pyrittäessä saavuttamaan huomattavia tuloksia, mutta yhdessä ruokavalion kanssa se on toimiva malli. (Mustajoki 2015b.)

Oman painon säännöllisesti tapahtuvalla seuraamisella voidaan useissa tapauksissa ehkäistä painonnousua, sillä painonnousun havaitseminen hyvissä ajoin auttaa tekemään muutoksia painon pudottamisen suhteen. (Lappalainen & Lappalainen 2015a, 200–201; Mustajoki 2015a.) Toiset painonpudottajat välttelevät vaa'alla käyntiä tai tekevät sitä valikoidusti. Tähän syynä on usein punnitsemisesta ja painonhallinnasta aiheutuvat kielteiset tunteet. Punnitsemisen ottaminen tavaksi purkaa siihen liittyviä epämiellyttäviä tunteita ja ajatuksia. (Lappalainen & Lappalainen 2015a, 200–201.)

3.1 Ravinto

Ihminen tekee useita ruokavalintoja päivän aikana, osa niistä on tietoisia valintoja ja osa niistä on alitajuntaisia. Painonhallinnan aikana hyvistä ruokavalinnoista pitää tulla tapa. (Borg 2015b, 146; Mustajoki 2015a.)

Tutkimustietoa on saatavilla runsaasti erilaisten ruoka-aineiden ja aterioiden vaikutuksista laihduttamisen ja painonhallinnan yhteydessä, ja niiden perusteella voidaan ohjeistaa laihduttajaa vähentämään energiamäärä, lisäämällä ruokavalioon kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Energiapitoisten, kuten makeisten ja rasvaisten leivosten käyttöä on syytä rajoittaa, nauttien niitä vain ajoittain. Laihduttajan on syytä välttää sokerilla makeutettuja juomia. (Mustajoki 2015a.)

Ateriarytmi on tärkeä, sisältäen ainakin kolme ateriaa päivän aikana. Ruokamuutokset on hyvä toteuttaa asteittain. Aloittaen yhdestä kahteen muutoksesta ja seuraten näiden muutosten vaikutusta painoon, jos painoon ei tule suosittuja muutoksia lisätään muutoksia sen mukaan. (Mustajoki 2015a.)

Laihduttamisvaiheen voi toteuttaa myös dieetin avulla, jossa päivittäisen kalorimäärän suuruus on 500–1000 kcal. Dieetin aikana on kuitenkin tärkeää muistaa, että ravinto on tarpeeksi monipuolista. 1 200 kcal on alin turvallinen kalorimäärä päivän aikana nautittuna. Laihduttamisen jälkeisessä painonhal-

linnassa pyritään syömään tavallista ruokaa, jossa on kuitenkin energiamäärä päivässä alhaisempi kuin aikaisemmin. (Mustajoki 2015a.)

Liian tiukkaa ruokavaliota on vaikea toteuttaa pidemmällä tähtäimellä, joten epäterveellisiä ja paljon energiaa sisältäviä ruokia ei kannatta kokonaan kieltää. Joidenkin ruoka-aineiden täydellinen kieltäminen ei opeta syömisen hallintaa ja voi johtaa epäterveelliseen ahmimiseen. Ruokavalio muutoksista pyritään tekemään pysyviä. Ruokapäiväkirjat ovat hyvä väline painonhallinnassa. Niihin voivat sisältää ruoka-aineiden määrien ja aikojen lisäksi myös ruokailuun liittyviä ajatuksia ja tunteita. (Lappalainen 2006, 232–233.)

Useat ruokailuun yhteydessä olevat valinnat tehdään jo ennen varsinaista ruokailua, esimerkiksi kaupassa (Lappalainen 2006, 234). Ihmiset saattavat selittää lihavuuttaan ja siihen yhteydessä olevia valintoja rahalla. Jos rahaa on vähän, pitää ostaa halpoja, lihottavia ruoka-aineita, mutta myös hyvä taloudellinen tilanne sallii erilaisten mielitekojen oston kaupasta. (Hänninen ym. 2006, 1627.)

3.2 Liikunta

Liikunnan harrastaminen on tärkeää painonhallinnassa. Liikunta voi olla lähes minkälaista, tärkeintä on että liikkuja itse nauttii siitä ja harrastaa sitä säännöllisesti. (Aro 2015; Mustajoki 2015b.)

Liikunnan aloittaminen kannattaa aloittaa maltillisesti, huomioiden oma kunto, sillä ylipaino ja liian raskas liikunta esimerkiksi rasittavat sydäntä, verenkiertoa sekä tuki- ja liikuntaelimestöä. Hikoileminen ja hengästyminen sekä pulssin kohoaminen kuuluvat kuitenkin liikunnan harrastamiseen. Uinti, pyöräily, voimistelu ja kuntosalit ovat hyviä liikuntamuotoja ylipainoiselle, kun taas hölkäämistä ja hyppyjä ei suositella. (UKK-instituutti 2015a.)

Painonhallintaa edistävän liikunnan pitää olla 30–60 minuuttia vuorokaudessa, mutta se voidaan jakaa useampaan liikuntatuokioon. Liikunnan pitää vastata rasittavuudeltaan reipasta kävelyä, jotta se sopii painonhallintaan. Askelmittarilla mitattuna painonhallintaan pyrkivän ihmisen pitää kävellä vähintään 7 000–8 000 askelta päivässä, mutta laihduttamisen jälkeen määrä on yli 10 000 askelta päivässä, jotta tavoitettu taso pysyy. (Mustajoki 2015a.)

Laihduttamalla saavutettu painon pudotus pysyy paremmin hallinnassa, kun liikunta on säännöllistä (Aro 2015). Liikkumisen tärkein tehtävä laihduttamisessa on kuluttaa energiaa, ja mitä rasittavampaa on liikunta, sitä enemmän energiaa palaa. Kävelyä pidetään painonhallitsijan peruslaji sen helppouden takia ja energiatehokkuuden vuoksi (Mustajoki 2015b).

Liikunta parantaa rasva- ja sokeriaineenvaihduntaa, ylläpitää lihaksia laihduttamisen aikana. Liikunnan avulla pystytään ehkäisemään keskivartalolihavuutta. (Mustajoki 2015b). Liikunta vaikuttaa moniin sydäntautien vaaratekijöihin. Korkeaan verenpaineeseen, korkeaan kolesteroliin tai tyyppin 2 diabeteksen hoitoon liikunnasta on hyötyä. Liikunta aikaansaa elimistön solutasolla tapahtuvaa aineenvaihduntaa, mikä parantaa erilaisten entsyymien ja proteiinien toimintaan. Tällä toiminnalla on vaikutusta suoraan esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin, joita ovat kolesteroli- ja lipoproteiiniarvot, verenpaine ja glukoosiarvot. Tutkimuksissa liikunnan on huomattu pienentävän vatsaontelon haitallisen rasvan määrää. Tämä rasva on yhteydessä monenlaisiin ilmiöihin, kuten insuliiniresistenssiin. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihmisen solut eivät pysty käyttämään glukoosia. Ylimääräinen glukoosi esimerkiksi rappeuttaa ihmisen verisuonia. Liikuntaa harrastamalla insuliini- ja glukoositasot pysyvät suotuisina, koska lihakset kuluttavat sekä varastoivat glukoosia. Liikuntaa pitää harrastaa säännöllisesti, jotta sen tuomat hyödyt voidaan hyödyntää. Tilanteessa, jossa glukoosinsieto on heikentynyt, liikunta auttaa tasapainoon sekä painonhallinnassa. (Borodulin 2002, 66–70.)

Energiankulutukseen vaikuttavia tekijöitä ovat liikunnan rasittavuus ja kehon paino sekä taloudellisuus. Rauhallisessa liikunnassa energian kulutus on pienempää kuin rasittavammassa, mutta on hyvä huomioida, että koko vuorokauden energiankulutus ei ole riippuvainen yksittäisen liikuntakerran tehosta, vaan energiansaannin ja sen kulutuksen välisestä suhteesta. Painonhallinnassa liikunnan kokonaismäärä on tärkeämpää, kuin sen rasittavuus, sillä jokaisella askeleella kuluu energiaa. (UKK-instituutti 2015b; Mustajoki 2015b.) Moni valitsee rauhallisen liikunnan rankan treenin sijasta. Kehon painolla erityisesti, rasvattoman kehonosan painolla, on merkitystä sekä perusaineenvaihdunnan ja liikunnan avulla saavutettuun energiankulutukseen. Kehonpainon merkitys korostuu liikuntamuodoissa, joissa omaa painoa joudutaan kantamaan, kuten juoksussa tai kävelyssä. Uinnissa ja pyöräilyssä omaa kehoa ei kannatella juuri ollenkaan. Kuitenkin edellä mainituissa lajeissa paina-

vampi henkilö kuluttaa enemmän energiaa massansa takia kuin kevyempi. Kehon painon takia liikkumaton lihava henkilö saattaa kuluttaa energiaa enemmän kuin liikkuva laiha ihminen. Liikunnan taloudellisuudella tarkoitetaan tilannetta, missä kaksi samankokoista ihmistä kuluttaa eri määrän energiaa samanlaisen liikuntasuorituksen aikana, jolloin toisella on niin sanottu hyvä hyötysuhde, kun taas toinen kuluttaa enemmän energiaa. Taloudellisuuteen ei itse voi vaikuttaa. (UKK-instituutti 2015b.)

Lihastyö kuluttaa energiaa ja kulutettu määrä on riippuvainen liikunnan tehokkuudesta ja ihmisen painosta. Yleisesti voidaan ajatella, että tunnin liikuntasuoritus kuluttaa 200–500 kilokaloria, riippuen siis liikunnan rasittavuudesta ja urheilijan painosta. MET-kerroin tulee sanoista "metabolic equivalent" tai "metabolic energy turnover". MET-kertoimen avulla voidaan ilmaista, tietyn fyysisen aktiivisuuden aiheuttamaa energian kulutusta lepotilaan verrattuna. MET-kertoimet eivät kerro rasituksen rasittavuuden maksimia vaan keskimääräistä energian kulusta, sen takia melko rauhallisenkin hölkän avulla on mahdollisuus saavuttaa suurempi MET-kerroin, kun rasittavassa kuntosaliharjoittelussa. (UKK-instituutti 2015b.)

Erilaisilla elämänmuutoksilla on vaikutusta ihmisen fyysiseen aktiivisuuteen. Perheen perustamisen myötä naisten fyysiseen aktiivisuuteen vähenee, mutta lasten kasvaessa fyysinen aktiivisuus alkaa lisääntyä. (Karvonen, Nikander & Piirainen 2016, 73.)

Ihmisen lihomisen taustalta löytyy usein työ- ja arkiliikunnan vähentyminen. Vain puolet työikäisistä noudattaa terveyttä ylläpitävän kestävyysliikuntasuosituksia ja 10 prosenttia pitää huolta lihaskunnostaan. 20 prosenttia suomalaisista on täysin liikkumattomia. (Männistö 2012, 3.) Liikuntasuosituksen mukaan aikuisen pitäisi harrastaa reipasta kestävyysliikuntaa vähintään 2 tuntia 30 minuuttia tai vaihtoehtoisesti rasittavaa liikuntaa 1 tunti 15 minuuttia viikon aikana ja tämän lisäksi vielä kahdesti viikossa lihaskuntoharjoittelua. (Männistö ym. 2012, 3; UKK-instituutti 2017.)

Terveyttä ajatellen pienikin säännöllisesti tapahtuva liikunta on parempi kuin ei ollenkaan, kuitenkin lyhyt kestoiset arkiaskareet eivät riitä. Oma peruskunto ja tavoite määrittelevät kestävyyskuntoa kohentavan liikuntamuodon kuormittavuuden, jolloin esimerkiksi aloittelija ja terveysliikkuja saavat tyydytettyä liikunta tarpeensa reippaalla liikunnalla, kuten kävellen ja pyöräilyllä avulla vähin-

tään kaksi ja puoli tuntia viikossa, kun taas fyysisesti aktiivisen liikkujan pitää kuntonsa parantamiseksi harrastaa rasittavampaa liikumista, mutta tällöin riittää puolet vähemmän. Aktiivisen liikkujan lajeina voivat toimia esimerkiksi ylämäki- ja porraskävely, juoksu, maastohiihto, nopea pyöräily ja kuntouinti sekä vesijuoksu. Kestävyttä voidaan parantaa ryhmäliikuntalajien avulla niistä esimerkiksi nopeat maila- ja juoksupallopelit sekä aerobicjumpat toimivat hyvin. Uutta tutkittua tietoa on siitä kuinka terveyshyödyt lisääntyvät, kun liikuntaa harrastetaan enemmän kuin suositukset ovat. Kestävyysliikunnan hyötyinä painonhallinnan lisäksi hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto paranee sekä se edistää sydämenverisuonten ja keuhkojen terveyttä sekä sen avulla veren rasva- ja sokeritasapaino paranevat. (UKK-instituutti 2017.)

Painonhallinnan vähimmäisvaatimuksena pidetään sitä, että reipasta kävelyä on vähintään 30 minuuttia useana päivänä viikossa. Arkiliikunta on tärkeä keino saavuttaa kävelyminuutit. Kävelyn voi vaihtaa myös pyöräilyyn tai, kuntopyöräilyyn tai uintiin. Arkiliikunnan tehokkuus on siinä, että päivän aikana tapahtuu pieniä liikunta annoksia, jolloin se vaikuttaa koko päivän aikana enemmän kuin kahden tunnin pituisessa hikiliikunnassa. Päivän aikana on mahdollista lisätä askelia ja käyttää lihaksia useissa eri tilanteissa. Laihduttajan kannattaa tehdä pieniä valintoja, kuten auton sijasta voi valita kävelyn, hissien sijasta portaat ja puhelimen sijasta kävelyn. Passiiviseksi kutsutaan ihmistä, joka liikkuu alle 5000 askelta, 7500–10000 askelta päivässä liikkuvaa ihmistä voidaan pitää jo melko aktiivisena liikkujana. (Mustajoki 2015b.)

Säännöllisesti tapahtuva liikunta on kulmakivi painonhallinnassa, joka estää kilojen takaisin kertymistä. Perusliikunnalla tarkoitetaan arkirutiineihin yhteydessä olevaa aktiivisuutta, esimerkiksi siivoamista tai pihatöitä, remontointia ja kaupassa käyntiä. Kuntoliikuntalajeihin kuuluu esimerkiksi uinti, soutu, juoksu, hiihto ja pyöräily. Lihaskuntoa ja liikehallintaa voi harjoittaa puolestaan tanssin, kuntosalin ja venyttelyn tai kuntosalun avulla. Liikunnan voi hyvin jakaa useampaan kymmenen minuutin jaksoihin. Painonhallinnassa on tärkeää huomioida, että ihannepainon saavuttamisen jälkeen liikunnan harrastaminen ylläpitää saavutettua painoa ja liikunnan lopettamisen myötä painoa alkaa todennäköisesti kertyä takaisin. (UKK-instituutti 2015a.) Laihduttamisen jälkeen suositeltava liikunta määrä on 60–90 minuuttia päivässä. Usein kilojen pudottua, painonpudottaja jaksaa tehdä fyysisiä aktiviteettijaksoja kerrallaan päivän aikana. (Mustajoki 2015b; UKK-instituutti 2015a.)

4 ELINTAPAHOITO JA PAINONHALLINTA RYHMÄT

Elintapamuutos pohjautuu harkintaan ja siihen kuuluu suunnitelma tavoitteen saavuttamiseksi. Muutoksen toteutumisen kannalta oleellista on, että muutos voi toteutua, kun painonpudottaja on siihen valmis ja kykenevä itse tekemään muutoksen. (Käypä hoito -suositus 2013.) Elintapaohjausta voidaan antaa niin ryhmässä kuin yksilöohjauksessa. Vuonna 2013 Suomessa ryhmämuotoista elintapaohjausta sai noin 7000 ihmistä, saman verran annettiin yksilöohjausta. Lyhytinterventiota sai suunnilleen noin 50000. (Pietiläinen & Mustajoki 2014.)

Laihduttamisessa ja painonhallinnassa on aina tärkeänä, että muutoksen tekijä on itse motivoitunut tekemään muutoksen. Asiakkaan on hyvä itse pohtia tilannettaan suhteessa muutoksen vaatimaan ponnisteluihin. Joskus asiakkaan elämäntilanne voi olla sillä hetkellä haastava tai asiakkaalla ei ole aikaa tai voimia ryhtyä muutoksen tekoon, jolloin on hyvä päätyä siihen, ettei elämäntapamuutokseen ryhdytä. (Lappalainen 2006, 229–230.) Valitun hoitomuodon valinta on tärkeää, jonka valinnan viime kädessä tekee itse muutoksen tekijä. Lihavuuden perushoitona pidetään ohjausta, joka sisältää ruokatottumusten muutoksia ja liikunnan lisäämisen neuvontaa, mutta myös käyttäytymisterapeutista ja kognitiivista ohjausta. (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 164.)

Lyhytinterventiota voidaan käyttää elämäntapamuutoksessa. Siinä tapaamisia on yleensä yhdestä kolmeen kertaan. Lyhytinterventiot ovat käyttökelpoisia painonhallinnan ensimmäisenä hoitomuotona. (Mustajoki & Lappalainen 2006, 273–274.)

Muutoksia halutaan ruokatottumuksiin, liikuntaan ja painonpudotukseen elintapa ohjauksen avulla. Myös lepo ja terveyslukemat näyttäytyvät motivaatioina muutoksille. (Rekola 2014, 40.)

Painonpudotukselle on tyypillistä, että paino pyrkii nousemaan hoidon jälkeen, kun vertailtaessa tuloksia pidemmällä aikavälillä 2–4 vuotta. Elämäntapahoitoilla on saatu hyviä tuloksia. (Douketis ym. 2005.)

Painohallintaohjausta voidaan antaa esimerkiksi perinteisen ohjauksen lisäksi puhelimitse, internetin tai postin. Kaupallisten laihdutus- ja painonhallintaohjelmien kautta on saatu vaihtelevia tuloksia, maksullinen internetissä tapahtu-

va ohjaus voi olla tehokasta, mutta ongelmana on käyttäjien suuri kato ja ohjelman puutteellinen käyttäminen. (Käypä hoito -suositus 2013.)

4.1 Ryhmätoiminta ja vertaistuki

Puhuttaessa elintapahoidosta tarkoitetaan sillä lihavuuden hoitomuotoa, jossa hoito tapahtuu useiden ohjauskertojen avulla. Ohjauskerrat voivat olla joko ryhmätapaamisia tai yksilöllisiä ohjauskertoja. Ryhmä ja yksilöohjaukset ovat tehokkuudeltaan samanarvoisia, mutta ryhmässä tapahtuva ohjaus on kustannustehokkaampaa. (Hakala & Fogelholm 2006.) Ryhmässä voi olla miehiä ja naisia, nuoria ja vanhoja, osallistujien erilaiset taustat tuovat ryhmään monipuolisia näkemyksiä (Lappalainen & Lappalainen 2015c, 232). Kuitenkin on hyvä huomioida, että lihavuuden aste olisi sama. Yhdessä ryhmässä on hyvä olla 10–15 ihmistä, sillä on todennäköistä, että joku jättää ryhmän kesken. (Mustajoki & Lappalainen 2006, 275.) Hoidon tavoitteena on yleisesti elintapamuutoksen kautta tapahtuva vähintään 5 %:n painon pudotus ja saavutetussa painossa pysyminen. (Käypä hoito -suositus 2013) Painonhallintaryhmien ohjeistuksen mukaan ohjauskertoja on hyvä olla 5–15 kertaa (Lappalainen & Lappalainen 2015c, 231). Kokoontumistiheydellä voidaan vaikuttaa ryhmän kokonaiskestoan, kuitenkin liian pitkälle aika välille jaetut kerrat eivät välttämättä tue tarpeeksi osallistujien elintapojen muutosta, esimerkiksi yli vuoden mittaiseksi ei ryhmän kesto suositella. Vuoden jälkeen tapahtuvat seurannat kerran kuussa tai kerran kahdessa eivät välttämättä pysty kaikilla osallistujilla estämään painonnousua. Suositeltava kesto yhdelle tapaamiselle on 75–90 minuuttia ja ryhmässä edetään tietyn ohjelman mukaan. (Lappalainen & Lappalainen 2015c, 231–232.)

Painonhallintaryhmässä ryhmähengen kehittyminen ja tavoitteisiin pääseminen vaatii mieluiten suljetun ryhmän, mikä tarkoittaa, ettei ryhmään tule uusia osallistujia kesken (Mustajärvi & Lappalainen 2006, 276). Ryhmähoidossa on mahdollista käyttää melkein kaikkia yksilöhoidossa käytettäviä menetelmiä ja periaatteita. Ryhmähengen luomisessa ensimmäisellä tapaamiskertalla on merkittävä. (Lappalainen & Lappalainen 2015d, 232–233.) Ryhmätoiminta nähdään moniulotteisena (Minkkinen 2015, 55–56). Painonhallintaryhmän tapaamisilla voidaan tehdä erilaisia harjoituksia, kuten ruoanlaittoa sekä kotiteh-

täviä. Kotitehtävässä jatketaan ohjaukserolla käsiteltyä aihetta, sillä tärkein ja oleellisin työ elämäntapamuutoksessa tulee tehdä ryhmätapaamisten ulkopuolella. (Lappalainen & Lappalainen, 2015e, 234–238.) Painonhallintaryhmissä voidaan käyttää motivoivaa haastettua, ja se toimiikin ryhmässä, jossa on henkilöitä, jotka hyötyisivät käyttäytymismuutoksesta (Britt, Hudson & Blampied 2004).

Ravitsemusohjaus voi tapahtua ryhmässä (Käypä hoito -suositus 2013; Nupponen 2001a, 22). Ryhmäohjauksen merkittävä etu on, että ryhmä koetaan kannustavana, tsemppaavana ja vertaistukea antavana, mutta myös kokemusten vaihtaminen ja niiden vertailu on tärkeää (Nupponen 2001b, 45; Virtanen 2007, 43; Minkkinen 2015, 55). Ryhmään osallistuneiden omat ongelmat tulee olla lähellä muita ryhmään osallistuneiden haasteita. (Nupponen 2001a, 22; Lappalainen & Lappalainen 2015b, 228.) Lisäksi toiminta voi olla monipuolisempaa verrattuna yksilöohjaukseen. (Lappalainen & Lappalainen 2015b, 228.)

Ryhmäohjauksen ajatellaan olevan tehokkaampaa työntekijän ajan käytön kautta, mutta ryhmätoimintakin vaatii ohjauksen, opetuksen ja henkilökohtaisen palautteen tekemisen, mikä vaatii ryhmänohjaajalta aikaa. On myös tilanteita, jossa ryhmässä tapahtuvasta ohjauksesta ei ole hyötyä, sillä keskustelu voi painottua niin, että se vahvista osanottajien ajatuksia mahdottomuudesta tai masentaa, jos tuloksia ei ole syntynyt samalla tavalla kuin muilla. (Nupponen 2001, 45–46.)

Vertaistuella tarkoitetaan kokemusten jakamista samassa tilanteessa olevien tai siinä olleiden kanssa. Kokemus ja kannustus, tunteiden läpikäynti, rohkaisujen ja vinkkien jakaminen sekä hyväksytyksi ja ymmärretyksi tuleminen kuuluvat vertaistukeen ja pitävät yllä uskoa onnistumiseen. Vertaistukea voi tarjota niin laihdutusryhmä tai verkkoyhteisö. (Nupponen 2001b, 46; Virtanen 2007, 43; Minkkinen 2015, 55; Lasila 2015; Borg 2015c, 205–206.) Varsinaisen vertaistuen ohella lähipiirin, ystävien, työtovereiden tai opiskelukavereiden kannustavat ja myönteiset huomiot antavat voimaa muutoksen toteuttamiseen. (Virtanen 2007, 43; Borg 2015c, 205–206.) Vertaistukea pidetään merkittävänä saadun tuen ja kannustuksen ja syyllisyyden tunteiden jakamisen kannalta (Kurki, Hemiö, Lindström & Jaakkola, 2008, 31).

Ryhmänohjaajalta vaaditaan paljon, sisältäen tiedon jakamista, mutta ohjaajan tulee myös huolehtia sovitusta ohjelmasta, tavoitteista ja aikataulussa pysymisestä sekä ryhmän toimivuudesta. Ryhmän ohjaajan tulee tuntee erilaisia tekniikoita, jotta hän osaa käyttää ryhmälle sopivia menetelmiä. (Lappalainen & Lappalainen 2015b, 230.) Huumorin avulla on mahdollista luoda vuorovaikutusta ja yhteisöllisyyttä ja helpottaa jännitystä (Kauronen 2016, 121). Ryhmäneuvonnan onnistumisen edellytyksenä on, että ohjaaja tuntee ryhmädynamiikan sekä omaa hyvät ohjaajataidot. Osallistujien valinta ennakkohaastattelujen kautta on tärkeää. Ryhmään osallistuville on hyvä selkeästi esittää, mitä ryhmässä tehdään. Esimerkiksi terveyskeskuksessa tapahtuvassa ohjauksessa on mahdollisuus saada ryhmästä riittävän homogeeninen. (Nupponen 2001b, 45–46.) Ohjaajan kannustava ote toimii rohkaiseva tekijänä (Kovanen & Multanen, 2006, 26; Kurki ym. 2008, 35).

4.2 Aiempia interventioita asiasta

Kuukan pro gradu toteutettiin seurantatutkimuksina vuosina 2004 ja 2006. Tutkimukseen osallistuneet olivat täysi-ikäisiä ja heillä oli vähintään lievä ylipaino. Alkumittaukseen osallistui 258, jotka jaettiin yhden hoitokerran ja neljän hoitokerran ryhmiin. Seurantatutkimus tehtiin puhelinkyselynä. Tutkimuksen perusteella lyhytinterventioilla voidaan parantaa ylipainoisten ja lihaviiden terveyttä saman tutkimuksen mukaan lyhyillä painonhallintaohjelmien avulla on mahdollista vaikuttaa psykologiseen hyvinvointiin. Lisäksi tutkimuksessa käy ilmi, että osa väestöstä hyötyy ryhmämuotoisesta psykologisesta lyhythoidosta. (Kuukka 2007, 17,40.)

Kovanen ja Multanen ovat pro gradussaan tutkineet ryhmähaastattelujen avulla Pieni Päätös Päivässä -painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksia. Tutkimus on tapahtunut 2005 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Tutkimuksen perusteella henkilön osallistuminen painonhallintaryhmään auttaa häntä painonpudotuksessaan ja onnistumisen kannalta tärkeää ovat ohjaajan ja ryhmän tuki. (Kovanen & Multanen 2006, 3, 22, 37.)

Virtanen tutki pro gradussaan ylipainoisten nuorten kokemuksia painonhallinnasta. Tutkimus toteutettiin ryhmähaastattelun avulla. Osa nuorista oli osallis-

tunut ryhmäohjaukseen ja olivat kokeneet saaneensa tukea ja apua painonhallintaa, lisäksi ryhmään osallistuminen oli helpottanut painonhallintaa prosessin aloittamista. Tutkimuksen mukaan nuoret kokivat, etteivät olleet yksin ongelman kanssa. (Virtanen 2007, 20,42.)

Rekola tutki pro gradussaan kakkostyyppin diabeteksen ennaltaehkäisyä. Tutkimuksessa selvitettiin ryhmäohjauksen yhteyttä painoon, painoindeksiin ja vyötärön ympäryksen pienenemiseen sekä elintapoihin. Tutkimuksen aineistona toimi Päijät-Hämeen alueella toimivat Ikihyvä vuosilta 2010 – 2011. Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan sanoa, että elintapaohjausta kannattaa järjestää henkilöille, joilla on korkea riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Tutkimuksen mukaan paino, BMI ja vyötärön ympäryys laskivat elintapaohjauksessa merkittävästi. Tutkimuksen perusteella eniten ohjauksesta hyötyvät naiset ja yli 50-vuotiaat. Elintapojen muutoksessa parempaan auttoi saatu tuki. (Rekola 2014, 2, 50.)

Minkkinen on vuonna 2015 tutkinut pro gradussa painonhallintaryhmiin osallistuneiden työikäisten kokemuksia painonhallinnasta ja elintapamuutoksesta. Tutkimus on toteutettu haastattelujen avulla. Haastatteluihin olivat osallistuneet Pieni Päätös Päivässä -painonhallintaryhmään. Ryhmätoimintaan ja ohjausta pidettiin tärkeänä painonhallinnan edistymisen kannalta. (Minkkinen 2015, 2–3,61.)

Lasilan pro gradussa tarkastellaan elintapaohjausryhmäläisten toisilleen tarjoamaa sosiaalista tukea. Lasilan tutkimus on osa Tampereen yliopiston ja Työterveyslaitoksen Counseling-hanketta, ja aineisto koostui videonauhoituista ryhmätapaamisista. Ryhmä koostui neljästä naisesta sekä ryhmän vetäjänä toimivasta ravitsemusterapeutista. Kyseessä on tapaustutkimus. Tutkimusmenetelmänä käytettiin keskustelunanalyysia. Ryhmätapaamisissa keskityttiin tilanteisiin, jotka käsittelivät syömistapojen muutosta ja painonhallintaan liittyviä ongelmia. Lisäksi tutkimuksen kohteena oli ravitsemusterapeutin toimintaa. Ryhmäläisten toisilleen tarjoama tuki tuli esille ymmärryksen osoittamisena ja ongelman ymmärrettäväksi tekemisenä, mutta myös ongelman jakamisena ja yhteiseksi tekemisenä, ongelmaan ratkaisujen etsimisenä, rakensena ja neuvoina sekä positiivisena arviona ja kannustamisena. Ravitse-

musterapeutti toi asiaan tietoa puheesta olevasta asiasta, mutta pysyi muuten enemmän taustalla. (Lasila 2015.)

Jokinen tutki pro gradussaan sähköpostikyselyn avulla painonpudottajien tul- kintoja omasta painosta, sen syistä sekä painonpudotuksen onnistumista ja siihen yhteydessä olevia taustatekijöitä. Kyselyyn osallistuneet kuuluivat Her- balife-ryhmään. Tutkimuksessa selvisi että tutkittavat selittivät painonkertymi- sen yleisimpinä syinä stressiä, masennusta sekä muita psyykkisiä tekijöitä. Merkittävänä apuna painonpudotuksessa pidettiin ryhmänohjaajalta ja ryhmältä saamaa tukea sekä Herbalife- tuotteita. (Jokinen 2016, 29, 33, 37)

Kauronen tutki väitöskirjassaan videotallenteiden avulla ohjaajien toimintaa elintapamuutosten tukemisesta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ryhmäohja- uksessa. Tutkimuksen perusteella ohjaajavoittoinen keskustelu muuttui ryh- mäkeskusteluksi. Ohjaajat painottivat tavoitteiden tekemisessä asteittaisten tavoitteiden käyttöä ja muutosten tekemistä pienin askelin. Ryhmäläisiä roh- kaistiin arkiliikunnan käyttöön ja esimerkiksi liikunnan omaseurantaan, mikä tuki itsearviointin kautta osallistujien muutosta. Tutkimuksen perusteella ryh- mäohjaustilanteita ei kuitenkaan kannata käyttää liikuntaohjaukseen. Ohjaaji- en tuki muutosten tekemisessä välittyi eri keinojen kautta. (Kauronen 2016, 47, 120–122.)

5 TERVEYDEN EDISTÄMISEN PAINONHALLINTARYHMÄT KOUVOLASSA

Opinnäytetyön kohteena olevien painonhallintaryhmien toiminta on tapahtunut 2014–2015 sekä kevään 2016 aikana. Ryhmien yhdyshenkilönä ja päävas- tuullisena vetäjänä oli tuolloin toiminut terveydenhoitaja, hänen lisäksi toi- minnassa on ollut mukana liikuntaneuvoja ja kotitalousneuvoja. Tutkimuksen kohteena on 10 kerran painonhallinta ryhmä ”pienin askelin hyvinvointiin”, jota on sekä aamu- että iltaryhmänä. 4–6:den kerran ryhmä ”lyhyt painonhallinta ryhmä” sekä 65+-ryhmä. Yhteensä tutkimuksen kohteena on 124 ryhmiin osal- listunutta. (Siropää 2016.)

Ryhmien toimintamalli on ollut käytössä jo usean vuoden ajan. Ryhmän toi- mintaan käytetään materiaaleina sydänliiton, diabetesliiton ja käypä hoito - suositusten ohjeistuksia sekä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitse-

mussuosituksia, mutta toimintaa ei varsinaisesti ohjaa mikään terveyden edistämisen malli. (Siiropää 2016.)

Kouvolan kaupungin terveyden edistämisyksikön painonhallintaryhmiin osallistujilta vaaditaan tahtoa muutoksiin sekä sitoutumista säännöllisiin tapaamisiin. Lisäksi edellytetään kurssin jälkeisiä seurantapunnituksia. (Kouvolan kaupunki 2015). Ryhmiin ohjaudutaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja liikuntaneuvojan sekä liikuntaryhmien, mutta myös lehti-ilmoitusten kautta. Ryhmään pääsynä pidetään painoindeksiä 30 tai enemmän, mutta käytännössä asiassa voidaan hieman liukua, esimerkiksi BMI 28+ lihavuuteen yhteydessä oleva sairaus, kuten diabetes, ikärajana on 18–65-vuotta, mutta siinäkin on joustaa varaa (yli 65-vuotiaille on myös järjestetty 2014 oma kurssi). (Siiropää 2016.)

Painonhallintaryhmän, on se sitten lyhyt, pitkä tai 65+-kurssi, yksi tapaaminen kestää kerrallaan 90-minuuttia. Ennen kurssin alkua terveydenhoitaja pyrkii haastattelemaan osallistujan. Haastattelun avulla kartoitetaan motiivi ja valmius, sitoutuminen, mutta myös ryhmäohjauksen onnistumisen mahdollisuus. Ensimmäiset kolme tapaamista järjestetään viikon välein. Sen jälkeen tapaamisia aletaan harventaa kahdesta kolmeen viikkoon. Ryhmän pituus on vaihteluvälillä neljästä kymmeneen kertaan riippuen siitä onko kyse pitkästä vai lyhyestä ryhmästä. Varsinaisen intensiivijakson jälkeen ryhmäläisille järjestetään mahdollisuus seurantapunnitukseen vuoden ajan. Punnitukset tapahtuvat joka toinen maanantai. Seurantapunnituksissa terveydenhoitaja kirjaa painon asiakkaan painonhallintakorttiin. Seurantapunnituksia on mahdollista jatkaa tarvittaessa pidempäänkin, puoli vuotta kerrallaan. Tarvittaessa on mahdollisuus yksittäisiin ohjaukseroihin. Painonhallintaryhmään osallistumisen jälkeen seuraavaan ryhmään voi osallistua aikaisintaan kahden vuoden kuluttua. (Siiropää 2016.)

Painonhallintaryhmässä jokaisella kerralla on jokin teema, kuten asenteet, motivaatiot, ruokavalion perusteet, liikunta ja ruokailutottumusten muutokset. Ryhmissä on perinteistä tiedonantoa, mutta myös käytännöttöitä, kuten yhteistä liikkumista tai ruuanlaittoa. Ryhmien kertojen sisältö muovautuu ryhmän mukaan ja voi vaihtua hyvinkin spontaanisti ryhmätilanteessa. Jokainen ryhmään osallistuva kirjaa omat tavoitteensa, mitä toivoo kurssilta saavuttavansa. Viimeisen kerran yhteydessä kurssiin osallistuneet täyttävät terveydenhoitajan

tekemän palautelomakkeen. Kurssin vetäjän mukaan palaute kurssista on yleisesti ollut positiivista. (Siiropää 2016.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tietoa 2014–2015 ja kevään 2016 aikana Kouvolan kaupungin, Terveystieteiden yksikön painonhallintaryhmiin osallistuneiden henkilöiden kokemuksista, painonhallintaryhmän toteutuksesta, intensiivijakson jälkeisistä haasteista ja tavoitteiden onnistumisesta sekä niissä pysymisestä.

Tavoitteena on myös tuottaa tietoa, joka auttaa Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen yksikön terveydenhoitajaa painonhallintaan liittyvän työnsä kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten ryhmään osallistuminen vaikutti painonhallintaan?
2. Miten ryhmään osallistuminen vaikutti painon yhteydessä oleviin elämäntapatekijöihin?
3. Miten ryhmään osallistunut koki ryhmän ja ryhmänohjauksen?

7 OPINNÄYTETYÖN AINEISTONKERUU JA ANALYYSIMENETELMÄT

Opinnäytetyön aineisto kerätään kaksivaiheisesti, ensimmäisessä vaiheessa painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmän toteutuksesta ja painonhallinnasta selvitetään kyselylomakkeen avulla ja toisessa vaiheessa asiaan syvyyttä ja täsmennystä haetaan teemahaastattelulla. Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna. Triangulaation avulla opinnäytetyöhön saadaan syvyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 144). Triangulaatiota käytettäessä tutkittavaa kohdetta tarkastellaan eri suunnista (Metsämuuronen 2007, 64).

7.1 Kysely

Kyselylomake on tavallisin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämisen tapa. Kyselytutkimuksen etuina ovat, että kyselyllä on, mahdollista saada iso tutkimusaineisto ja, että vastaaja jää tuntemattomaksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190–192.) Menetelmänä se on tehokas, sillä jos kyselylomake on tehty hyvin, pystytään tulokset saamaan helposti. Kyselyn avulla hankitun materiaalin huonona puolena pidetään, mahdollisia väärinymmärryksiä kysymysten ymmärtämisessä ja kuinka perehtyneitä vastaajat ovat kyselyä tehdessään, jolloin kysely voi jäädä jokseenkin pinnalliseksi ja näin tulosten analyysi teoreettisesti heikkolaatuiseksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 192.)

Kysely toimitettiin ryhmässä aikaisemmin osallistuneille postitse ja mukaan laitettiin saatekirje (liite 1) sekä kirjekuori kyselyn palautusta varten. Kysely toteutettiin postikyselynä, sillä etukäteen tiedettiin osallistuneiden ikäjakauma ja näin lähdettiin olettamuksesta, että heille on luontevampaa vastata paperikyselyyn kuin internetin avustuksella tehtävään kyselyyn. Vastausaikaa kyselylle annettiin noin 2 viikkoa. Kyselyssä käytettiin monivalintakysymyksiä, sekamuotoisia kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. (Liite 2.) Kyselylomakkeen suunnittelu oli tärkeää koko opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Tämä opinnäytetyö on kokonaistutkimus, koska kysely lähetettiin kaikille painonhallintaryhmiin 2014–2015 sekä 2016 kevään aikana osallistuneille yhteensä 124 henkilölle (Hirsjärvi ym 2007, 174).

7.2 Haastattelu

Teemahaastattelu on yleisimmin käytetty laadullinen aineiston keräystapa, siinä aihealueet on etukäteen määrätty, mutta niiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastatteluissa. Haastattelija käyttää apunaan tukilistaa käsiteltävistä teemoista. (Eskola & Vastamäki, 2015, 27–29.) Haastattelun etuna pidetään sen joustavuutta, sillä siinä haastattelijan on mahdollista oikaista väärinymmärryksiä, toistaa kysymyksiä, kysyä kysymykset tilanteeseen sopivassa järjestyksessä selventää kysymyksiä ja keskustella asiasta haastateltavan kanssa, erityisesti laadullisen tutkimuksen haastattelu on varsin joustava. (Hirsjärvi ym. 2007, 73.)

Haastattelun teemat rakentuivat kyselyn pohjalta. Saatekirjeessä pyydettiin haastatteluun halukkaita ottamaan yhteyttä tutkijaan joko puhelimitse tai sähköpostitse. Haastattelupaikkana toimivat kirjastot tai kahvilat, jotka sovittiin erikseen haastatteluun osallistuvien kanssa. Haastattelu toteutettiin aikaisemmasta aikataulusta myöhemmin, tammikuun 2017 aikana. Alun perin haastatteluun ilmoittautui neljä ihmistä, mutta mahdollisesti aikataulun muuttamisen seurauksena lopulta kolmea haastateltiin. Haastateltavat ottivat yhteyttä tekstiviestin ja sähköpostin avulla. Haastattelut toteutettiin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kahvilassa. Haastatteluja varten tehtiin teema-haastattelurunko (liite 3). Haastatteluihin varattiin aikaa puoli tuntia, mutta ne kestivät kokonaisuudessaan noin 15 minuuttia. Kaikki haastattelut nauhoitettiin digitaalisen sanelukoneen avulla.

7.3 Analyysimenetelmä

Määrällisessä tutkimuksessa analyysimenetelmän valintaa ohjaa se, ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä yhteyttä. Sijaintilukuja käytetään, kun halutaan kuvata tunnuslukuja, jotka kuvaavat havaintoarvojen sijaintia. Silloin, kun halutaan analysoida aineiston kahden muuttujan välistä yhteyttä. (Vilka 2007b, 119.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin määrällisen aineiston analyysissä apua Excel-taulukointia ja aineistosta haettiin yhteyksiä. Tarkastelun kohteena olivat sukupuolten, ryhmänpituuden ja osallistumisvuosien yhteydet. Tuloksia esitetään kuvien avulla.

Opinnäytetyössä oli tarkoitus tehdä sisällönanalyysi haastattelumateriaalin, mutta saatujen aineistojen käsittelyn myötä vain aineiston luokittelu oli mahdollista toteuttaa. Haastatteluja varten oli laadittu teemahaastattelurunko, johon kuului viisi laajempaa teemaa. Tutkimuksessa nauhoitetut haastattelut litteroitiin heti haastattelun jälkeen sanatarkasti. Sen jälkeen aineisto luettiin useampaan kertaan, hakien samalla yhteisiä asioita, jotka luokiteltiin.

8 TULOKSET

8.1 Kyselyn tulokset

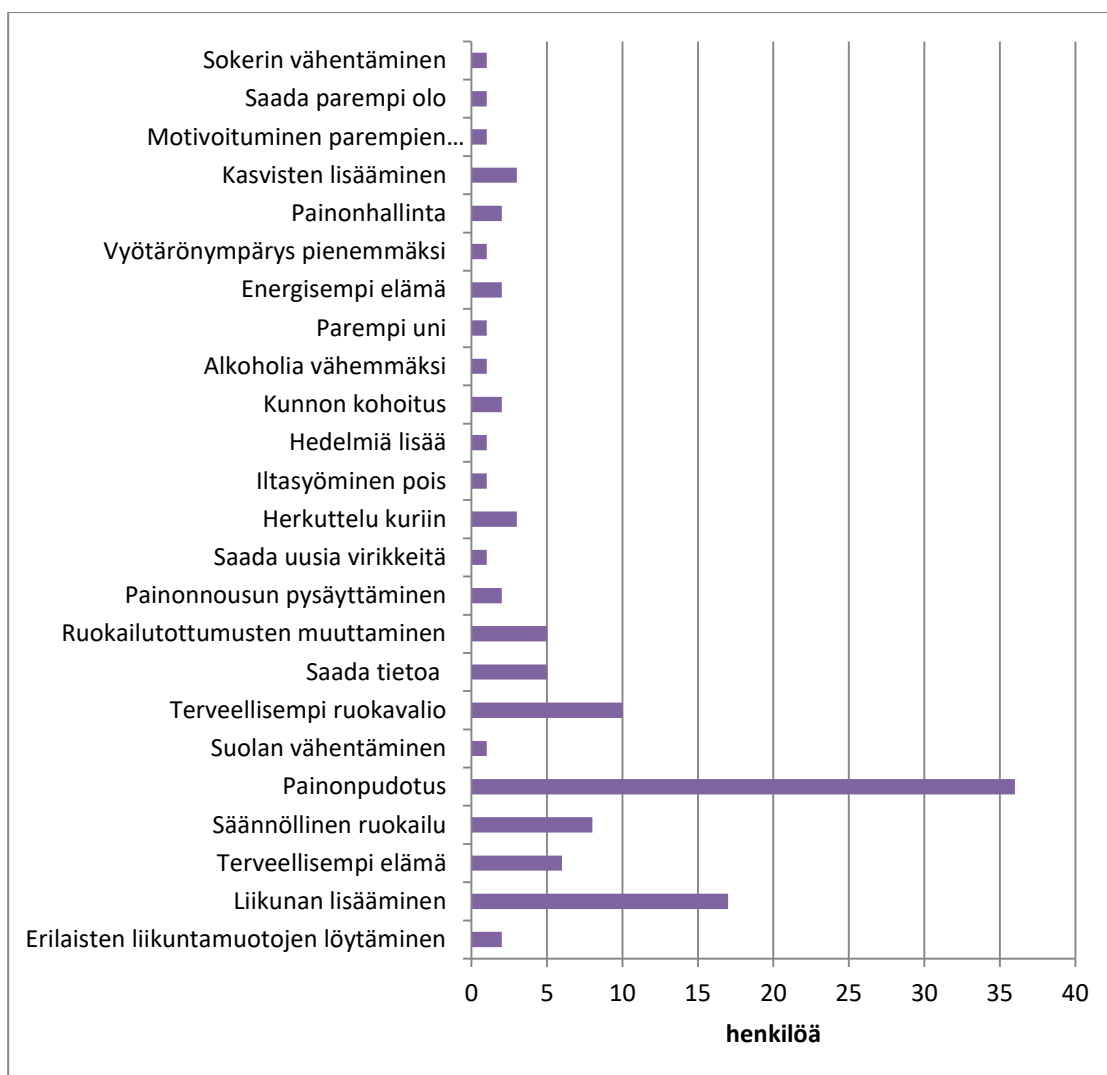
Kaikki 53 vastaajaa eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin ja osa vastaajista on vastannut useamman vaihtoehdon, minkä takia vastanneiden lukumäärä vaihtelee jonkin verran osassa kysymyksistä. Lisäksi osaa vastauksista on käsitelty sukupuolen, osallistumisen vuoden ja ryhmän pituuden mukaan.

Kysely lähetettiin kaikkiaan 124:llä (N=124)vuosina 2014–2016 Kouvolan kaupungin painonhallintaryhmään osallistuneelle. Vastauksia tuli kaikkiaan 53 eli vastausprosentti (n=53) oli 43. 42 naista ja yhdeksän miestä vastasi kyselyyn. Lisäksi vastaajista kaksi ei ollut ilmoittanut sukupuoltaan. Naistenosuus oli 79 prosenttia ja miesten 17 prosenttia saaduista vastauksista. Vastaajista nuorin oli 34-vuotias ja vanhin 75-vuotias ja keskiarvo iässä oli 59 vuotta.

Kolme vastaajista ei ollut muistanut minä vuonna ryhmään oli osallistunut ja yksi vastaaja ilmoitti osallistuneen kaikkiin ryhmiin. Vastaajista 89 prosenttia kävi ryhmän loppuun. 11 prosenttia vastaajista ei käynyt ryhmää loppuun ja yleisin syy kesken jättämiseen olivat erilaiset aikatauluongelmat. Yleisimmin eli 70 prosenttia vastaajista oli osallistunut pitkään kymmenen kertaa kestäneeseen ryhmään.

8.1.1 Osallistujien asettamat tavoitteet

Vastaajien asettamat tavoitteet koskettivat eniten painonpudotusta, sillä 68 prosentissa (n=53) vastauksissa oli painonpudotus. Liikunnan lisäämisen oli toiseksi yleisin vastaus ja se oli kymmenessä kyselylomakkeessa. Terveellisen ruokavalion oli asettanut kymmenen vastaajaa, mutta useat muutkin tavoitteet käsittelivät ruokavaliota, kuten kasvien ja hedelmien lisäämistä sekä suolan ja alkoholin vähentäminen myös herkuttelu haluttiin kuriin. Lisäksi kahdeksan vastaajaa piti säännöllistä syömistä tavoitteena ja kuusi vastaajaa haki terveellisempää elämää. Tavoitteena pidettiin tiedonsaantia ruokatottumuksista ja väärin ruokailutottumusten muuttamista myös toivottiin viidessä lomakkeessa (kuva 1).



Kuva 1. Vastanneiden asettamat tavoitteet

Painonpudotustavoitteet oli yhdeksässä lomakkeessa ilmoitettu kilojen tarkkuudella. Tavoitteet oli asetettu 5–30 kilon välille. 33 prosenttia vastaajista oli asettanut tavoitteekseen pudottaa painoaan 5 kiloa.

Ryhmäläisistä tavoitteet saavuttivat 25 prosenttia ($n=52$), joista kaikki olivat naisia. Osittain tavoitteet saavutti kaikista vastanneista 58 prosenttia ($n=52$), joista miehiä oli 19 prosenttia. 15 prosenttia vastaajista ei päässyt tavoitteisiin ja kaksi prosenttia vastaajista ei ollut vastannut mitään. Osittain tavoitteet saavuttaneista vastauksista 65 prosenttia koski painonlaskua, 16 prosenttia ravintoa, kuusi prosenttia alkoholin käyttöä ja 13 prosenttia liikunnan lisäämistä.

Tavoitteissa oli pysynyt ($n=52$) kaikista vastaajista 35 prosenttia, 19 prosenttia vastaajista ei ollut pysynyt tavoitteissa ja 44 prosenttia vastaajista oli osittain pysynyt, kaksi prosenttia ei ollut vastannut tähän kohtaan. Osittain vastauksis-

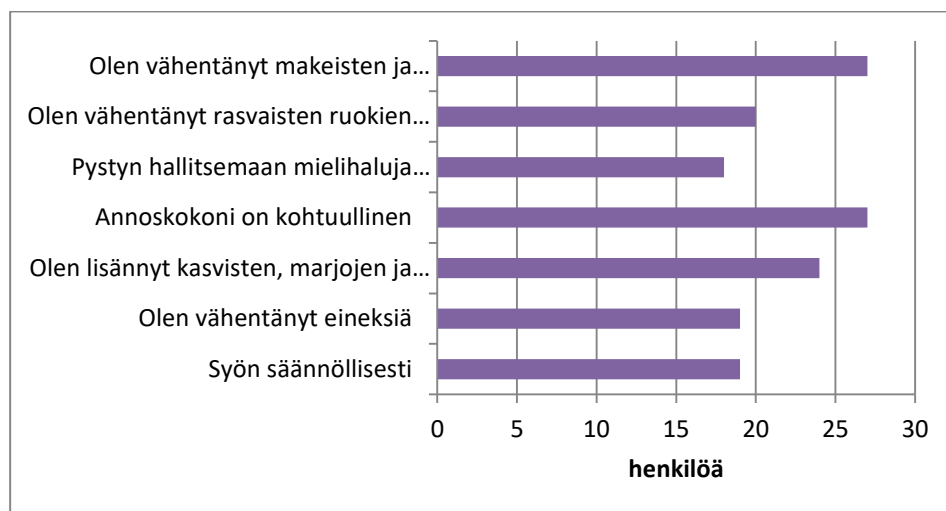
ta puolet liittyi parantuneeseen painonhallintaan, 25 prosenttia ruokailun hallintaan ja kahdeksan prosenttia lisääntyneeseen liikuntaan. Lisäksi unen liittyi neljä prosenttia vastauksista.

Tavoitteissa pysymisen vaikeutta ruokailun suhteen oli 55 prosentilla (n=53), liikunnan suhteen 60 prosentilla. 17 prosenttia ilmoitti syyksi jonkin muun syyn, kuten terveysongelmat, alkoholin ja ruokailuvälien ja herkkujen hallinnan sekä nukkumisen hallinnan. Neljällä prosentilla vastaajista ei ollut vaikeuksia tavoitteissa pysymisessä.

Paino oli laskenut 47 prosentilla (n=53) vastaajista ryhmään osallistumisen jälkeen. 23 prosentilla vastaajista paino oli noussut ryhmään osallistumisen jälkeen, näistä 75 prosenttia oli naisia. 28 prosentilla paino oli pysynyt samana ja 2 prosenttia vastaajista ei ollut käynyt vaa'alla.

Vyötärön ympäry (n=53) oli kaikista vastanneista 12:lla pysynyt samana, seitsemällä kasvanut ja 21 pienentynyt. 13 vastaajaa ei ollut mitannut vyötärön ympärystä. Kolmella miehellä vyötärön ympäry oli pysynyt samana, kun taas naisista vastaava luku oli kahdeksan. 16 naisella ja neljällä miehellä vyötärön ympäry oli pienentynyt.

Ryhmään osallistuminen paransi ruokailutottumuksia niin, että 36 prosenttia (n=53) vastaajista ilmoitti syövänsä säännöllisesti. Eineksiä vähemmän käytti 19 vastaajaa, 24 on lisännyt kasvisten, marjojen ja hedelmien määrää ja 27:llä annoskoko on kohtuullinen. Mielihaluja hallitsee 18 vastaajaa, 20 on vähentänyt rasvaisten ruokien syöntiä, kun taas 27 on onnistunut vähentämään makeisten ja leivosten syöntiä (kuva 2).

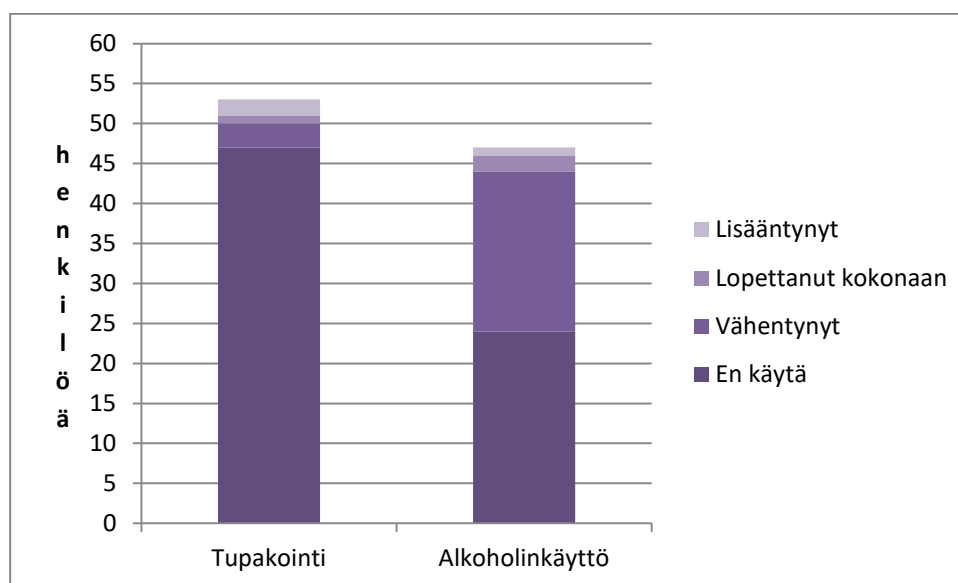


Kuva 2. Ruokailutottumusten muutokset

8.1.2 Liikunta ja muut elämäntavat

Ryhmään osallistuminen oli lisännyt 24:llä liikunnan harrastamista, näistä naisia oli 20. Ryhmään osallistuminen oli lisännyt tietoutta liikunnasta 41:llä eli 77 prosentilla. Liikuntaa harrastaa (n=53) vähemmän kuin 30 minuuttia päivässä 20 vastaajaa, mikä oli sama määrä kuin yli 60 minuuttia liikuntaa harrastavista. 13 vastaajaa ilmoitti harrastavansa 30–60 minuuttia päivässä liikuntaa.

Kyselyyn vastanneista 47 eli 89 prosenttia (n=53) ei tupakoi, viisi prosenttia oli vähentänyt ja kolmella prosentilla tupakointi oli lisääntynyt. Alkoholinkäyttö oli vähentynyt 24:llä eli 45 prosentilla (n=47). Vastaajista 20 ei käyttänyt alkoholia ollenkaan. Lisäksi kaksi oli lopettanut alkoholinkäytön, mutta yksi vastaaja oli lisännyt alkoholin käyttöä (kuva 3). Kuusi vastaajaa ei ollut valinnut mitään annetuista vaihtoehdoista.



Kuva 3. Tupakointi ja alkoholinkäyttö

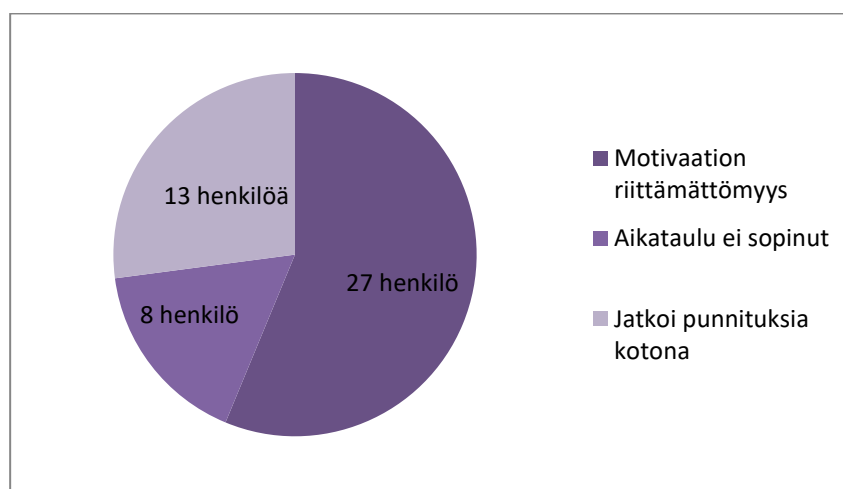
Ryhmään osallistumisen ei ollut vaikuttanut 79 prosentilla (n=53) vastaajista unen määrään. Unen määrä oli lisääntynyt kuudella vastaajalla, jotka kaikki olivat naisia. Unen laatu (n=53) oli parantunut 17 prosentilla ja pysynyt samana 77 prosentilla vastauksista. Kuusi prosenttia ilmoitti unen laadun heikentyneen.

8.1.3 Painonhallintaryhmä

Ryhmätoiminnan mieluisana koki 85 prosenttia (n=52) vastaajista. Lisäksi kaikista vastaajista 67 prosenttia (n=53) olisi mieluummin osallistunut yksilöohjaukseen. Vertaistuen tärkeänä koki 85 prosenttia (n=53) vastaajista ja 79 prosenttia vastaajista koki saaneensa (n=52) vertaistukea ryhmäläisiltä. 87 prosenttia suosittelisi ryhmää (n=53) muillekin painonhallintaa kaipaaville ja ryhmänohjaajaa asiantuntevana pitivät kaikki kyselyyn vastanneet.

Kysyttäessä miten ryhmäläiset haluaisivat kehittää ryhmän toimintaa, oli 30 vastaajaa laittanut kehitysehdotuksia. Eniten toivottiin lisää psyykkisen puolen käsittelyä painonhallinnassa ja painon pudotuksessa, uutta tietoa painonhallinnasta myös erityisryhmien ruokaluun toivottiin neuvoja sekä enemmän toiminnallista tekemistä kuten yhteisliikuntaa ja ruuanlaittoa istumisen sijasta. Tarkempaa tarkastelua jaettavan materiaalin suhteen ja vinkkejä luettavaan kirjallisuuteen haluttiin. Siinä missä toiset toivoivat vähemmän kotitehtäviä, toiset toivoivat niitä lisää, samanlaisenne jakautuminen oli myös ryhmätehtävien ja luentojen suhteen. Yksilöohjausta ja aikatauluista kiinni pitämistä haluttiin myös.

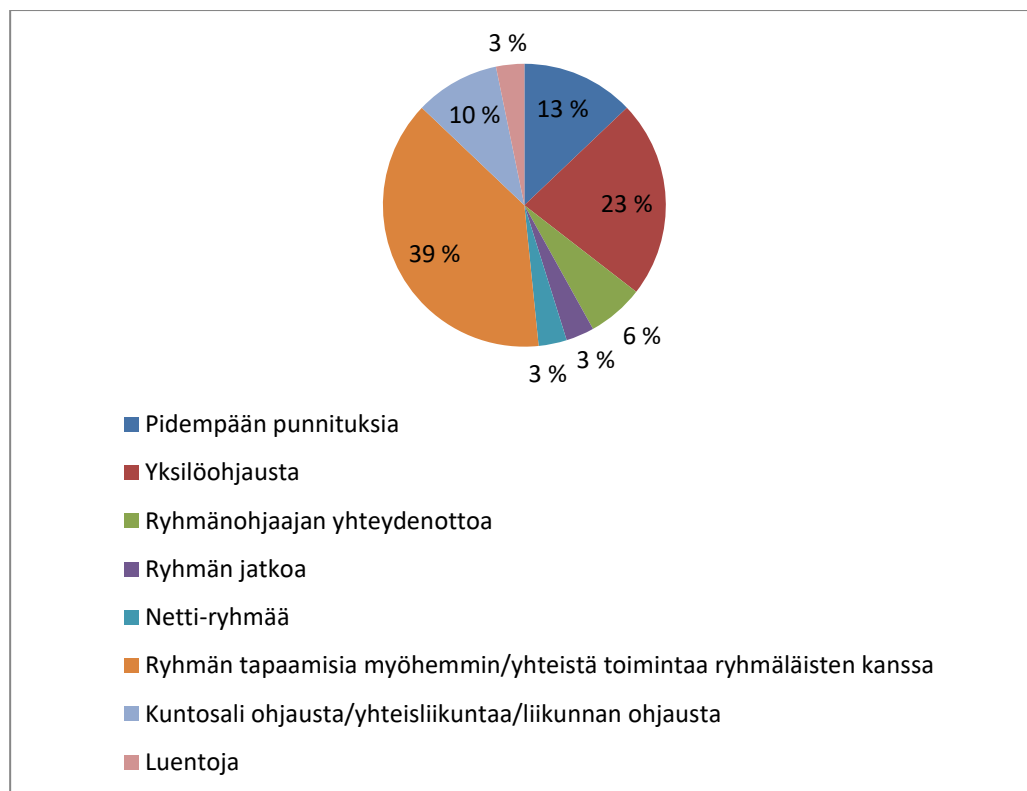
Vastanneista 26 ilmoitti käyneensä (n=53) seurantapunnituksissa. 27 ei vastauksesta kahdeksassa oli syyksi ilmoitettu motivaation riittämättömyys, yhdeksässä aikatauluongelmat ja 13:sta jatkoi punnituksia kotona (kuva 4).



Kuva 4. Seurantapunnitusten osallistumattomuuden syistä

Ryhmäläisistä tukea koki tarvitsevansa 49 prosenttia (n=51) varsinaisen ryhmätoiminnan jälkeen. Ehdotuksia tueksi toivottiin esimerkiksi punnitusten jatkumista, yksilöohjausta, ryhmäläisten tapaamista, erilaisen toiminnan yhtey-

dessä, kuten yhteistä liikuntaa. Lisäksi ehdotettiin internet-ryhmää, luentoja sekä ohjaajan yhteydenottoa varsinaisen ryhmän jälkeen (kuva 5).



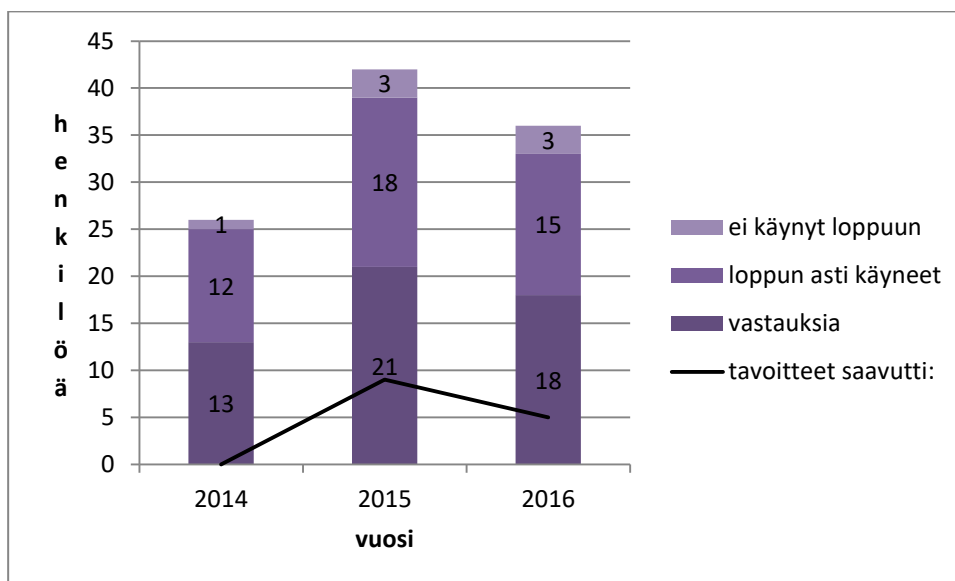
Kuva 5. Ehdotuksia varsinaisen ryhmätoiminnan jälkeen

Ohjaajan toimintaa halusi kehittää 21 prosenttia (n=31) vastaajista. Vastaajat toivoivat enemmän huomiota ryhmäytymiseen ja avointa keskustelua sisältäen toisten ryhmäläisten kertomuksia, asioiden loogista käsittelyä, mikä on tärkeää millekin ryhmälle esimerkiksi alkukyselylomakkeen avulla, käytännön vinkkejä, eri alojen vierailua ja uusinta tietoa sekä kuntosalia ja myöhempää yhteydenottoa toivottiin.

8.1.4 Osallistumisvuoden ja ryhmän pituuden vaikutukset

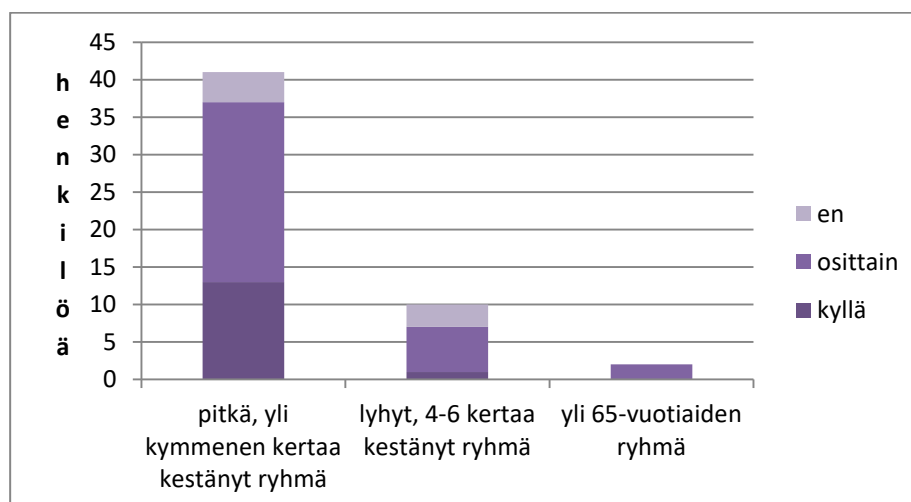
Vuonna 2014 oli 13 ryhmäläistä, joista 92 prosenttia kävi ryhmän loppuun. Heistä tavoitteita ei saavuttanut kukaan, mutta osittain tavoitteet saavuttivat 62 prosenttia (n=13). Vuonna 2015 ryhmäläisiä oli 21, joista loppuun asti kävi 85 prosenttia. Ryhmäläisistä tavoitteisiinsa (n=21) pääsi 43 prosenttia ja osittain tavoitteisiin pääsi 52 prosenttia. Vuonna 2016 ryhmään osallistui 18 ja heistä 83 prosenttia kävi ryhmän loppuun. Näistä tavoitteet saavuttivat (n=18) 28

prosenttia ryhmäläistä ja 61 prosenttia pääsi osittain asettamiinsa tavoitteisiin (kuva 6). Kolme vastaajista ei ollut muistanut, milloin oli ryhmään osallistunut ja yksi vastaaja ilmoitti osallistuneen kaikkiin ryhmiin.



Kuva 6. Ryhmät vuosittain ja osallistuminen

Ryhmiä oli pitkä, lyhyt ja yli 65-vuotiaiden ryhmä. Pitkään yli kymmenen kertaa kestäneeseen ryhmään osallistui 41 vastaajaa, kun taas lyhyeen neljä – kuusi kertaa kestäneeseen ryhmään osallistui 11 vastaajaa. Vain kaksi vastaajaa kävi yli 65-vuotiaiden ryhmän. Vastaajista yksi ei laittanut, mihin ryhmään oli osallistunut, ja yksi vastaaja oli osallistunut kaikkiin ryhmiin. Pitkään ryhmään osallistuneista (n=41) 32 prosenttia saavutti tavoitteet ja 59 prosenttia vastaajista osittain. Lyhyeen ryhmään osallistuneista (n=10) 10 prosenttia saavutti tavoitteet ja 60 prosenttia osittain. Yli 65-vuotiaiden (n=2) ryhmästä kaikki saavuttivat tavoitteet osittain (kuva 7).



Kuva 7. Ryhmän pituuden vaikutukset tavoitteiden saavuttamisessa

Pitkään ryhmään osallistuneet olivat asettaneet tavoitteita (n=41) liikuntaan, syömiseen, terveellisempään elämään, parempaa unta painon pudotukseen ja vyötärön kaventumista. Lisäksi he toivoivat osaavansa tehdä parempia valintoja jatkossa ja energisempää elämää sekä motivoitumista. He myös toivoivat lisää tietoa painonhallintaa yhteydessä olevista tekijöistä. Lyhyessä ryhmässä tavoitteita asetettiin (n=11) painon pudotukseen, liikuntaan ja ruokaan, mutta myös toivottiin tietoa terveellisistä valinnoista. Myös yli 65-vuotiaiden tavoitteet (n=2) olivat hyvin samankaltaisia painon pudotukseen ja liikuntaa koskien.

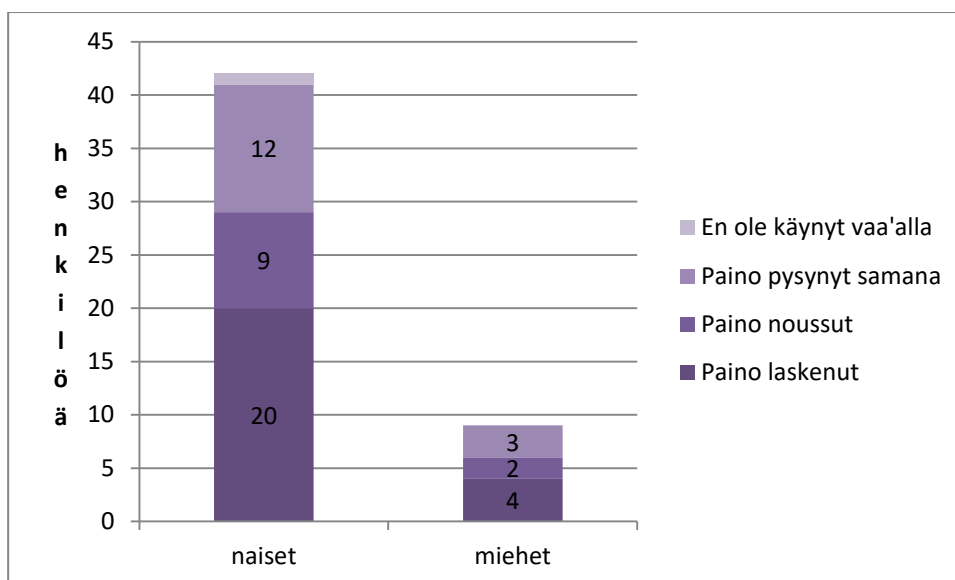
Pitkään ryhmään (n=41) osallistuneista 34 prosenttia ilmoitti pysyneensä tavoitteissaan. 15 vastaaja ei ollut pysynyt tavoitteissaan. Vastaajista 51 prosenttia saavutti tavoitteet osittain, kuten ruuan, painon ja liikunnan suhteen.

Lyhyeen ryhmään osallistuneista tavoitteissa (n=10) oli pysynyt 30 prosenttia vastaajista, osittain tavoitteissa oli pysynyt 40 prosenttia vastaajaa. Yli 65-vuotiaiden ryhmästä molemmat (n=2) vastaajat olivat osittain pysyneet tavoitteissaan.

8.1.5 Erot naisten ja miesten välillä

Vastaajista naisia oli 42, heistä 81 prosenttia kävi kurssin loppuun asti. Vastaajista miehiä oli puolestaan yhdeksän ja heistä 89 prosenttia kävi kurssin loppuun asti. Tavoitteiden saavuttajat (n=53) olivat kaikki naisia ja heitä oli 13. Naispuolisista vastaajista 36 prosenttia (n=42) oli pysynyt saavutetuissa tavoitteissaan. Miehistä (n=9) saavutetuissa tavoitteissa oli pysynyt 22 prosenttia.

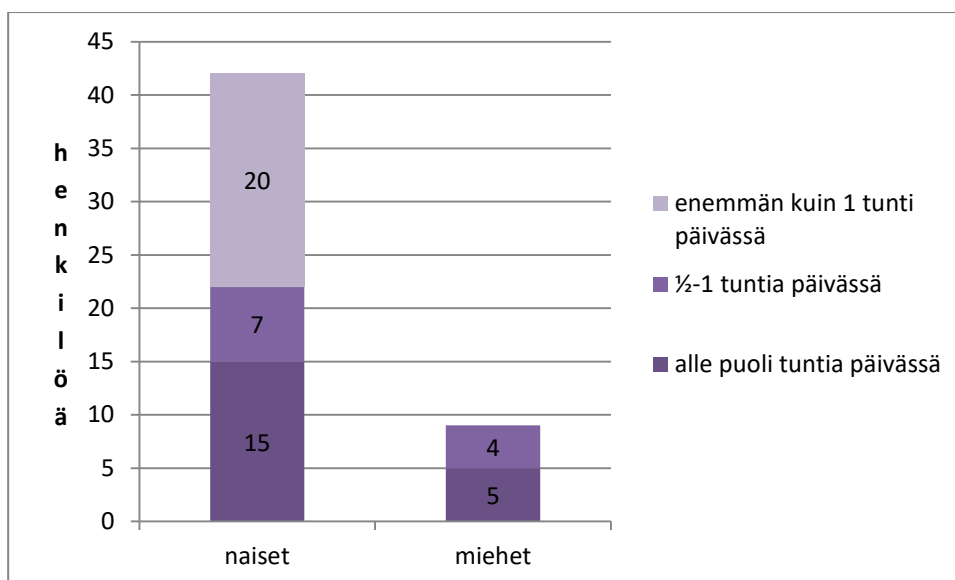
Naisilla paino oli laskenut (n=42) 20:llä eli 48 prosentilla ja noussut yhdeksällä eli 22 prosentilla. Paino oli pysynyt samana 12 vastaajalla eli 29 prosentilla, yksi vastaaja ei ollut käynyt vaa'alla. Miehillä paino (n=9) oli laskenut neljällä eli 44 prosentilla ja noussut kahdella eli 22 prosentilla sekä pysynyt samana kolmella eli 33 prosentilla vastaajista. (Kuva 8.)



Kuva 8. Painonmuutokset sukupuolittain

Naisilla vyötärön ympäryys oli pysynyt samana 19 prosentilla ($n=42$) ja pienentynyt 38 prosentilla mutta kasvanut 12 prosentilla. Kyselyyn vastaajista 25 prosenttia ei ollut mitannut vyötärön ympärystä. Miehillä vyötärön ympäryys oli pysynyt 33 prosentilla ($n=9$) samana ja pienentynyt 44 prosentilla, mutta 22 prosentilla vastaajista kasvanut.

Liikunnan harrastamista 42 naisesta oli lisännyt kaksikymmentä (48 %) vastaajaa ja yhdeksästä miehestä neljä (44 %) oli lisännyt liikuntaa. Naisista ryhmään osallistuminen oli 31:llä ($n=42$) (74 %) lisännyt tietoutta liikunnan tärkeydestä. Miehistä ($n=9$) neljällä (44 %) ryhmään osallistuminen oli lisännyt liikunnan tärkeydestä tietoa. Naisista ($n=42$) 15 vastaajaa (36 %) ilmoitti harrastavansa liikuntaa alle 30 minuuttia, seitsemän vastaajaa (17 %) harrasti liikuntaa puoli-tunnin päivässä ja 20 (48 %) yli tunnin päivässä. Miehistä ($n=9$) viisi (56 %) harrasti liikuntaa alle 30 minuuttia päivässä ja neljä (44 %) 30–60 minuuttia päivässä (Kuva 9).



Kuva 9. Liikunnan harrastaminen

Suurimmalla osalla unen määrään (n=53) ja laatuun (n=53) ei ryhmään osallistumisella ollut vaikutuksia, myöskään miesten ja naisten välillä ei tässä havaittu erityistä eroavaisuutta. Tupakoinnin (n=53)osalta kaksi naista oli lisännyt tupakointia. Alkoholin käyttö oli joko vähentynyt tai sitä ei ollut käytetty ollenkaan. Tässä kohtaan miesten ja naisten vastaukset olivat hyvin samankaltaiset, sillä naisista 48 prosenttia ei käyttänyt alkoholia ollenkaan ja 38 prosenttia vastasi sen vähentyneen. Miehistä 44 prosenttia ei käyttänyt alkoholia ollenkaan ja 44 prosenttia kertoi sen vähentyneen.

Naisista ryhmätoiminnan (n=42)mieluisena koki 88 prosenttia ja miehistä (n=9) 67 prosenttia. Kuitenkin 30 prosenttia naisista (n=42) olisi mieluummin osallistunut yksilöohjaukseen. Miehillä vastaavaa (n=9) olisi toivonut 44 prosenttia. Naisista vertaistukea (n=42) koki saaneensa 86 prosenttia ja miehistä 56 prosenttia. Naisista 93 prosenttia ja miehistä 56 prosenttia (n=9) vastaajista koki vertaistuen tärkeänä osana painonhallintaryhmää.

8.2 Haastattelun tulokset

Haastatteluissa kävi ilmi, että kaksi haastateltavaa oli ohjautunut ryhmään Kouvolan terveyskeskuksen kautta ja yksi vastaaja Kouvolan kaupungin nettisivujen kautta. Motivoivana tekijänä yhdellä haastateltavalla oli diabeteksen toteaminen. Yhtä haastateltavaa motivoi ylipaino ja yksi koki tarvetta tehdä muutosta elämään:

”mä ajattelin, että nyt tai ei koskaan”

Haastateltavista kaksi oli osallistunut vuonna 2014 ja yksi vuonna 2015. Lisäksi kaksi haastatteluun vastaajista oli osallistunut toisessa organisaatiossa aiemmin painonhallintaryhmään. Kaikkien haastateltavien mielestä tietoa oli tarpeeksi ja kahden mielestä tieto oli osittain uutta. Kaikkien vastaajien mielestä ryhmä vastasi juuri sitä mitä ryhmältä oli haettukin. Kaksi vastaajaa olisi toivonut käytännön tehtäviä tai yhteistä liikuntaa enemmän:

”että olisi vaikka liikuntaryhmiä tai oltaisi yhdessä käyty..”

Kuitenkin kaikki haastatellut suosittelivat ryhmää muille. Kaikkia vastaajia motivoi ryhmässä jatkamiseen painon kariseminen, punnitukset, toisilta saama vertaistuki ja tarinat, mutta myös motivoiva ohjaaja ja vierailevat luennoitsijat. Yksi haastateltava piti ryhmän tärkeimpänä antina vertaistukea, yksi yhteistä liikuntaohjausta ja yksi haastateltava koki ryhmän parantaneen luottamusta painon pudotukseen:

”näki niitä muita ihmisiä ja sit se, että siellä katsottiin se paino siin samalla”

Haastateltavat kertoivat saaneensa tukea ryhmänohjaajalta ja kokivat tuen hyödylliseksi, ja ryhmässä saatu tieto on ollut tärkeää myöhemmin, ryhmän loppumisen jälkeen. Yksi haastateltava korosti elämäntapamuutoksessa läheisten ihmisen tuen tärkeyttä.

9 POHDINTA

9.1 Yhteenveto

Miten ryhmään osallistuminen vaikutti painonhallintaan? Miten ryhmään osallistuminen vaikutti painon yhteydessä oleviin elämäntapatekijöihin? Miten ryhmään osallistunut koki ryhmän ja ryhmänohjauksen? Kyselylomakkeen ja haastattelun avulla saatiin vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Painonhallintaryhmään osallistuttiin, pääosin sen takia, koska paino haluttiin hallintaan. Vastaajista valtaosa oli saavuttanut tavoitteet joko kokonaan tai osittain. Kaikki tavoitteet saavuttaneista olivat naisia. Tavoitteissa oli lisäksi

pysynyt jonkin asteisesti 83 prosenttia, joten sitä voidaan ajatella hyvänä muutoksena.

Ryhmäläiset toivoivat muutoksia syömistottumuksiinsa, liikunnan harrastamiseen ja painon hallintaan. Ruokailuihin toivottiin säännöllisyyttä ja terveellisyttä samoin kuin liikuntaankin, mutta myös uusien lajien löytämistä. Samanlaisia tavoitteita löytyi, esimerkiksi Rekolan 2014 tekemässä pro gradussa tavoitteiksi oli asetettu muutokset ruokavalioon, syömiseen ja painoon (Rekola 2014, 40). Monien ryhmäläisten tavoitteet täyttyivätkin kokonaan tai ainakin osittain.

Ryhmään osallistumisella ei ollut merkittävää vaikutusta unen laatuun tai määrään. Myöskään miesten ja naisten välillä ei huomattavia merkittäviä eroja alkoholin tai tupakoinnin osalta.

Ilahduttavaa oli se, että ryhmään osallistumisen jälkeen liikunta oli lisääntynyt 45 prosentilla ja tietous liikunnantärkeydestä oli lisääntynyt 77 prosentilla, mikä voisi enteillä tulevaisuudessa lisääntyneitä liikunnan harrastamistakin. Mielienkiintoista tässä on, että miehistä kukaan ei ilmoittanut harrastansa liikuntaa yli tuntia päivässä. Samankaltaisia tuloksia on saatu muissakin selvityksissä esimerkiksi Männistön ym. 2012 suomalaisten lihavuutta tekemässä tutkimuksessa (Männistö ym. 2012).

Tulosten tarkastelun perusteella voidaan ryhmätoimintaa pitää hyvänä vaihtoehtona painonhallintaa tukemaan, sillä 85 prosenttia vastaajista piti ryhmätoimintaa mieluisena. Suurin osa vastaajista piti vertaistukea tärkeänä osana painonhallintaryhmän toimintaa. 87 prosenttia suosittelisi ryhmää muillekin painonhallintaa kaipaaville. Vastaavanlaisia tuloksia on havaittavissa muissakin tutkimuksissa, kuten Minkkisen pro gradussa. Siinä ryhmätoiminnan tarjoama tuki nähtiin moniulotteisena, kannustavana ja ajatustenvaihto paikkana, tsemppaavana, mutta myös paineita asettavassa roolissa. (Minkkinen 2015, 55–56.) Myös Jokisen pro gradussa ryhmän tuki oli auttanut painonpudotuksessa (Jokinen 2016, 37).

Ryhmänohjaajaa pidettiin asiantuntevana. Lisäksi haastateltavat pitivät häntä tärkeässä roolissa koko prosessissa. Samankaltaisia tuloksia on muissakin tutkimuksissa, kuten Kovanen ja Multasen 2006 sekä Minkkisen 2015, Jokisen 2016 tekemissään tutkimuksissa käy ilmi (ks. Kovanen & Multanen 2006, 26;

Minkkinen 2015, 55; Jokinen 2016, 37). Aivan kuten Minkkisen tutkimuksessa myös tämän opinnäytetyön yhdessä haastattelussa nousi esille läheisten ihmisen tuki elämäntapamuutoksen onnistumisessa (ks. Minkkinen 2015, 46).

Tutkimukseen vastanneista valtaosa oli naisia (42 vastaajaa). Useissa tutkimuksissa juuri naiset ovat olleet innokkaampia osallistumaan ryhmäohjaukseen ja sen vuoksi tutkimustulokset koskettavatkin naisia aivan kuten Rekolan pro gradussa käy ilmi (ks. Rekola 2014, 49). Naiset kokivat saaneensa miehiä enemmän vertaistukea.

Osallistumisvuodella ja ryhmän loppuun käymisen väliltä ei löytynyt merkittäviä eroa. Tavoitteiden saavuttamisen kannalta vuonna 2014 osallistuneista kukaan ei saavuttanut tavoitteita ja vuonna 2015 tavoitteet saavutti 43 prosenttia ja vuonna 2016 28 prosenttia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa arvokasta tietoa Kouvolan kaupungin terveyden edistämisyksikön, vuosien 2014–2015 sekä kevään 2016 järjestämien painonhallintaryhmään osallistuneiden, kokemuksia ryhmästä ja sen tarkoituksena käytetään painonhallintaryhmien kehittämiseen. Uskon, että opinnäytetyössä saatu tieto auttaa painonhallintaryhmien kehittämistyössä, sillä vastaajilla oli useita ehdotuksia toiminnan kehittämiseen, mistä uskoisin ainakin osan olevan toteuttamiskelpoisia. Vastanneet toivoivat lisää psyykkisen puolen käsittelyä painonhallinnassa ja painon pudotuksessa, uutta tietoa painonhallinnasta myös erityisryhmien ruokaluun toivottiin neuvoja sekä enemmän toiminnallista tekemistä kuten yhteisliikuntaa ja ruuanlaittoa istumisen sijasta. Tarkempaa tarkastelua jaettavan materiaalin suhteen ja vinkkejä luettavaan kirjallisuuteen haluttiin. Siinä missä toiset toivoivat vähemmän kotitehtäviä, toiset toivoivat niitä lisää, samanlaisenne jakautuminen oli myös ryhmätehtävien ja luentojen suhteen. Tutkimuksen perusteella varsinaisen ryhmätoiminnan jälkeen 49 prosenttia koki tarvitsevansa tukea. Ryhmän toiminnan jälkeiseksi tueksi ehdotettiin esimerkiksi terveydenhoitajan yhteydenottoa, internetryhmää, yhteisen blogin kirjoittamista, punnitusten jatkumisena, yksilöohjausta, ryhmäläisten tapaamista, yhteistä liikuntaa ja luentoja.

Ryhmän toiminannassa käytettäväksi voisi hyödyntää esimerkiksi terveyden edistämisen malleja, käyttäytymistekniikoita, motivoivaa haastattelua, mistä näyttää tutkimusten perusteella olevan apua elämäntapa muutosta ohjatessa.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka

Reliaabelius tarkoittaa, että tutkimuksen tuloksia voidaan pitää toistettavina eikä sattumanvaraisia (Hirsjärvi ym 2007, 226). Reliabiliteetin näytetään toteen mittarin toimivuutta, niin luotettavuutta kuin pysyvyyttä. Lisäksi se ilmaisee saatujen tulosten pysyvyyttä sekä johdonmukaisuutta. (Mäkinen 2005, 108.)

Validiteetti puolestaan tarkoittaa pätevyyttä. Yleisesti ottaen validius tarkoittaa, aineistosta tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta eli sitä, että tutkimuksessa mitataan, sitä mitä on tarkoituskin mitata tai tutkia. Useamman menetelmän hyödyntäminen onnistuu niin määrällistä kuin laadullista tutkimusta tehdessä (Hirsjärvi ym. 2007, 226, 228).

Käytin opinnäytetyössä kyselylomaketta, ja siinä voi ilmetä ongelma validiteetin kanssa, jos kyselylomaketta ei ole tarkkaan suunniteltu. Kyselylomakkeiden yhteydessä voi validiteetti kärsiä, jos tutkimuskohde ja tutkija eivät ymmärrä toisiaan, toisin sanoen tutkittavat tulkitsevat lomakkeen kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut (Hirsjärvi ym 2007, 226). Kyselylomakkeen aiheet nousivat ammattikirjallisuudesta ja ne hioutuivat vastaamaan parhaiten asetettuja tutkimuskysymyksiä useamman esitestauksen kautta.

Kysely lähetetään kaikille 124 painonhallintaryhmiin osallistuneille, jotta saatiin mahdollisimman paljon vastauksia eli tutkimuksessa ei käytetty otantaa vaan se toteutettiin kokonaistutkimuksena. Kaikki haastatteluun halukkaat haastateltiin lukuun ottamatta yhtä, joka ilmoitti halukkuutensa haastatteluun siinä vaiheessa, kun aineisto oli jo luokiteltu. Näillä keinoilla pyrittiin pienentämään vastauskatoa.

Lisäksi mahdollinen kato kyselyssä pyrittiin minimoimaan tekemällä kysely lokakuussa, jotta kesän kiireet ja lomat olisi todennäköisesti pidetty. Kyselyt postitettiin Terveystieteiden edistämisyksiköstä kahdessa erässä viikolla 41 ja vastausaikaa annettiin lokakuun loppuun saakka. Kysely toteutettiin postikyselyinä, koska etukäteen tiedettiin osallistuneiden ikäjakauma ja näin lähdettiin olettamuksesta, että heille on luontevampaa vastata paperikyselyyn kuin internetin avustuksella tehtävään kyselyyn. Mukaan laitettiin palautuskuori postimerkin kera. Kyselylomake ja sen saate pyrittiin muotoilemaan mahdollisim-

man selkeästi, jotta väärinymmärtämisen mahdollisuus pienenisi. Onnistuneen lomakkeen ja siihen vastaamisen edellytykseen vaikuttavat useat asiat, esimerkiksi vastaus- ja palautusohjeiden ymmärrettävyys (Vilkkä 2007b, 63). Haastattelun katoa yritettiin pienentää tekemällä se haastatettavalle mahdollisimman helpoksi, tarjoamalla esimerkiksi joustavasti haastattelupaikkaa ja aikaa.

Opinnäytetyön validiteettia tarkennettiin käyttämällä useampaa menetelmää. Määrällisessä ja laadullisessa tutkimuksessa validiutta voidaan parantaa ottamalla tutkimukseen useampia menetelmiä. (Hrsjärvi ym. 2007, 228).

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin yleisiä eettisiä ohjeita. Tutkimusaineisto kerättiin ainoastaan tutkimusta varten. Aineistoa eli kyselylomakkeita ja haastatteluja säilytettiin ja käsiteltiin luottamuksellisesti ja ne hävitettiin asianmukaisesti välittömästi aineiston analysoinnin jälkeen

9.3 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Kyselyn vastausprosenttia voidaan pitää heikkona. Kysymys herääkin, siitä kuinka paljon kyselyn toteutusmuoto vaikutti siihen. Olisiko vastauksia tullut vielä enemmän jos kysely olisi toteutettu Wepropol-ohjelmalla sähköpostin avulla? Ryhmänohjaaja suositteli postikyselyä. Postikyselyn puolesta puhui etukäteen suunnilleen tiedetty vastaajien ikäjakautuminen, mikä nyt vastusten perusteella osoittautui 59 vuodeksi. Sähköpostin kautta tehty kysely olisi ollut ainakin nopeammin toteutettavissa ja säästänyt rahaa. Lisäksi siinä olisi ollut mahdollisuus muistuttaa vastaamisesta, mikä nyt jäi kokonaan pois taloudellisista syistä. Toinen mikä vastausprosenttia mietittäessä täytyy huomioida, on että ensimmäisestä ryhmän järjestämisestä on jo aikaa.

Opinnäytetyö oli prosessina haasteellinen, koko tutkimuksen onnistuminen on riippuvainen tutkittavien omasta aktiivisuudesta. Haastattelujen analysointi jäi kuitenkin vain luokittelun tasolla. Aihe oli laaja, vaikka yritin sitä selkeillä tutkimusongelmilla rajata. Minusta tuntui, etten päässyt niin syvään tarkasteluun, kuin olisin toivonut.

9.4 Jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimushaasteena voisi ajatella seurantatutkimusta, seuranta voisi kohdistua mahdollisesti vain yhteen ryhmään tai yhteen vuoteen tai esimerkiksi vain johonkin yhteen seurattavaan asiaan, kuten liikuntaan tai ruokailuihin.

Mielenkiintoista olisi myös selvittää ryhmään osallistuneiden taustoja. Miten ryhmäläiset selittävät lihavuuttaan? Tulisiko samanlaisia syitä kuin esimerkiksi Hännisen ym. tutkimuksessa, jossa elintapoja pidettiin syyllisenä vaikealle lihavuudelle (ks.Hänninen ym. 2006)?

LÄHTEET

- Aro, A. 2015. Laihduttaminen ja painonhallinta. 100 kysymystä ravinnosta. Duodecim terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00055 [viitattu 2.4.2016].
- Borg, P. 2015a. Laihtumiseen liittyvät toiveet ja pelot. Teoksessa: Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P., 200–201. Helsinki: Duodecim.
- Borg, P. 2015b. Ruokavalinnoilla on merkitystä. Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P., 146–147. Helsinki: Duodecim.
- Borg, P. 2015c. Tuen ja tiedon hakeminen omatoimisten elintapamuutosten tekemiseen. Teoksessa: Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P., 205–206. Helsinki: Duodecim
- Borodulin, K. 2002. Physical activity, fitness, abdominal obesity, and cardiovascular risk factors in finnish men and women. The National FINRISK 2002 Study. Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/borodulin/physical.pdf> [viitattu 9.3.2016].
- Britt, E., Hudson, S. M. & Blampied, N. M. 2004. Motivational interviewing in health settings: a review. Patient Educ Couns. 2/2004, 147–155. Saatavissa: <http://addictionmanagement.org/wp-content/uploads/2014/09/ME.pdf> [viitattu 5.4.2016].
- Douketis, J. D., Macie, C., Thabane, L. & Williamson, D. F. 2005. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. International Journal of Obesity, 29 Saatavissa: <http://www.nature.com/ijo/journal/v29/n10/full/0802982a.htm> [viitattu 5.4.2016].
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle, toim. Valli, R. & Aaltola, J., 27–44. 4. uusittu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Evira. 2017. Valtion ravitsemusneuvottelukunta-väestön ravitsemuksen edistäjä ja seuraaja. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/valtion+ravitsemusneuvottelukunta/> [viitattu 2.4.2017].
- Fogelholm, M. 2006. Lihavuuden arviointi. Teoksessa Lihavuus ongelma ja hoito, toim. Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M., 49–54. 3. painos. Helsinki: Duodecim.
- Haario, P. 2015. Sleep, health behaviours and weight among ageing employees: A follow-up study. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/152633> [viitattu 22.3.2017].
- Hakala, P. & Fogelholm, M. 2006. Mitä lääkärin tulee tietää lihavuuden perushoidosta? Duodecim 2006;122(10):1239-45 Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/duo95741> [viitattu 11.3.2017].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hänninen, S. 2010. Lihavuus ja laihduttaminen laihdutusmainonnassa ja vaikeasti lihavien ihmisten kokemana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66679/978-951-44-8240-3.pdf?sequence=1> [viitattu 11.3.2017].

Hänninen, S., Kaukua, J. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2006. Vaikeasti lihavat selettävät lihavuuttaan eniten elintavoilla Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95843.pdf> [viitattu 7.4.2016].

Jokinen, E. 2016. Tarve laihduttaa kyse ei ollutkaan pelkistä kiloista. Pro gradu. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/49612/URN:NBN:fi:juu-201604302372.pdf?sequence=1> [viitattu 3.4.2017].

Karvonen L., Nikander R. & Piirainen A. 2016. Fyysisen aktiivisuuden merkitys elämäntavossa. Liikunta & Tiede 1/53. Saatavissa: http://www.lts.fi/sites/default/files/page_attachment/lt_1-16_tutkimusartikkelit_karvonen_lowres.pdf [viitattu 4.4.2016].

Kaukua, J., 2010. Lihavuus. Teoksessa Endokrinologia, toim., Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/end02101/do> [viitattu 11.3.2017].

Kauronen, M-L. 2016. Ohjaajien toiminta elintapamuutosten tukemisessa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/49111/978-951-39-6572-3_vaitos13042016.pdf?sequence=1 [viitattu 9.4.2017].

Kouvola kaupunki. 2015. Painonhallinta ja diabeteksen ehkäisy. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/sosiaali-jaterveyspalvelut/ravitsemusterapeutti/painonhallinta.html> [viitattu 8.3.2016].

Kovanen, E.-L. & Multanen, K. 2006. Kokemuksia onnistumisesta PPP-painonhallintaryhmässä. Haastattelut Pieni Päätös Päivässä-painonhallintaryhmäläisten kokemuksista. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12300/URN_NBN_fi_jyu-2006351.pdf?sequence=1 [viitattu 19.3.2017].

Kurki, M., Hemiö, K., Lindström, J. & Jaakkola, L. 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. Miina Sillanpää säätio. Saatavissa: http://www.miinasillanpaa.fi/wp-content/uploads/2014/12/ryhmamuotoinen_elintapaohjaus_metabolisen_oireyhtyman_hoidossa.pdf [viitattu 19.3.2017].

Kuukka, R. 2007. Lyhytinterventio painonhallinnassa, kahden psykologin lyhyt hoito-ohjelman kahden vuoden seurantatutkimus. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78303/gradu02041.pdf?sequence=1> [viitattu 29.3.2017].

Kyrgiou, M., Kalliala, I., Markozannes, G., Gunter, M.-J., Paraskevaïdis, E., Gabra, H., Martin-Hirsch, P. & Kostantinos, K. 2017. Adiposity and cancer at major anatomical sites: umbrella review of the literature. *BMJ* 28.2.2017. Saatavissa: <http://www.bmj.com/content/356/bmj.j477> [viitattu 11.3.2017].

Käypä hoito -suositus. 2013. Lihavuus (aikuiset). Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010> [viitattu 9.4.2016].

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015a. Painon omaseuranta. Teoksessa *Lihavuus*, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P., 200–201. Helsinki: Duodecim.

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015b. Painonhallintaryhmän edut ja haitat. Teoksessa *Lihavuus*, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P., 228–230. Helsinki: Duodecim.

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015c. Painonhallintaryhmän toiminnan periaatteet ja järjestäminen. Teoksessa *Lihavuus*, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P., 230–232. Helsinki: Duodecim.

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015d. Painonhallintaryhmien työskentelyperiaatteet. Teoksessa *Lihavuus*, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. 232–234. Helsinki: Duodecim.

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015e. Toiminnalliset ja kokemukselliset harjoitukset painonhallintaryhmässä. Teoksessa *Lihavuus*, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P., 236–238. Helsinki: Duodecim.

Lappalainen, R. 2006. Syömisen hallinta ja kongnitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa *Lihavuus ongelma ja hoito*, toim. Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M., 222–244. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Lasila, M. 2015. Elintapamuutoksen tukeminen elintapaohjausryhmässä: sosiaalinen tuki ryhmän vuorovaikutuksessa. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/97679> [viitattu 29.3.2017].

Metsämuuronen, J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä, 64. 4. painos. Helsinki: Methelp Ky.

Minkkinen, H. 2015. Painonhallintaryhmäläisten kokemuksia elintapamuutosten vaikeuksista ja niistä selviytymisestä ”Ole itsellesi armollinen. Mulle se oli just se koko homman idea”. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän Yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/47983/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201512033907.pdf?sequence=1> [viitattu 19.3.2017].

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2006. Lihavuuden hoidon käytännön toteuttaminen. Teoksessa *Lihavuus ongelma ja hoito*, toim. Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 272–281. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P. 2015a. Lihavuus. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042 [viitattu 8.3.2016].

Mustajoki, P. 2015b. Liikunta ja painonhallinta. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01005. [viitattu 28.2.2016].

Mustajoki, P. 2015c. Painoindeksi. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 12.10.2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001 [viitattu 8.3.2016].

Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavan potilaan tutkiminen ja hoitomuodon valinta. Teoksessa Lihavuus ongelma ja hoito, toim. Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M., 158–164. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Mustelin, L. 2012. Obesity, psysical activity anf cardiorespiratory fitness in young adulthood. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37175/obesity.pdf?sequence=1> [viitattu 25.3.2017].

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.

Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1 [viitattu 9.3.2016].

Männistö, S., Laatikainen, T., Harald, K., Borodulin, K., Jousilahti, P, Kanerva, N., Peltonen, M. & Vartiainen, E. 2015. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen. Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. Lääkärilehti 27.3.2015. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL142015-969.pdf>. [viitattu 8.3.2016].

Nupponen, R. 2001a. Ravitsemuskasvatus terveyden edistämisessä. Teoksessa Ratkaisuja ravitsemukseen, toim. Fogelholm, M. 15–31. Helsinki: Palmenia–kustannus.

Nupponen, R. 2001b. Ravitsemusneuvonta työmuotona. Teoksessa Ratkaisuja ravitsemukseen, toim. Fogelholm, M. 33–50. Helsinki: Palmenia–kustannus.

Partonen, T. 2015a. Unen ja vuorokausirytmien merkitys terveydelle. Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P & Borg, P., 162. Helsinki: Duodecim.

Partonen, T. 2015b. Univaje altistaa lihomiselle. Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P & Borg, P., 162–163. Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, K. & Mustajoki, P. 2014. Lihavuuden hoitomenetelmät ja niiden käyttö. Lihavuus. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p_artikkeli=lih00117&p_haku=elintapaohjaus [viitattu 25.3.2017].

Pietiläinen, K. 2015a. Lihavuus on yleistä. Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P & Borg, P., 8–9. Helsinki: Duodecim

Pietiläinen, K. 2015b. Asenteet lihavia kohtaan. Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P & Borg, P., 13. Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, K. 2015c. Lihavuus, elämänlaatu ja elinikä. Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P & Borg, P., 65–66. Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, K. 2015d. Määrääkö perimä vai ympäristö painon? Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P & Borg, P., 9–10. Helsinki: Duodecim.

Pietiläinen, K. 2015e. Lihavuuden aiheuttamat terveyshaitat. Teoksessa Lihavuus, toim. Pietiläinen, K., Mustajoki, P & Borg, P., 62–65. Helsinki: Duodecim.

Puumalainen, R. 2001. Työikäisen ravitsemuskasvatus. Teoksessa Ratkaisuja ravitsemukseen, toim. Fogelholm, M., 169–199. Helsinki: Palmenia-kustannus.

Rekola, T. 2014. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy ryhmäohjauksella osana perusterveydenhuollon normaalia toimintaa. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44385/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201410062936.pdf?sequence=1> [viitattu 19.3.2017].

Rissanen, A. & Mustajoki, P. 2006. Lihavuuden ja syömisen psykologiaa. Teoksessa Lihavuus ongelma ja hoito, toim. Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M., 158–164. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Siiropää, A. 27.5.2016. Terveydenhoitajan haastattelu. Kouvolan terveyden edistämisen yksikkö.

Svärd, A., Lyytikäinen, P., Roos, E., Lallukka, T., Rahkonen, O., Lahelma, E. 2011. Lihavuus nopeuttaa fyysisen, mutta ei psyykkisen toimintakyvyn heikkenemistä. Lääkärilehti 18.11.2011. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/lihavuus-nopeuttaa-fyysisen-mutta-ei-psykkisen-toimintakyvyn-heikkenemista/> [viitattu 25.3.2017]

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Keskeisiä käsitteitä. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita> [viitattu 2.4.2016].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Diabeteksen yleisyys. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys> [viitattu 22.3.2017].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2008. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

UKK-instituutti 2015b. Liikunta kuluttaa energiaa. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_painonhallinta/liikunta_kuluttaa_energiaa [viitattu 3.4.2016].

UKK-instituutti. 2015a. Säännöllistä ja mukavaa liikuntaa ylipainoiselle. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_painonhallinta/saannollista_ja_mukavaa_liiketta_ylipainoisille [viitattu 3.4.2016].

UKK-instituutti. 2017. Liikuntapiirakka aikuisille. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka/liikuntapiirakka-aikuisille> [viitattu 9.4.2017].

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

Virtanen, H. 2007. Ylipainoisten nuorten kokemus painonhallinnasta sekä saamastaan ja tarvitsemastaan tuesta painonhallintaan. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa; <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78476/gradu02158.pdf?sequence=1> [viitattu 26.3.2017].

Vuori, I. 2015. Katsaus elämäntapoihin. Terveysportti. Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo12209.pdf> [viitattu 2.4.2016].

Yle uutiset. 2013. Laske uusi painoindeksisi täältä. Päivitetty 27.2.2013. Saatavissa: <http://yle.fi/uutiset/3-6476582> [viitattu 3.4.2017].

Saatekirje

Hyvä painonhallintaryhmään osallistunut!

Olen Johanna Ripattila-Lassi. Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyötä yhteistyössä Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen yksikön kanssa.

Tutkimukseni tavoitteena on saada tietoa Kouvolan kaupungin, painonhallintaryhmiin osallistuneiden tämän hetkisestä painonhallintaa yhteydessä olevasta tilanteesta sekä kehittää painonhallintaryhmientoimintaa palvelemaan paremmin asiakkaiden tarpeita.

Selvitän opinnäytetyössä

- ryhmään osallistuneiden tämän hetkistä tilannetta
- osallistuneiden ajatuksia ryhmän toiminnasta

Opinnäytetyön tarkoituksen on saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää Kouvolan kaupungin järjestämien painonhallintaryhmien toimintaa. Painonhallinta on merkittävässä asemassa, kun edistetään kansalaisten terveyttä.

Terveyden edistämisen yksikkö on postittanut kirjeet ja kyselylomakkeet. Tutkimukseen vastanneiden nimet eivät tule tutkijan eivätkä terveyden edistämisen yksikön työntekijöiden tietoon. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja siten ettei tutkimuksen tuloksista Teitä voida tunnistaa vastaajaksi. Jos voitte osallistua lisäksi haastatteluun, olkaa hyvä ja ottakaa rohkeasti yhteyttä Johanna Ripattila-Lassiin joko puhelimitse 040092709 tai sähköpostitse johanna.ripattila-lassi@student.kyamk.fi.

Kyselyyn vastaaminen vie Teiltä aikaa noin 15 minuuttia. Vastauksenne avulla saadaan arvokasta tietoa kyselyyn osallistuneiden terveyden tilasta ja sen avulla kehitetään tärkeää toimintaa. Postittakaa täyttämäne kysely mukana olevalla kirjekuorella viimeistään 31.10.2016.

Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimusta varten. Aineistoa eli kyselylomakkeita ja haastatteluja säilytetään ja käsitellään luottamuksellisesti ja ne

hävitetään asianmukaisesti välittömästi aineiston analysoinnin jälkeen terveyden edistämisen yksikössä.

Opinnäytetyö valmistuu maaliskuussa 2017, jonka jälkeen se on luettavissa Theseuksesta (<https://www.theseus.fi/>). Opinnäytetyöstä koskeviin kysymyksiin vastaa Johanna Ripattila-Lassi sähköpostitse osoitteessa johanna.ripattila-lassi@student.kyamk.fi. Postittamiseen liittyvissä kysymyksissä ottakaa yhteyttä ryhmän yhteyshenkilöön.

Ystävällisin terveisin Johanna Ripattila-Lassi sekä tutkimuksen ohjaaja Sari Ranta.

KYSELYLOMAKE

Ympäröi sopivat vaihtoehdot

Taustatiedot

1. Sukupuoli

1 Nainen

2 Mies

Ikä

2. Osallistuin painonhallintaryhmään vuonna

1 2014

2 2015

3 2016

3. Osallistuin

1 pitkään, 10 kertaa kestävään ryhmää

2 lyhyeen 4-6 kertaa kestäneeseen ryhmään

3 yli 65-vuotiaiden ryhmään

4. Kävin ryhmän loppuun asti

1 kyllä

2 en, miksi? _____

Painonhallintaryhmään osallistuminen ja tavoitteet

5. Asetin itselleni ryhmään osallistuessani seuraavat tavoitteet

6. Saavutin asettamani tavoitteet ryhmän aikana

1 kyllä

2 osittain. Miltä osin _____

3 en

7. Olen pysynyt tavoitteissani

1 kyllä

2 osittain. Miltä osin _____

3 en

8. Painoni on ryhmään osallistumisen jälkeen

- 1 laskenut
- 2 noussut
- 3 pysynyt samana
- 4 en ole käynyt vaa'alla

9. Tavoitteissa pysymisen vaikeutta minulla on ollut

- 1 ruokavaliossa
- 2 liikunnassa
- 3 minulla ei ole ollut vaikeutta pysyä tavoitteissa
- 4 muu, mikä? _____

10. Vyötärön ympärykseni on

- 1 pysynyt samana
- 2 kasvanut
- 3 pienentynyt
- 4 en ole mitannut

Ravinto

11. Miltä osin ryhmään osallistuminen paransi ruokailutottumuksiani:

- 1 Syön säännöllisesti
- 2 Olen vähentänyt eineksien syöntiä
- 3 Olen lisännyt kasvien, marjojen ja hedelmien määrää
- 4 Annoskokoni on kohtuullinen
- 5 Pystyn hallitsemaan mielihalujani paremmin
- 6 Olen vähentänyt rasvaisten ruokien syöntiä
- 7 Olen vähentänyt makeisten ja leivosten syöntiä

Liikunta

12. Ryhmään osallistumisen myötä liikunnan harrastamiseni on

- 1 vähentynyt
- 2 pysynyt saman
- 3 lisääntynyt

13. Ryhmään osallistuminen lisäsi tietouttani liikunnan tärkeydestä painonhallinnassa

- 1 kyllä
- 2 ei

14. Harrastan liikuntaa

- 1 vähemmän kuin puoli tuntia päivässä
- 2 ½-1 tuntia päivässä
- 3 enemmän kuin 1 tunti päivässä

Muut elämäntapatekijät

15. Unen määräni on ryhmään osallistumiseni jälkeen

- 1 lisääntynyt
- 2 pysynyt samana

3 vähentynyt

16. Unen laatuni on ryhmään osallistumisen myötä

- 1 parantunut
- 2 pysynyt samana
- 3 heikentynyt

17. Tupakointi

- 1 en tupakoi
- 2 vähentynyt
- 3 lopettanut kokonaan
- 4 lisääntynyt

18. Alkoholinkäyttö

- 1 en käytä alkoholia
- 2 vähentynyt
- 3 loppunut kokonaan
- 4 lisääntynyt

Ryhmätoiminta

19. Koin ryhmätoiminnan mieluisena minulle

- 1 kyllä
- 2 en

20. Olisin mieluummin osallistunut yksilöohjaukseen

- 1 kyllä
- 2 en

21. Sain ryhmältä vertaistukea

- 1 kyllä
- 2 en

22. Koin vertaistuen tärkeäksi osaksi painonhallintaryhmään osallistumista

- 1 kyllä
- 2 en

23. Suosittelin ryhmää muillekin painonhallintaa kaipaaville

- 1 kyllä
- 2 en

24. Ryhmänohjaaja oli asiantunteva

- 1 kyllä
- 2 ei

25. Kuinka ryhmän ohjelmaa ja aikataulua tulisi kehittää Teidän mielestänne? (esimerkiksi kotitehtävät, ryhmätehtävät, mitä enemmän, mitä vähemmän)

26. Miten ryhmän ohjaajan toimintaa voisi Teidän mielestänne kehittää?

Seuranta

27. Osallistuin seurantapunnitukseen

1 Kyllä

2 en, miksi

1 motivaatio ei riittänyt

2 aika ei sopinut minulle

3 jatkoin kotona punnituksia

28. Koin tarvitsevani varsinaisen ryhmätoiminnan jälkeen tukea

1 kyllä

2 en

29. Jos koitte tarvitsevasi tukea ryhmätoiminnan jälkeen, niin minkälainen tuki olisi sopinut Teille?

Kiitos vastauksista ja hyvää syksyn jatkoa!

Jos haluatte osallistua opinnäytetyön toiseen vaiheeseen eli haastatteluihin ottaa rohkeasti yhteyttä Johanna Ripattila-Lassiin joko puhelimitse 0400-1234567 tai sähköpostitse johanna.ripattila-lassi@student.kyamk.fi

Teemahaastattelurunko

Tausta

- Mitä kautta ohjautui ryhmään?
- Miksi osallistui?
- Minkä takia nyt?
- Onko ollut aiemmin mukana painonhallintaryhmissä?

Ryhmän merkitys

- Minkälainen merkitys ryhmällä oli tavoitteiden saavuttamisen kannalta?

Ryhmän toiminta

- Jos oli aiemmin osallistunut painonhallintaryhmään, oliko tämä ryhmä jotenkin erilainen?
- Saiko tarpeeksi tietoa painonhallinnasta?
 - Oliko tieto uutta?
- Mikä oli painonhallintaryhmän tärkein anti?
- Vastasiko painonhallintaryhmä, sitä mitä ryhmältä haettiin?
- Onko kehitysideoita ryhmän toimintaan?

Ohjaajan merkitys

- Saiko ryhmänohjaajalta haasteellisessa tilanteessa tukea?
 - Oliko tuesta hyötyä?

•

Motivaatio

- Mikä motivoi osallistumaan?
 - jatkamaan ryhmässä?
 - ryhmän jälkeen?