

LYHYTINTERVENTIO PAINONHALLINNASSA

Kahden psykologisen lyhytohjelman kahden vuoden seuranta tutkimus

Ranja Kuukka
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Tampereen yliopisto
Heinäkuu 2007

KUUKKA, RANJA: Lyhytinterventio painonhallinnassa. Kahden psykologisen lyhythoito-ohjelman kahden vuoden seurantatutkimus

Pro gradu -tutkielma, 51s., 3 liites.

Ohjaaja: Raimo Lappalainen

Psykologia

Heinäkuu 2007

Lihavien osuus väestössä on kasvanut merkitsevästi niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Lihavuusongelman yleisyyden vuoksi tarvitaan tietoa itsenäistä painonhallintaa tukevista hoitomuodoista, joissa ammattihenkilökunnan sekä taloudellisten resurssien tarve ei ole suuri. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kahden ryhmämuotoisen psykologisen lyhythoito-ohjelman vaikuttavuutta painonhallintaan kahden vuoden seurannassa. Ohjelmat kehitettiin Tampereen yliopistolla, ja ne toteutettiin keväällä 2004. Lyhyempi ohjelma oli 30 minuutin mittainen kertaistunto. Pidemmässä ohjelmassa istuntoja oli neljä, yhteensä 6 tunnin verran.

Seurantatutkimus suoritettiin keväällä 2006. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko kehitetyillä psykologisilla lyhythoitoilla painonhallintaa sekä koettua psyykkistä hyvinvointia edistäviä vaikutuksia, ja onko aineistosta määriteltävissä taustatekijöitä, jotka ennustavat psykologisten lyhythoittojen vaikuttavuutta. Tutkimukseen osallistui Tampereen seudulta 150 vuonna 2004 painonhallintaohjelmassa mukana ollutta henkilöä (miehiä = 38, naisia = 112), joista yhden kerran hoidon saaneita oli 71 ja neljä hoitokertaa saaneita oli 79. Seurantatutkimus toteutettiin puhelinkyselynä. Seurannassa osallistujat raportoivat kahden vuoden aikaisia käyttäytymistottumuksiaan ja ohjelmista koettua hyötyä valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla. Ohjelmien vaikuttavuutta arvioitiin painossa ja psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuneiden muutosten kautta (kg ja graafiset 0–100 asteikot: tyytyväisyys elämään itseluottamus, mieliala). Lisäksi kuvattiin lyhythoittojen vaikuttavuutta ennustavia tekijöitä.

Ohjelmat osoittautuivat yhtä vaikuttaviksi ylipainon hoitomuodoiksi kahden vuoden seurannassa. Ylipaino väheni ryhmissä 2.9–3.2 kilogrammaa ja 29 prosentilla osallistujista paino laski yli viisi prosenttia. Interventioilla oli positiivista vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin: itseluottamukseen, elämään tyytyväisyyteen ja mielialaan. Painonhallinnassa onnistuneet erosivat epäonnistuneista siten, että he olivat seuranta-aikana muuttaneet ruokailutottumuksiaan epäonnistuneita enemmän, osallistuneet useammin painonhallintaohjelmiin sekä käyttäneet enemmän itsenäisiä painonhallintamenetelmiä. Näyttäisi siltä, että lyhytinterventio sopii hoitomuodoksi niille, joilla on korkea lähtöpaino ja painoindeksi, hyvä itseluottamus ja jotka rajoittavat syömistään kognitiivisesti vähän. Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto rajoittuu koskemaan kahden vuoden seurannan tuloksia ja niitä henkilöitä, jotka itse hakeutuvat yliopistolliseen painonhallintahoitoon.

Asiasanat: Lihavuus, lyhythoito, seuranta, painonhallinta, kognitiivinen käyttäytymisterapia

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	1
1.1 Lihavuus.....	2
1.1.1 Lihavuuden määrittelyä.....	2
1.1.2 Lihavuuden esiintyvyys väestössä	2
1.1.3 Lihavuuden taustatekijöitä	3
1.1.4 Lihavuuden kansanterveydellinen ja taloudellinen merkitys	4
1.1.5 Lihavuuden yhteys fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin.....	5
1.2. Lihavuuden hoitomuotoja ja niiden vaikuttavuuden arviointia.....	6
1.2.1 Ruokavaliot, liikunta, perushoito, lääkehoito ja leikkaus	6
1.2.2 Käyttäytymistieteellinen hoito	8
1.2.3 Yksilö- ja ryhmähoitojen sekä lyhyiden ja pitkien hoitomuotojen vertailua	10
1.3 Painonhallintaa edistävät ja estävät tekijät hoidon jälkeen.....	11
1.4 Yhteenveto.....	14
2 TAVOITTEET	16
3 TUTKIMUSMENETELMÄT	17
3.1 Tutkimushenkilöt	17
3.2 Tutkimusasetelma ja mittausmenetelmät	18
3.2.1 Paino, punnitus- ja vyötärömittaustottumus, elämäntapamuutokset sekä lyhytohito-ohjelman hyödyllisyyden arviointi.....	20
3.2.2 Psyykkisen hyvinvoinnin kokeminen.....	21
3.3 Tutkimuksen kulku	22
3.4 Hoitomenetelmät	23
3.5 Tilastolliset analyysit.....	25
4 TULOKSET	26
4.1 Seurantakyselyn tulokset	26
4.1.1 Vyötärömittaus- ja punnitustottumukset, ruokailutottumusten muuttaminen, osallistuminen painonhallintaohjelmiin/hoitoihin ja itsenäisten painonhallintaohjelmien käyttö	26
4.1.2 Ohjelmista koettu hyöty	28
4.2. Ohjelmien vaikuttavuus.....	29
4.2.1 Muutokset ylipainossa.....	29
4.2.2 Muutokset psyykkisessä hyvinvoinnissa.....	31

4.3 Psykologisten lyhythoittojen vaikuttavuutta ennustavat tekijät.....	32
4.3.1 Ryhmiä, joille lyhythoitto soveltuu hoitomuodoksi.....	35
4.3.2 Vaikutusten voimakkuus	36
5 POHDINTA	37
5.1 Hoitomuotojen vertailua.....	38
5.2 Onnistuneeseen laihtumiseen liittyvät tekijät sekä lyhythoittojen kohderyhmä.....	39
5.3 Tutkimuksen luotettavuuden ja rajoitusten arviointia.....	40
5.4 Johtopäätökset	41
Lähdeluettelo	43
Liitteet	52

1 JOHDANTO

Lihavuus on yleistynyt merkittävästi niin Euroopassa, Amerikassa kuin muualla maailmassa parinkymmenen vuoden aikana, minkä johdosta WHO on julistanut lihavuuden maailmanlaajuiseksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi (Wadden, Foster & Brownell, 2002; WHO, 2006). Yhtenä syynä lihavuuden globaaliin kasvuun ovat parantuneet elinolosuhteet, jotka ovat vaikuttaneet ravitsemus- sekä liikuntatottumuksiin (Popkin & Gordon-Larsen, 2004). Etenkin länsimaissa ympäristömme kannustaa suurten annosten ja paljon energiaa sisältävien ruokien kuluttamiseen sekä fyysisen rasituksen välttämiseen.

Lihavuudesta on tullut hyvinvoinnin ja terveyden uhka niin yksilön kuin kansanterveyden tasolla. Lihavuus lisää riskiä sairastua moniin sairauksiin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin, tyyppin 2 diabetekseen, metaboliseen oireyhtymään, sepelvaltimotautiin, nivelrikkoihin ja eräisiin syöpäsairauksiin (Käypähoito -suositus 2007). Lisäksi lihavuus on yhteydessä varhaisempaan kuolleisuuteen sekä huonontuneeseen elämänlaatuun (Wadden ym., 2002). Terveydellisten sekä elämänlaatuun liittyvien seikkojen lisäksi lihavuudella on myös yhteiskunnallisia vaikutuksia. Lihavuus lisää terveyden- ja sosiaalihuollon kustannuksia sekä vähentää taloudellista tuottavuutta.

Lihavuuden yleisyyden vuoksi kaikille halukkaille ei voida tarjota pitkiä hoitoja, sillä pitkät hoitomuodot vaativat aikaa ja taloudellisia resursseja. Lyhyemmille ja edullisemmille tehokkaille hoitomuodoille on siten tarvetta (Hakala & Fogelholm, 2006). Lyhytinterventioiden avulla hoitoa voitaisiin tarjota useammille sitä haluaville ja tarvitseville. Lyhythoitoja olisi esimerkiksi mahdollista käyttää ensisijaisina hoitomuotoina, joista osa osallistuneista valikoitaisiin sitten pidempien lihavuushoitojen piiriin. Lyhytinterventioiden tehokkuutta painonhallinnassa on tutkittu varsin vähän. Koska tietoa on lähinnä painonhallinnan pidemmistä hoitomuodoista ja niiden tehokkuudesta, olisi hyvä selvittää, onko lyhythoidoilla samankaltaisia vaikutuksia kuin pidemmillä hoitomuodoilla. Jotta toimivia hoitomuotoja voidaan tarjota, tulee niitä kehittää ja tutkia. Tässä seurantatutkimuksessa tarkastellaan Suomessa tiettävästi ensimmäisenä kehitettyjen ja painonhallintaan suunnattujen käyttäytymisterapiaan perustuvien kahden lyhythoidon vaikuttavuutta kaksi vuotta hoitojen jälkeen.

1.1 Lihavuus

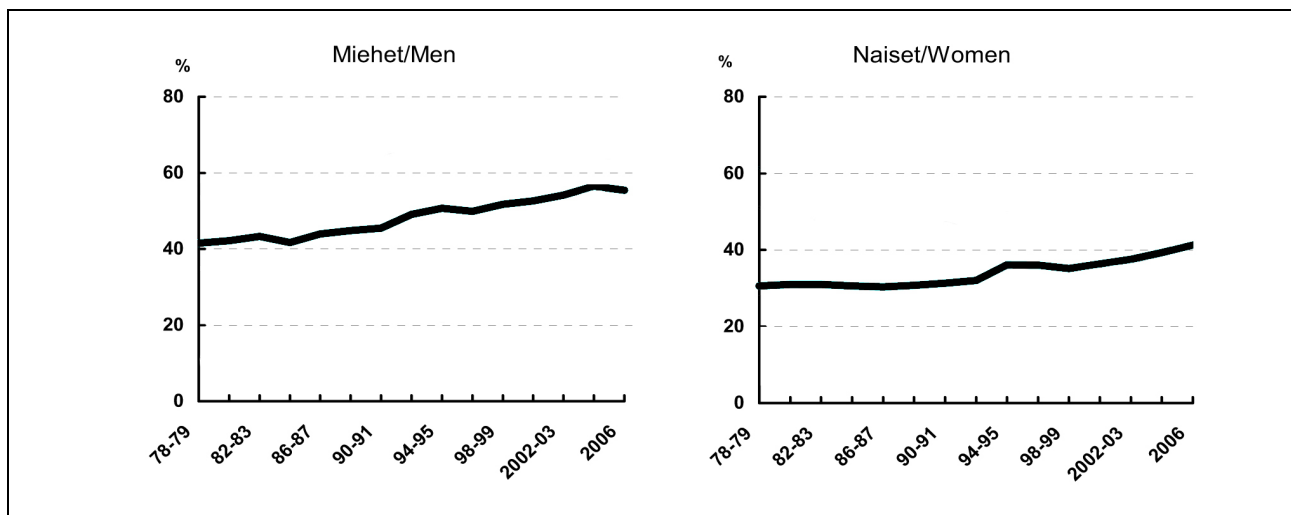
1.1.1 Lihavuuden määrittelyä

Lihomisella tarkoitetaan ylimääräisen energian varastoitumista rasvaksi ja lihavuudella taas rasvakudoksen ylimäärää elimistössä. Käytännön kliinisessä työssä lihavuuden arvioinnin päättarkoituksena on lihavuuteen liittyvien terveysriskien kartoittaminen ja lihavuuden hoidon seuranta, joihin soveltuvat parhaiten painoindeksi ja vyötärön ympäryksen mittaus (Fogelholm, 2006a). Painoindeksi (paino (kg) / pituus (m²)) on käyttökelpoinen suhteellisen painon mittari, jolla on vahva yhteys rasvakudoksen määrään (Käypähoito -suositus 2007). Henkilö määritellään ylipainoiseksi, jos hänen painoindexinsä on välillä 25–29.9 kg/m² ja lihavaksi, kun painoindeksi on vähintään 30 kg/m² (Käypähoito -suositus 2007). Painoindeksi on yhteydessä vyötärön ympäryksen pituuteen. Suuri vyötärön ympärysmitta kertoo sisäelinten ympärille kertyvästä rasvasta, jonka on todettu olevan terveydelle haitallista. Lihavuuteen liittyvää sairastuvuusriskiä lisää miehillä 90 cm vyötärön ympärysmitta ja naisilla 80 cm vyötärön ympärysmitta (Käypähoito -suositus 2007). Miehillä riski kasvaa huomattavasti, kun vyötärön ympärysmitta on yli 100 cm ja naisilla silloin, kun ympärysmitta on yli 90 cm (Käypähoito -suositus 2007).

1.1.2 Lihavuuden esiintyvyys väestössä

Laajojen suomalaisväestöä koskevien tutkimusten mukaan suomalaisten aikuisten ylipainoisuus on lisääntynyt viime vuosikymmenten aikana (AVTK 2006; Terveys 2000). Ylipainoisuus on koko ajan yleistynyt 1980-luvun alusta saakka, ja eniten viime vuosina ovat lihonneet nuoret aikuiset ja miehet, vaikka ylipaino on yhä yleisintä keski-ikäisten tai sitä vanhempien ikäryhmissä (Finriski 2002; Rissanen & Fogelholm, 2006a; Terveys 2000). Kun tarkastellaan suomalaisten painon kehitystä 1980-luvulta 2000-luvulle, lihaviiden miesten osuus oli suurentunut yli 70 prosenttia ja naisillakin yli 30 prosenttia (Terveys 2000). Vuonna 2002 sekä miesten että naisten (25–64 vuotta) painoindexin keskiarvo oli yli liikapainoisuuden rajan (25 kg/m²). Miesten ruumiinpainoindexin keskiarvo oli 27 kg/m² ja naisten 25,9 kg/m² (Finriski 2002). Merkittävästi ylipainoisia (BMI yli 30 kg/m²) oli miehistä 20 prosenttia ja naisista 18 prosenttia (Finriski 2002). Vuonna 2006 25–64 -vuotiasta miehistä 60 prosenttia ja naisista 46 prosenttia oli ylipainoisia tai merkittävästi ylipainoisia (BMI \geq 25 kg/m²) (AVTK 2006). Kuviossa yksi on esitetty ylipainoisten osuudet suomalaisväestössä vuosina 1979–2006.

Verrattaessa suomalaisten painoa alueittain, on havaittu, että Uudenmaan alueella asuvista, erityisesti naisista, pienempi osa on ylipainoisia kuin muualla Suomessa (AVTK 2006). Rissasen ja Fogelholmin mukaan (2006) eurooppalaisessa vertailussa suomalaisten lihavuus on hieman keskitasoa yleisempää ja Pohjoismaisessa vertailussa olemme kaikkein lihavin maa.



Kuvio 1. Ylipainoisten 15–64 -vuotiaiden suomalaisten osuudet vuosina 1979–2006 (AVTK 2006).

1.1.3 Lihavuuden taustatekijöitä

Lihavuuden taustalla olevia tekijöitä ovat sosioekonomiset tekijät sekä elintavat. Lihavuus ei jakaudu väestössä tasaisesti. Koulutusluokittain tarkasteltuna lihavuus on harvinaisinta eniten koulutetuilla (ks. esim. AVTK 2005; Klumbiene, Petkeviciene, Helasoja, Prättälä & Kasmel, 2004). Erityisesti naisilla koulutusluokkien välinen ero on selkeä (AVTK 2005; Lahti-Koski, Vartiainen, Männistö & Pietinen, 2000). Vähiten koulutettujen lisäksi muita lihomiselle alttiita riskiryhmiä ovat nuoret aikuiset, odottavat äidit, nuoret perheet, liikapainoisten vanhempien lapset, tupakoinnin lopettaneet ja vähän liikuntaa harrastavat (WHO 2003).

Sosioekonomisten tekijöiden lisäksi elintavat, erityisesti ruokavalio ja liikunnan määrä, vaikuttavat painoon. Lihavuuden välttämiseksi ruoasta saadun energian tulisi vastata kulutettua energiaa. Suomalaisten ruokailutottumukset sekä liikunnan määrä ovat muuttuneet viime vuosikymmenten aikana. Finravinto 2002 -tutkimus osoittaa, että Suomalaisten ruokavalio on hajautunut siten, että välipaloja syödään yhä enemmän. Keskimäärin noin kolmasosa päivittäisestä energiansaannista saadaan välipaloista (Finravinto 2002). Lisäksi energiapitoisten, rasvaa ja sokeria sisältävien ruoka-ainesten ja alkoholin sekä virvoitusjuomien kulutus on lisääntynyt (Männistö, Lahti-Koski, Tapanainen, Laatikainen & Vartiainen, 2004; AVTK 2006). Panimo- ja

virvoitusjuomateollisuusliiton tilastojen mukaan virvoitusjuomien kulutus on lähes kaksinkertaistunut 1980-luvulta 2000-luvulle 31 litrasta 57 litraan henkilöä kohden ja mietojen alkoholijuomien kulutuksessa on tapahtunut 60 prosentin kasvu 62 litrasta 100 litraan henkilöä kohden. Makeisten ja suklaan kulutus on kotimaan myyntitilastojen mukaan noussut kymmenen vuoden (1995–2005) aikana 52 prosentilla (Elintarviketeollisuusliitto 2005). Myös kuluttajille tarjotut annos- ja pakkauskoot ovat kasvaneet, mikä edistää suurempien kerta-annosten nauttimista.

Samalla kun energiapitoisten ruokien ja juomien kulutus on lisääntynyt, työ- ja arkiliikunta ovat vähentyneet (Finriski 2002). Liikunnan painopiste arjen hyötyliikunnasta on siirtynyt vapaa-ajan harrastustoiminnan puolelle (Finriski 2002). Vuonna 2006 miehistä 63 prosenttia ja naisista 68 prosenttia ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa ainakin puoli tuntia vähintään 2–3 kertaa viikossa (AVTK 2006). Suomalaiset eivät kuitenkaan liiku tarpeeksi. Männistön ym. (2004) mukaan merkittävä osa suomalaisista liikkuu terveyden ja lihavuuden ehkäisyn kannalta liian vähän.

1.1.4 Lihavuuden kansanterveydellinen ja taloudellinen merkitys

Lihavuus aiheuttaa kustannuksia terveydenhuollolle sekä lisää alttiutta sairastua useisiin työ- ja toimintakykyä alentaviin pitkäaikais sairauksiin. Lihavuus on myös merkittävä ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymisen syy (Uusitupa, 2003b). Erityisesti lihavuus lisää tuki- ja liikuntaelinten sekä sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamia ennen aikaisia eläkkeelle siirtymisiä (Uusitupa, 2003b). Pekurinen (2006) esittää, että kaksi kolmasosaa lihavuuden yhteiskunnalle aiheuttamista menoista liittyy kolmeen sairauteen: tyypin 2 diabetekseen, aivohalvaukseen ja nivelrikkoon. On arvioitu, että lihavuuden aiheuttamat kustannukset terveydenhuollolle ovat alimmillaan kaksi ja ylimmillään 5–8 prosenttia terveydenhuollon kokonaiskustannuksista (ks. esim. Uusitupa, 2003a; Seidel, 1999). Lihavuuden hoidot koostuvat tavallisesti useista hoitokerroista. Esimerkiksi terveydenhuollossa käytetty lihavuuden perushoito sisältää 10–20 hoitokertaa (Käypähoito -suositus 2007). Osaltaan juuri lihavuuden hoidon korkeiden kustannusten vuoksi hoitoa ei voida tarjota kaikille sitä tarvitseville. Lihavuudesta aiheutuvien terveys ja sosiaalimenojen lisäksi lihavuusperäiset sairaudet aiheuttavat yhteiskunnalle merkittäviä tuottavuuskustannuksia (Seidel, 1999; WHO 2006). Pekurisen (2006) mukaan ulkomaisissa arvioissa sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyydestä johtuvat tuottavuuskustannukset saattavat olla terveismenoihin nähden moninkertaiset.

1.1.5 Lihavuuden yhteys fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin

Lihavuudella on vaikutuksia terveyteen: sekä fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Kaukua (2006) esittää, että tutkimusten mukaan lihavuus alkaa heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua painoindeksin ylittäessä 27–30 kg/m² ja selkeimmin vaikutus näkyy fyysisen toimintakyvyn heikkenemisenä. Ylipaino ja lihavuus altistavat erilaisille sairauksille ja vaikuttavat jaksavuuteen fyysistä rasitusta vaativissa toimissa. Lihavuus lisää mm. kohonneen verenpaineen riskiä sekä riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen, metaboliseen oireyhtymään, sepelvaltimotautiin, nivelrikkoihin ja eräisiin syöpäsairauksiin (Käypähoito -suositus 2007; Owens, 2003). Sairauksien vaaran suuruus riippuu lihavuuden määrästä. Lihavuus myös lisää kuolemanvaaraa (Strum & Wells, 2001). Kuolleisuus suurenee selvästi painoindeksin ylittäessä arvon 30 kg/m² (Käypähoito -suositus 2007).

Tutkimustulokset lihavuuden yhteydestä terveydellisiin ongelmiin ovat selkeitä; lihavuus altistaa monille sairauksille ja lisää kuolemisriskiä. Tulokset lihavuuden ja psyykkisen hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä puolestaan ovat ristiriitaisempia. Kaukuan (2006) mukaan pienemmillä painoindekseillä (BMI 25–35 kg/m²) lihavuus ei näytä heikentävän psyykkistä elämänlaatua, mutta vaikeassa ja sairaalloisessa lihavuudessa (BMI yli 35 kg/m²) psyykkinen ja sosiaalinen elämänlaatu alkavat heiketä. Kaukua (2006) tuo lisäksi esille, että toisaalta on myös saatu tuloksia, että niiden, jotka hakeutuvat lihavuutensa vuoksi hoitoon, elämänlaatu on heikompi kuin muiden lihavien. Lisäksi on havaittu, että lihavuudella on negatiivinen yhteys psykososiaaliseen elämänlaatuun, ja että psykososiaaliset ongelmat vähentyvät laihtumisen myötä (Karlsson, Taft, Sjöström, Torgerson & Sullivan, 2003; Kaukua, Pekkarinen, Sane & Mustajoki, 2003).

Lihavuudella on myös todettu olevan yhteyttä masennukseen (kts. mm. Dong, Sanchez & Price, 2004; Roberts, Deleger, Strawbridge & Kaplan, 2003). Masennusta ilmenee erityisesti lihavilla, joilla on taipumusta ahmimiseen, jotka hakeutuvat lihavuutensa vuoksi hoitoon ja joilla on psykososiaalisia ongelmia (Karlsson ym., 2003; Käypähoito -suositus 2007; Rissanen & Mustajoki, 2006; Stunkard, Faith & Allison, 2003). Ruotsalaisille tehdyn tutkimuksen mukaan ylipaino ja lihavuus vaikuttivat nuorilla/nuorilla aikuisilla (16–34 v.) negatiivisesti fyysiseen muttei psyykkiseen terveyteen. Toisaalta on havaittu, että ylipainon vaikutukset psyykkiseen terveyteen ilmenivät hieman vanhemmilla, keski-ikäisten (35–64 v.) ryhmässä (Larsson, Karlsson & Sullivan, 2002).

Lihavat henkilöt saattavat joutua kokemaan syrjintää ja ennakkoluuloja, jotka voivat vaikuttaa minäkuvaan sekä mahdollisuuksiin sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, opiskelussa ja työelämässä. Kun on tiedusteltu laihtumaan pyrkivien ylipainoisten syitä haluun pudottaa painoaan, he ovat

maininneet keskeisimmiksi syiksi ulkonäköön, terveyteen ja mielialaan liittyvät ongelmat (O'Brien ym., 2007). Kun ylipainoisten laihtumishalun syitä puolestaan on mitattu mittareilla, ovat psykososiaaliset syyt (mm. ahdistus, reaktiivisuus ruokaärsykkeille ja huoli ulkonäöstä) olleet fyysisiä rasitteita tärkeämpiä (Annunziato & Lowe, 2007). Lihavuuteen liittyvät ongelmat ovatkin moninaisia, ja niissä esiintyy yksilöllistä vaihtelua. Kaukuan (2006) mukaan lihavuudelle ominaisina elämänlaatuongelmina voidaan pitää psykososiaalisia ongelmia, ulkonäkö-, energisyys-, itsetunto-, ihmissuhde-, seksi- ja työelämän ongelmia.

Laihtumisella on monia vaikutuksia psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä sosiaaliseen toimintaan. Noin 5–10 prosentin laihtuminen vähentää lihavuuteen liittyvien sairauksien vaaraa ja helpottaa oireita niillä, joilla on todettu jokin lihavuuteen liittyvä sairaus (Käypähoito -suositus 2007). Rissanen ja Mustajoki (2003) tuovat esiin, että laihtumisen psykososiaalisia vaikutuksia ovat itsevarmuuden ja elämään tyytyväisyyden lisääntyminen, mielialan koheneminen ja ruumiinkuvan paraneminen. Kaukuan ym. (2003) tutkimus osoitti, että alle 10 prosentin painomuutokset parantavat psykososiaalista ja fyysistä toimintaa. Kuitenkin tarvitaan vähintään 10 prosentin painomuutos, jotta saavutetaan pysyviä parannuksia usealla elämänlaadun alueella (Kaukua ym., 2003).

1.2. Lihavuuden hoitomuotoja ja niiden vaikuttavuuden arviointia

1.2.1 Ruokavaliot, liikunta, perushoito, lääkehoito ja leikkaus

Lihavuuden hoidon tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa sairauksia painon laskun sekä saavutetun painonpudotustuloksen ylläpitämisen avulla. Juuri pitkäaikainen painonhallinta on osoittautunut lihavuushoidoissa ongelmalliseksi. Laihtuminen saattaa onnistua, mutta laihtumistuloksen ylläpitäminen on vaikeampaa. Laihduttamisen jälkeen on vaarana, että paino lähtee kohoamaan takaisin kohti lähtöpainoa. Fogelholmin (2006b) mukaan useimmat ihmiset onnistuvat hyvässä ohjauksessa laihtumaan ainakin viisi kiloa, mutta vain osa kykenee pitämään painonsa yli viiden vuoden ajan. Laihduttaneista valtaosalla, yli 80 prosentilla, tapahtuu painonnousua (Douketis, Macie, Thabane & Williamson, 2005).

Erilaisten dieettien avulla paino voidaan saada laskemaan, mutta vaarana on, että dieettimuotoista ruokavaliota ei jakseta noudattaa ja paino lähtee takaisin nousuun. Painon nousu puolestaan saattaa turhauttaa ja korottaa kynnystä uuteen painonpudotusyritykseen. Erityisesti vähän rasvaa tai hiilihydraatteja sisältävien ruokavalioiden noudattaminen on osoittautunut pitkällä

aikavälillä vaikeaksi (Dansinger, Gleason, Griffith, Selker & Schaefer, 2005). Hakalan ja Fogelholmin (2006) mukaan muotidieeteistä (Atkins, Zone, GI, Ornish ja Painonvartijat) ei ole pysyvää apua painonhallinnassa, sillä tutkimustiedot eivät puolla niiden toimivuutta. Myöskään vapaasti kaupan olevien laihdutusvalmisteiden (mm. kromi, CLA, karnitiini, kitosaani ja omenaviinietikka) väitetyjä vaikutuksia ei ole tieteellisesti todistettu (Hakala & Fogelholm, 2006).

Pysyvä painomuutos vaatii elintapojen, ruoka- ja liikuntatottumusten, muuttamista. Erityisesti ruokavaliomuutokset ovat osoittautuneet keskeisiksi keinoiksi painon pudotuksessa (Hakala, 2006). Liikunnan merkitys painon alentamisen kannalta ei ole yhtä olennainen (Karhunen & Mustajoki, 2006; Ross & Janssen, 2001). Liikunta kuitenkin auttaa vyötärölihavuuteen ja on yhteydessä hyvään painonhallintaan laihduttamisen jälkeen (Hakala & Fogelholm, 2006). Terveystieteissä käytetyssä lihavuuden perushoidossa pyritään vaikuttamaan juuri elintapoihin. Perushoitoon sisältyy ruokavalioneuvontaa, liikuntaan aktivointia ja ohjausta elintapoihin liittyvissä kognitiivisissa tekijöissä sekä syömisen hallinnassa (Käypähoito -suositus 2007). Perushoito on ryhmämuotoista ja hoitokertoja on useita, tavallisesti 10–20 (Käypähoito -suositus 2007). Lihavuuden yleisyyden vuoksi useita hoitokertoja sisältävää perushoitoa ei kuitenkaan pystytä tarjoamaan kaikille liikapainoisille (Hakala ja Fogelholm, 2006).

Lihavuuteen ja vaikean tai sairaalloiseen lihavuuteen voidaan käyttää hoitomuotoina lääkehoitoa ja leikkausta. Lääkehoito on pääsääntöisesti tarkoitettu niille, joiden painoindeksi on $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ja leikkaushoito niille, joiden painoindeksi on yli 40 kg/m^2 (Käypähoito -suositus 2007). Koska lääke- ja leikkaushoitoa käytetään vain silloin, kun paino on jo suuri, niitä voidaan pitää lihavuuden äärimmäisinä hoitokeinoina. Leikkaushoidolla saavutetaan useimmiten hyvä, pitkään säilyvä laihtumistulos (Mathus-Vliegen, 2007; Sane 2006). Leikkaushoitoa käytetään kuitenkin vain henkilöille, joilla muut hoitomuodot eivät ole olleet tuloksellisia (Käypähoito -suositus 2007). Lääkehoidon kohderyhmää ovat henkilöt, joilla on motivaatiota laihduttaa ja muuttaa elintapojaan mutta joilla on ollut vaikeuksia laihtua sekä ne, joilla on jokin liikapainoon liittyvä sairaus (Käypähoito -suositus 2007; Savolainen, 2006). Lihavuuden hoidossa käytettävien lääkkeiden teho perustuu kolmeen erilliseen vaikutusmekanismiin: 1) energiansaannin vähentämiseen siten, että osa syödyistä rasvasta ei imeydy elimistöön, 2) kylläisyyden tunteen lisäämiseen, minkä seurauksena energian saanti vähenee ja 3) nälän tunteen vähentämiseen, aineenvaihdunnan häiriöiden korjaamiseen ja kudosten energiankulutuksen lisäämiseen (Kaukua & Rissanen, 2006). Lääkehoidoilla onnistutaan pääsääntöisesti laihduttamaan vähintään viisi prosenttia lähtöpainosta (Douketis ym., 2005). Lihavuuden lääkehoitoon liittyy kuitenkin haittavaikutusten riski. Haittavaikutuksia ovat mm. pahoinvointi ja ripuli tai ummetus (Käypähoito -suositus 2007).

1.2.2 Käyttäytymistieteellinen hoito

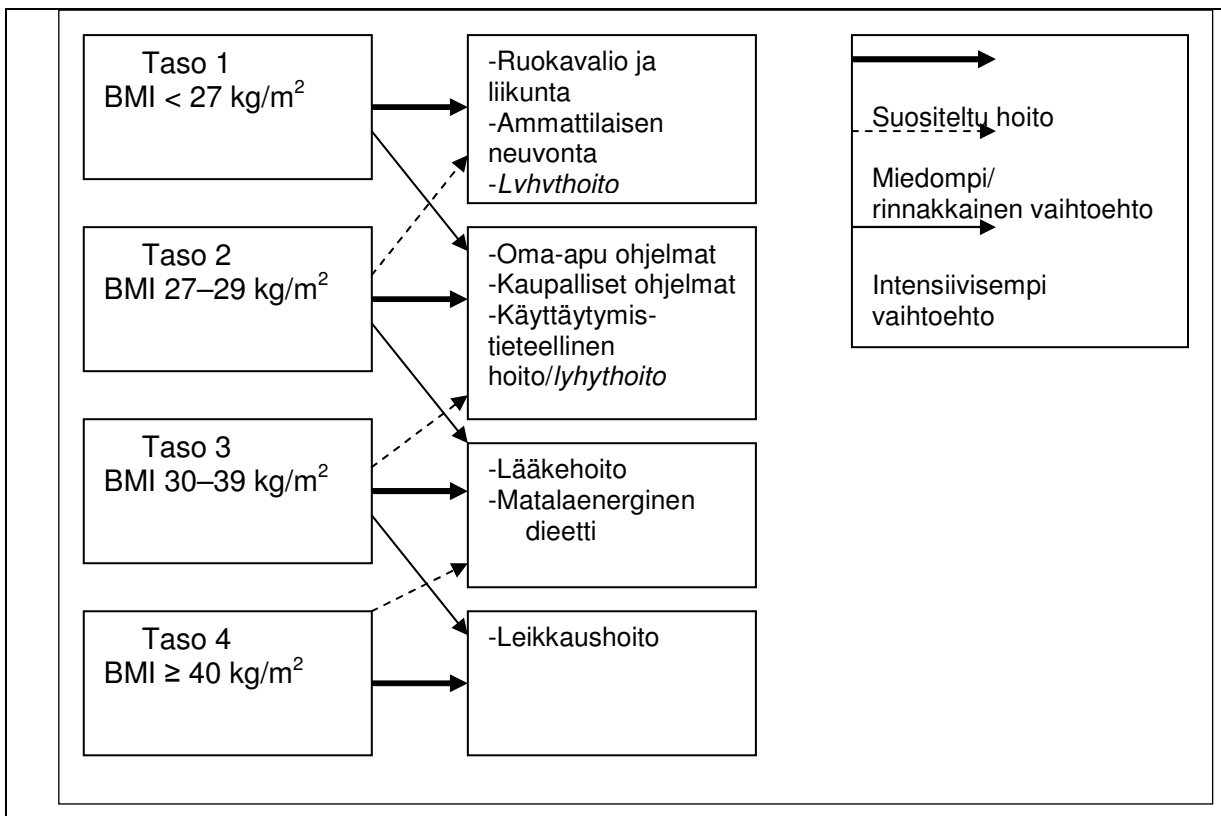
Käyttäytymistieteellisessä hoidossa (oppimistoreettinen ja kognitiivinen hoito) painopiste on yksilössä ja syömisen taustalla olevien mekanismien tuntemisen lisäämisessä. Käyttäytymistieteellisessä hoidossa ei rajoituta vain neuvontaan vaan pyritään selvittämään syömiseen liittyvää käyttäytymistä (käyttäytymisterapia) sekä tunteita ja ajatuksia (kognitiivinen käyttäytymisterapia). Hoidossa pohditaan, mitä eri tekijöitä syömiskäyttäytymiseen liittyy kullakin asiakkaalla. Käyttäytymistieteellisen hoidon tavoitteena on saada asiakas tietoiseksi omasta käyttäytymisestään ja antaa hänelle tarvittavaa tukea elämänsä kontrollointiin sekä elämäntapojen muuttamiseen (Melin ym., 2003). Lisäksi hoidon tavoitteena on opettaa asiakkaalle menetelmiä sekä ajattelu- ja työskentelytapoja, joita hän pystyy käyttämään omatoimisesti (Lappalainen, 2006). Hoidoissa käytettyjä menetelmiä ovat mm. itsehavainnot, syömiskäyttäytymisen muuttaminen sekä syömistä edeltäviä tilanteita että itse syömistilannetta arvioimalla ja muuttamalla, nälän ja halun tunteiden hallinta, riskitilanteiden hallinta ja retkahdusten esto, ajattelun ja kielellisen käyttäytymisen muuttaminen sekä ongelmanratkaisu- ja sosiaalisten taitojen kehittäminen (Lappalainen, 2006).

Lyhytaikaisissa, noin yhden vuoden seurannoissa, käyttäytymistieteelliset hoitomuodot ovat osoittautuneet tehokkaiksi lihavuuden hoidossa, erityisesti kun niihin liitetään ruokavalio- ja liikuntaohjausta tai lääkehoitoa (Anderson, Grant, Gotthelf & Stifler, 2007; Craighead, 1987; Glenny, O'Meara, Melville, Sheldon & Wilson, 1997; Wadden, Stunkard, Brownell & Day, 1984). Onkin yleistä, että käyttäytymishoito yhdistetään johonkin muuhun painonhallintaa edistävään hoitoon tai ohjaukseen. Waddenin, Fosterin ja Brownellin (2002) mukaan käyttäytymistieteellisillä hoitomuodoilla saavutetaan keskimäärin yhdeksän prosentin painonpudotustulos, mitä voidaan pitää kliinisesti hyvänä tuloksena. Kuitenkin lihavuuden hoidoille tyypillisen ilmiön mukaan, hoitoon osallistuneiden paino pyrkii usein nousemaan hoidon lopettamisen jälkeen. Kun on tehty vertailua pidemmällä aikavälillä (2–4 vuotta), elämäntapahoidoilla (mm. käyttäytymistieteellinen hoito) on saatu melko alhaisia, keskimäärin alle viiden kilogramman painopudotustuloksia (Douketis ym., 2005).

Käyttäytymistieteellisissä hoidoissa laihtuminen ei välttämättä ole päätavoite, vaan ensisijaisena tavoitteena voi olla löytää syömisen tai ruokatarvitsevuuden syyt ja tuoda ne asiakkaan tietoisuuteen sekä pyrkiä parantamaan psyykkistä hyvinvointia. Hoidoilla on onnistuttu kohottamaan itsetuntoa ja mielialaa, vähentämään murehtimista painosta, kehonkuvasta ja syömisestä sekä laskemaan depressiota ja vähentämään ahmimista, vaikka merkisevää painonpudotusta ei ole tapahtunut (Foster, Wadden, Kendall, Stunkard & Vogt, 1996; Nauta, Hospers & Jansen, 2001). Hoidoilla voi myös olla vaikutusta ruokavaliomuutoksiin. Raynorin, Jefferyn, Taten & Wingin (2004)

tutkimuksessa kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvalla hoidolla saatiin monipuolistettua ylipainoisten käyttämien terveellisten ruokien kulutusta ja vähennettyä rasvaisten ja makeiden ruokien määrää.

Ogden (2000) tutki painonhallinnassa onnistuneita henkilöitä, joilla paino oli pysynyt vähintään kolme vuotta samana. Hän havaitsi, että painonhallinnassa onnistuminen liittyy ruokavalio- muutosten ohella motivaatiotekijöihin sekä lihavuuden syiden ja seurausten selityksiin. Ogdenin mukaan näyttäisi siltä, että sekä itse käyttäytymisen että käyttäytymiseen liittyvien selitysten muuttaminen on tärkeää painonhallinnan kannalta. Tuloksiinsa viitaten Ogden esittää, että psykologinen malli lihavuudesta saattaa ennustaa laihdutustulosta parhaiten. Ogdenin tulos puoltaa psykologisten menetelmien käyttöä lihavuuden hoidossa. Käyttäytymistieteellisillä menetelmillä voidaan pureutua mm. motiivien ja syy- ja seurauskäsitysten selvittämiseen sekä muuttamiseen ja siten laihtumistuloksen parantamiseen. Kuviossa kaksi on esitelty ylipainon ja lihavuuden hoitomuotosuosituksia.



Kuvio 2. Lihavuuden hoitomuotosuosituksia (Mukailtu Wadden ym. 2002). Mukaan on liitetty lyhythoito sen mahdolliselle paikalle.

1.2.3 Yksilö- ja ryhmähoitojen sekä lyhyiden ja pitkien hoitomuotojen vertailua

Painonhallinnan hoidot, joissa keskitytään ruokavalio- ja liikuntatottumusten muuttamiseen sekä käyttäytymistieteellisiin menetelmiin, ovat usein ryhmähoitoja. Ryhmähoitojen etuna on, että ryhmähoito luo mahdollisuuden käyttää useampia ohjausmenetelmiä kuin yksilöterapia (Mustajoki & Lappalainen, 2006). Lisäksi ryhmähoidot ovat kustannustehokkaampia. Ryhmähoito tulee kuitenkin suunnitella etukäteen; parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi ohjaajalla tulee olla käytössä ennalta laadittu, valmis ohjelma (Mustajoki & Lappalainen, 2006). Yksilöhoidon etuna puolestaan voidaan pitää henkilökohtaista ohjausta ja yksilöllisiä hoitotoimenpiteitä sekä mahdollisuutta käsitellä syvällisemmin ohjattavan ajatuksia ja tunteita (Mustajoki & Lappalainen, 2006; Renjilian ym., 2001). Yksilö- ja ryhmähoitojen laihutumistuloksissa ei näytä olevan suurta eroa, vaikka ryhmähoito on mahdollisesti tehokkaampaa (Glenny ym., 1997; Käypähoito -suositus 2007; Mustajoki, 2002). Renjilianin ym. (2001) tutkimuksessa saatiin viitteitä ryhmähoidon paremmuudesta laihutumisessa yksilöhoitoon nähden. Hoitomuodot ryhmille ja yksilöhoidoille olivat samanlaiset. Hoidoissa käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä yhdistettynä ravinto- ja liikuntaneuvontaan. Ilmeni, että ryhmähoito tuotti paremman painonpudotustuloksen kuin yksilöhoito, jopa niillä osallistujilla, jotka toivoivat saavansa yksilöllistä hoitoa.

Tarkasteltaessa painonhallinnan lyhyitä ja pidempiä hoitomuotoja, Jefferyn ym. (2000) ja Waddenin ym. (2000) mukaan näyttää siltä, että hoidon pituuden lisääminen lisää myös laihutumista. Lisäksi Wadden ym. (2002) huomauttavat, että useiden tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että hoidettavista suurin osa ei pysty laihtumaan 10–15 prosenttia enempää. Painonhallinnan lyhythoitoja ei Suomessa ole tiettävästi aikaisemmin tutkittu, ja ulkomaistakin tutkimusta on vähän. Stahren ja Hällströmin (2005) tutkimuksessa lyhyellä kognitiivisella hoidolla saatiin hyviä painonpudotustuloksia puolentoista vuoden seurannassa, ja heidän mukaansa pitkäkätköt hoitomuodot eivät välttämättä ole tarpeellisia. Pitkien hoitojen etuna kuitenkin on, että ne mahdollistavat lyhythoitoja syvällisempien ja yksityiskohtaisempien hoitomenetelmien käytön. On myös huomioitava, että lihavuuden yleisyyden vuoksi kaikille painonhallintaohjelmia tarvitseville ei voida tarjota pitkiä hoitomuotoja. Lyhythoitojen alhaisemmat toteutuskustannukset mahdollistavat sen, että hoitoa voidaan tarjota useammille sitä tarvitseville. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa tarkasteltavien, vuonna 2004 toteutettujen, lyhytinterventioiden kustannukset olivat noin 5–10 euroa henkilöä kohden (Lappalainen & Turunen, 2006).

1.3 Painonhallintaa edistävät ja estävät tekijät hoidon jälkeen

Laihduttamisen jälkeinen painonhallinta on suurimmalle osalle laihduttaneista vaikeaa. Vain 15–20 prosenttia laihduttaneista onnistuu säilyttämään painonsa (Byrne, 2002; Douketis ym., 2005; Wadden, 2002). Lihavuuteen ja ylipainoon vaikuttaminen on hankalaa juuri siksi, että painolla on taipumus nousta takaisin kohti lähtöpainoa. Painon takaisinnousua selittävät monet biologiset tekijät. Ihmisillä on synnynnäinen taipumus mieltyä rasvaisiin ja makeisiin ruokiin. Ympäristön runsas tarjonta ja mainonta puolestaan voimistavat synnynnäisiä makumieltymyksiämme. Syömistä sääteleville mekanismeille on myös ominaista, että ne sallivat helpommin energian ylityksen kuin alituksen (Karhunen & Mustajoki, 2006). Täten ylipainon kerääminen on helpompaa kuin ylimääräisistä kiloista eroon pääsy. Laihduttaessa kehon energiatarve pienenee ja syömisen tulisi mukautua pienempään energiatarpeeseen myös laihtumisen jälkeen (Fogelholm, 2006b). Kuitenkin se on vaikeaa, sillä olemme tottuneet syömään tietynlaista ravintoa. Lisäksi elimistön pitkäaikaissäätely pyrkii säilyttämään elimistön energiatasapainon ja siten painon pidemmällä aikavälillä samana (Karhunen & Mustajoki, 2006).

Paino nousee takaisin sitä todennäköisemmin, mitä pidempi aika laihduttamisesta on kulunut. Painon takaisinsaantia on kuitenkin vaikea ennustaa. Lappalaisen ym. (2005) mukaan painon takaisinnousu voi olla asteittaista ja liittyä erilaisiin riskikausiin kuten joulunaikaan. Suurimman osan ajasta painonhallinta saattaa olla onnistunutta, ja painon asteittainen nousu tapahtuu riskijaksojen aikana. Viikoittainen ja kausittainen painonvaihtelu voi olla ratkaisevaa, kun ylipainoiset ja lihavat yrittävät säilyttää painonsa laihdutuksen jälkeen (Lappalainen ym., 2005).

Painonhallinnassa onnistumiseen ja epäonnistumiseen vaikuttavat pääosin samat tekijät. Painonhallinnassa onnistuneet toimivat tietyllä tavalla ja ne, joilla paino nousee, eivät toimi samoin. Tai onnistujilla on tiettyjä ominaisuuksia tai taitoja joita epäonnistujilla ei ole, ainakaan samassa määrin. Keskeinen seikka painonhallinnan onnistumisessa laihdutuksen jälkeen on opittujen asioiden ja käytettyjen menetelmien käytön jatkaminen myös laihdutustavoitteen saavuttamisen jälkeen. Totuttujen käyttäytymistapojen pysyvä muuttaminen ei kuitenkaan ole helppoa. Jotta käyttäytymismuutos onnistuisi, tarvitaan motivaatiota. Painonhallinnan onnistumiseen vaikuttavina tekijöinä voidaan motivaatiotekijöiden lisäksi pitää elämäntapamuutoksia, lihavuuteen liittyviä selityksiä sekä läheisten tukea. Painonhallintaan liittyviä tekijöitä on kuvattu taulukossa yksi.

Elämäntapamuutokset, eli muutokset ruokavalio- ja liikuntatottumuksissa, vaikuttavat oleellisesti painonhallintaan. Useiden tutkimusten mukaan painonhallinnan keinoja ovat liikunnan lisääminen ja ottaminen elämäntavaksi sekä syödyn ravinnon kokonaisenergiämäärän pienentäminen (kts mm. Fogelholm, Kukkonen-Harjula & Oja, 1999; Jordan, Canavan & Steer, 1987; Littman, Kristal &

White, 2005; McGuire, Wing, Klem, Seagle & Hill, 1998; Villanova ym., 2006). Jordanin ym. (1987) tutkimuksessa tarkasteltiin kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneita, pitkäaikaisessa painonhallinnassa onnistuneita henkilöitä. Tutkimuksessa havaittiin, että painonhallinnassa onnistuneet suunnittelevat syömisiään etukäteen, keskittyvät johonkin toimintaan, kun halu syödä on voimakas, syövät vähäkalorisia ruokia, joiden syömisäika on pitkä, säästävät kaloreita juhlapyyhiä ja muita tapahtumia varten ja elävät pari päivää kevyemmin runsaiden kaloreiden nauttimisen jälkeen sekä ovat lisänneet liikuntaa. McGuire ym. (1998) vertailivat tutkimuksessaan eri tavoin itsenäisesti laihduttaneiden, painonhallinnassa onnistuneiden keinoja. Ilmeni, että painon säilyttämisen keinot onnistuneilla ovat samanlaisia. Käytetyt keinot ovat ruokavalion keventäminen sekä liikunnan lisääminen.

Eräitä painonhallintaa edistäviä tekijöitä ovat lihavuuteen liittyvät selitykset. Hänninen, Kaukua ja Saarlio-Lähteenkorva (2006) tutkivat painonhallinnassa onnistuneiden ja epäonnistuneiden lihaviin käsityksiä lihavuutensa syistä. Tutkimus osoitti, että painonhallinnassa onnistuneet selittävät lihavuuttaan useammin lääketieteellisillä sekä sosio-kulttuurisilla syillä. Painonhallinnassa epäonnistuneet puolestaan painottavat selityksissään psyykkis-emotionaalisia syitä, ja lihavuuden kielteinen leima ilmenee niissä selkeämmin. Hännisen ym. (2006) tuloksille vastakohtaisesti Ogdenin (2000) tutkimuksessa onnistuneeseen painonhallintaan liittyy alhainen uskomus lääketieteellisiin syihin lihavuuden selittäjänä. Ogdenin tutkimuksessa onnistuneeseen painonhallintaan liittyy myös käsitys siitä, että psykologiset muutokset (mm. ahdistus, masennus, alhainen itsetunto) ovat lihavuuden seurausta. Lisäksi laihtumistuloksensa säilyttäneitä motivoi ajatus itseluottamuksen kohoamisesta sosiaalista painetta ja lääketieteellisiä seikkoja voimakkaammin.

Tutkimusten perusteella on voitu erottaa psykologisia muuttujia, jotka motivoivat laihdutus-hoidossa käytettyjen tekniikoiden säilyttämistä laihdutuksen jälkeen. Eri tutkimuksia tarkastelevien katsausten pohjalta voidaan mainita mm. seuraavia painonhallinnan onnistumiseen liittyviä motivaatiotekijöitä: 1) Onnistuneilla on hyvä pystyvyyskäsitys syömistilanteiden ja syömishalun hallinnasta sekä painonhallinnasta (Byrne, 2002). 2) Onnistuneilla on myös kyky käsitellä stressaavia ja emotionaalisia elämäntilanteita painonhallinnassa epäonnistuneita paremmin. Painonhallinnassa onnistumista motivoi myös omien painotavoitteiden saavuttaminen, tyytyväisyys saavutettuun painoon ja itsevarmuuden lisääntyminen laihtuessa (Byrne, 2002; Elfhag & Rössner, 2004). Lisäksi Elfhag ja Rössner (2004) painottavat yleisen psyykkisen vakauden ja jaksavuuden merkitystä painonhallinnassa.

Painonhallinnassa epäonnistumista luonnehtivat onnistumiselle vastakkaiset tekijät. Byrnen (2002) mukaan painonhallinnassa epäonnistuneilla on havaittu olevan usein suurempi alkupaino ja

enemmän retkahduksia sekä enemmän ruokaan liittyviä haluja ja subjektiivista nälän tunnetta kuin painonhallinnassa onnistuneilla. McGuire, Wing, Klem, Lang ja Hill (1999) tarkastelivat vuoden seurannassa painon takaisinnousua henkilöillä, jotka olivat laihduttaneet ja onnistuneet säilyttämään laihduttamisen jälkeisen painonsa lähes kuuden vuoden ajan. Tutkimus osoitti, että lähtötilanteen perusteella painon takaisinnousua ennustavat lähiaikaiset (kahden vuoden sisällä tapahtuneet) painonpudotukset, korkeammat masennuspisteet sekä sallivuus nautitun ravinnon suhteen. Seurannan perusteella painonnousuun liittyy painonsäilyttäjiä vähäisempi energiankulutus ja suurempi rasvojen nauttiminen, subjektiivinen näläntunne, sallivuus nautitun ravinnon suhteen sekä ahmiminen.

Sosiaalisella tuella on havaittu olevan jonkin verran yhteyttä painonhallintaan. Läheissuhteita tarkasteltaessa puolison tuella on todettu olevan merkitystä painonhallinnassa. Puolison tuki auttaa sekä laihduttamisessa että painonhallinnassa onnistumisessa (McLean, Griffin, Toney & Hardeman, 2003). Leibbrandin ja Fichterin (2002) tutkimuksen mukaan ammatillisesta tuesta puolestaan ei ole merkitsevää hyötyä painonhallinnassa laihtumisen jälkeen. Leibbrand ja Fichter vertasivat tutkimuksessaan kahta kognitiivista käyttäytymisterapiaa saaneiden laihtuneiden ryhmää, joista toinen sai ammatillista tukea ja toinen vain kontrollikäyntejä. 18 kuukauden seurannan jälkeen ryhmät eivät eronneet tutkittavien muuttujien eli painon, syömisen tai psyykkisten ongelmien suhteen.

Taulukko 1. Painonhallintaan liittyviä tekijöitä

	Onnistunut painonhallinta	Painonnousu
Ravinto ja liikunta	-fyysinen, säännöllinen aktiivisuus -kokonaisenergian saannin rajoittaminen -terveellinen, vähemmän rasvapitoinen ruokavalio	-fyysisestä aktiivisuudesta ei elämäntapaa -ei kokonaisenergian saannin kontrollointia
Psykologiset tekijät	-hyvä pystyvyyskäsitelmä -hyvät coping-keinot stressaavissa ja emotionaalisissa tilanteissa -lihavuuden selittäminen sosio-kulttuurisilla syillä -psykkinen vakaus ja jaksavuus	-lihavuuden näkeminen negatiivisten stereotyyppien valossa -huonot coping-keinot stressaavissa ja emotionaalisissa tilanteissa -syöminen reaktiona negatiivisissa ja stressaavissa tilanteissa -subjektiivista näläntunnetta ja ruoan himoitsemista - lihavuuden selittäminen psyykkis-emotionaalisilla syillä -psykkiset ongelmat
Käyttäytyminen	-painotavoitteiden saavuttaminen -syömisestä suunnittelu etukäteen ja korvaavat toiminnat syömishalun kasvaessa -syödyn ravinnon rajoittaminen	-useat aikaisemmat painonpudotukset -retkahdukset -ahmiminen -sallivuus syödyn ravinnon suhteen
Sosiaalinen tuki	-sosiaalista tukea läheisiltä	-sosiaalisen tuen puute

1.4 Yhteenveto

Ylipaino on väestössä yleinen ongelma, josta on pitkällä aikavälillä seurauksena lääketieteellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. Lihavuushoidoilla voidaan saavuttaa painon laskua sekä fyysisen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin lisääntymistä. Ylipainon ja lihavuuden hoidossa on kuitenkin tiettyjä ongelmia, joita ovat mm. seuraavat tekijät: paino-ohjelmia tarvitsevia on hyvin paljon,

painolla on taipumus nousta hoito-ohjelman jälkeen sekä hoidosta hyötyvien ja hyötymättömien ennustaminen on vaikeaa. Tutkimusta on tehty varsin vähän muutaman hoitokerran sisältävistä lyhyistä painonhallintaohjelmista, joita olisi mahdollista tarjota alhaisin kustannuksin monille hoitoa tarvitseville ja haluaville. Koska tietoa on lähinnä painonhallinnan pidemmistä hoitomuodoista ja niiden tehokkuudesta, olisi hyvä selvittää, onko lyhythoidoilla samankaltaisia vaikutuksia kuin pidemmillä hoitomuodoilla eli onko lyhytinterventiolla vaikutusta painoon sekä psyykkiseen hyvinvointiin, kuten on esim. pitempikestoisilla käyttäytymistieteellisillä lihavuuden hoidoilla. Jotta lyhytinterventioita voidaan tarjota niistä eniten hyötyville henkilöille, tulisi selvittää, kenelle lyhythoidot sopivat hoitomuodoksi ja mitkä tekijät ovat yhteydessä lyhythoitosten vaikuttavuuteen.

2 TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena oli kahden vuoden seurannassa selvittää kahden psykologisen lyhythoito-ohjelman vaikuttavuutta painonhallintaan.

Tavoitteena oli selvittää:

1. Onko kehitetyillä psykologisilla lyhythoidoilla painonhallintaa sekä koettua psyykkistä hyvinvointia edistäviä vaikutuksia:

- a) Onko yhden ja neljän kerran hoitoryhmien välillä eroja painomuutoksissa sekä psyykkisessä hyvinvoinnissa?
- b) Miten suurelle osalle henkilöistä ohjelmat ovat olleet hyödyllisiä?

2. Onko aineistosta määriteltävissä tekijöitä, jotka ennustavat psykologisten lyhythoitojen vaikuttavuutta:

- a) Onko löydettävissä ryhmiä, joille lyhythoidot soveltuvat?
- b) Onko löydettävissä tekijöitä, jotka ennustavat hyvää tulosta painonhallinnassa?

3 TUTKIMUSMENETELMÄT

3.1 Tutkimushenkilöt

Tutkimukseen haettiin vuonna 2004 Tampereen seudulta vapaaehtoisia osallistujia tiedottamalla tutkimuksesta paikallisessa ilmaisjakelulehdessä Tamperelaisessa (7.1.2004) ylipainoa käsittelevän lehtiartikkelin yhteydessä. Tutkimukseen oli mahdollista ilmoittautua puhelimitse ja sähköpostitse. Osallistumisen kriteerinä oli vähintään lievään ylipainoon ($BMI \geq 25$) viittaava painoindeksi sekä kahdeksantoista vuoden ikä. Tutkimukseen ilmoittautui yhteensä 354 henkilöä. 258 ensimmäistä ilmoittautujaa, jotka täyttivät tutkimuksen kriteerit, kutsuttiin aloitustapaamiseen. Kaikkia halukkaita ei voitu ottaa mukaan tilavarausten rajallisuuden ja ryhmäkokojen liiallisen kasvamisen vuoksi. Kutsutuista 258 tutkimushenkilöstä 26 henkilöä jäi pois aloitustapaamisesta. Alkumittauksiin saapui yhteensä 232 henkilöä, joista 108 oli arvottu yhden hoitokerran ryhmään ja 124 neljän hoitokerran ryhmään. Neljän kuukauden seurantaan saapui yhden kerran ryhmästä 70.4 prosenttia ja neljän kerran ryhmästä 53.2 prosenttia aloitustapaamisessa olleista. Vuoden kuluttua alkumittauksista tarkoituksena oli tehdä seuranta, jossa tutkimushenkilöiltä kerättäisiin samat tiedot kuin alkumittauksissa, mutta seurantaan ilmoittautuneiden vähyyden vuoksi sitä ei pystytty toteuttamaan.

Vuonna 2004 tutkimukseen osallistuneista 232 henkilöstä suurin osa (79.3%, $n = 184$) oli naisia. Osallistuneet olivat iältään 17–79-vuotiaita. Iän keskiarvo oli 48.46, pituuden 168 cm ja vyötärön ympäryys oli keskimäärin 106.27 cm. Tutkimusjoukon mitatun painon keskiarvo oli 93.97 kg, itsearvioitun painon 92.08 kg ja painoindeksin 33.45 kg/m^2 . Tavoitepainoksi ilmoitettiin 69.94 kg. Osallistujat jakautuivat koulutustaustaltaan perusasteen suorittaneisiin 12.1 prosenttia, keskiasteen suorittaneisiin 53.9 prosenttia ja korkea-asteen suorittaneisiin 34.1 prosenttia. Tupakoitsijoita oli 10.8 prosenttia osallistujista ja 47.4 prosentilla osallistujista oli yksi tai useampi sairaus. Kuten liitteestä yksi voidaan havaita, hoitoryhmien välillä ei löytynyt hoidon alussa eroja taustatiedoissa.

Vuonna 2006 suoritettiin tutkimuksen kahden vuoden seuranta, jonka kohderyhmänä olivat kaikki 232 tutkimuksessa aloittanutta. Seuranta toteutettiin puhelinkyselynä ja kyselyyn vastasi 150 henkilöä: 112 naista (74.7%) ja 38 miestä (25.3%). Kestoltaan lyhyempään (1 hoitokerta) ryhmään osallistuneita oli 71 ja pidempään (4 hoitokertaa) ryhmään osallistuneita 79. Vuonna 2004 tehtyjen alkumittausten perusteella vuoden 2006 osallistujien taustatiedot olivat seuraavat: Osallistujien ikä

vaihteli 18–73 ikävuoteen ja iän keskiarvo oli 49.72. Pituus oli keskimäärin 168 cm ja vyötärön ympärysmitta 106.10 cm. Tutkittavien mitatun painon keskiarvo oli 93.39 kg, itsearvioitun painon 91.50 kg, tavoitepainon 70.95 kg ja painoindeksi 32.96 kg/m². Koulutustaustaltaan perusasteen suorittaneita oli 12.7 prosenttia, keskiasteen suorittaneita 55.3 prosenttia ja korkeasteen suorittaneita 32.0 prosenttia. Tupakoitsijoita oli 11.3 prosenttia ja 49.3 prosenttia osallistujista oli yksi tai useampi sairaus. Vuonna 2006 ja vuonna 2004 osallistuneiden taustatiedoissa ei ollut merkittäviä eroja (Liite 1).

Vuoden 2006 seurannasta jäi pois 82 henkilöä, joista naisia oli 72 (87.8%) ja miehiä 10 (12.2%). Kahden vuoden seurantaan osallistui siis 64.7 prosenttia tutkimuksen aloittaneista henkilöistä (N = 232). Poisjääneistä lyhyemmän hoidon saaneita oli 38 ja pidemmän hoidon saaneita 44. Poisjääneitä oli suurin piirtein sama määrä molemmista ryhmistä. Poiskarsiutumiseen oli kolme syytä: tutkimushenkilön osoite- tai puhelinnumerotiedot olivat muuttuneet (n = 25), henkilö ei halunnut osallistua seurantaan (n = 18) tai häntä ei tavoitettu kolmella soitolla (n = 39). Vuonna 2004 tehtyjen alkumittausten perusteella vuonna 2006 poisjääneiden taustatiedot olivat seuraavat: Poisjääneet olivat iältään 17–76 -vuotiaita. Iän keskiarvo oli 45.80 vuotta, pituuden 166 cm ja vyötärön ympärysmitta oli keskimäärin 106.68 cm. Poisjääneiden mitatun painon keskiarvo oli 95.03 kg, itsearvioitun painon 93.12 kg tavoitepainon 68.08 kg ja painoindeksi 34.34 kg/m². Koulutustaustaltaan perusasteen suorittaneita oli 11 prosenttia, keskiasteen suorittaneita 51.2 prosenttia ja korkea-asteen suorittaneita 37.8 prosenttia. Tupakoitsijoita oli 9.8 prosenttia ja 43.9 prosenttia osallistujista oli yksi tai useampi sairaus. Poisjääneet poikkesivat vuonna 2006 osallistuneista kahden taustatiedon suhteen. Poisjääneet olivat iältään osallistuneita nuorempia ($t(230) = 2.6, p = .01$), ja naisia oli enemmän poisjääneissä kuin osallistuneissa ($\chi^2(1) = 5.6, p < .05$). Poisjääneiden alkumittaustietoja on kuvattu liitteessä yksi.

3.2 Tutkimusasetelma ja mittausmenetelmät

Vuonna 2004 tutkimukseen tarvittavat tiedot kerättiin kahdessa osassa kevään 2004 aikana. Tutkimushenkilöt täyttivät arviointilomakkeet tammikuussa 2004 (viikoilla kolme ja neljä) ennen interventiota. Alkumittaukset koostuivat taustalomakkeesta sekä antropometrisistä, koetun psyykkisen hyvinvoinnin sekä syömistapojen, arviointimittauksista (Taulukko 2). Mittaukset uusittiin noin neljän kuukauden (15–17 viikon) kuluttua alkumittauksista ja hoidon aloituksesta toukokuussa 2004.

Antropometrisiä mittauksia olivat painon, pituuden painoindeksin (BMI) sekä vyötärön ympäryksen mittaukset. *Psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla* selvitettiin ohjelmien vaikutusta koettuun psyykkiseen hyvinvointiin. Beckin masennusmittari (Beck & Steer 2000) sisältää 21 masennuksen fyysisiin, toiminnallisiin sekä kognitiivisiin oireisiin liittyvää väittämää ja käyttäytymisen kuvausta. Kussakin kuvauksessa on neljä väittämää, joista henkilö valitsee itseään kuvaavimman vaihtoehdon. Psykologista hyväksyntää mitattiin AAQ-8 lomakkeella (Acceptance and Avoidance Questionnaire). AAQ-8 -kysely koostuu kahdeksasta väittämästä, joista valitaan seitsemän asteikon skaalasta (pitää täysin paikkansa - ei lainkaan pidä paikkaansa) itselle sopivin vaihtoehto. AAQ-8 on lyhennetty suomenkielinen versio kansainvälisestä AAQ-16 lomakkeesta (Bond & Bunce, 2003; Hayes, Strosahl et al., 2004). Sosiaalinen toimintakyky (Social Adaptation Self Evaluation Scale 1997) eli JESI itsearviointilomakkeen 21 kysymystä liittyvät työhön, vapaa-aikaan, perheeseen sekä kykyyn selviytyä käytettävissä olevilla voimavaroilla ja taloudellisilla edellytyksillä. Psykkien hyvinvoinnin positiivista ulottuvuutta (tyytyväisyys elämään, mieliala ja itseluottamus) mitattiin 0-100 asteikoilla (Ojanen, 2000), joissa suuri lukema kuvastaa kyseisen ominaisuuden suurta määrää. *Syömistapoja* kartoitettiin syömiskäyttäytymisen ja -tapojen mittarilla TFEQ-R-18:sta (Karlsson, Persson, Sjöström & Sullivan, 2000). Mittari sisältää 18 syömistapoihin ja näläntuntemuksiin liittyvää kysymystä, ja siitä saadaan laskettua kolme skaalaa, jotka ovat syömisen tietoinen rajoittaminen, hallitsematon syöminen sekä tunnesyöminen.

Taulukko 2. Vuoden 2004 tutkimuksen arviointimittarit.

Taustamuuttujat

Ikä, sukupuoli, koulutustausta, siviilisääty, terveystausta, laihdutushistoria ja käytetyt painonhallintakeinot sekä halu tehdä muutoksia.

Antropometriset mittarit

- 1 Paino (kg)
- 2 Pituus (m)
- 3 Painoindeksi, BMI (kg / m)
- 4 Vyötärö (cm)

Psyykkisen hyvinvoinnin mittarit

- 5 Beckin masennusta mittaava mittari (BDI)
- 6 Hyväksyminen (AAQ)
- 7 Sosiaalinen toimintakyky (JESI)
- 8 Tyytyväisyys elämään (graafinen asteikko 0-100)
- 9 Mieliala (graafinen asteikko 0-100)
- 10 Itseluottamus (graafinen asteikko 0-100)

Syömistapakyselylomake

- 11 TFEQ-R-18 (tietoinen rajoittaminen, hallitsematon syöminen ja tunnesyöminen)
-

Vuoden 2006 seuranta toteutettiin puhelinkyselynä vajaa kaksi ja puoli vuotta (viikoilla 17–25) vuoden 2004 alkumittausten jälkeen. Seurannassa käytetyt mittaukset koostuivat tutkimushenkilöiden painotiedosta, punnitus- ja vyötärönmittaustottumuksista, elämäntapamuutoksista, lyhythoito-ohjelman hyödyllisyyden arvioinnista sekä psyykkisen hyvinvoinnin arviointimittareista. Kaikki mittaukset perustuivat tutkimushenkilön omaan raportointiin.

3.2.1 Paino, punnitus- ja vyötärönmittaustottumus, elämäntapamuutokset sekä lyhythoito-ohjelman hyödyllisyyden arviointi

Tutkimushenkilö raportoi nykyisen *painonsa* 1 kg–0.1 kg tarkkuudella. Mikäli henkilö ei tiennyt painoaan, häntä pyydettiin tarkistamaan se. Niissä tapauksissa, joissa painon mittaaminen puhelun aikana ei onnistunut, painotieto tarkistettiin myöhemmällä soitolla.

Vuonna 2004 ilmeni, että osallistujien itse raportoima paino erosi mitatusta painosta keskimäärin 1.5 kilogrammaa. Osallistujien raportoima paino oli tammikuussa 2004 noin 1.5 kiloa vähemmän kuin mitattu paino. Tästä virhemarginaalista johtuen seurannassa ilmoitetusta painosta muodostettiin uusi muuttuja: korjattu paino. Korjattu paino muodostettiin siten, että jokaisen seurannassa ilmoittamaan painotietoon lisättiin tammikuussa 2004 mitatun painon ja tammikuussa 2004 ilmoitetun painon erotus. Näin saatiin jokaiselle osallistujalle yksilöllinen painotiedon korjaus. Kaikki osallistujat eivät olleet ilmoittaneet omaa painoarviotaan vuonna 2004. Näissä tapauksissa korjattu paino laskettiin lisäämällä seurannassa ilmoitettuun painoon kaikkien tammikuussa 2004 mitattujen ja ilmoitettujen painojen erotuksen keskiarvo. Kaikki painoa koskevat analyysit suoritettiin käyttäen korjattu paino -muuttujaa. *Punnitus- ja vyötärönmittaustottumuksia* kysyttiin kahdella kysymyksellä. Kysymykset olivat: ”Oletko viimeisen kahden vuoden aikana mitannut vyötäröäsi?” sekä ”Kuinka usein sinulla on ollut tapana punnita itsesi kahden viime vuoden aikana?”. *Elämäntapamuutoksia* kartoitettiin kolmella kysymyksellä. Ensimmäinen kysymys oli: ”Oletko muuttanut ruokailutottumuksiasi kahden viime vuoden aikana?” Lisäksi kysyttiin: ”Oletko viimeisen kahden vuoden aikana osallistunut painonhallinnan ohjelmiin tai hoitoihin ____?” Mikäli tutkimushenkilö vastasi osallistuneensa, häneltä kysyttiin: ”Mihin olet osallistunut?”. Viimeinen elämäntapamuutoksia koskeva kysymys oli: ” Oletko viimeisen kahden vuoden aikana käyttänyt itsenäisesti jotain painonhallintamenetelmää?”. *Lyhythoito-ohjelmasta koettua hyötyä* mitattiin kysymyksellä: ”Oletko kokenut, että yliopiston lyhythoito-ohjelmasta on ollut hyötyä painonhallinnassa?”. Taulukossa neljä on tarkempi yhteenveto edellä kuvatuista kysymyksistä.

Taulukko 3. Kysymykset ja vastausvaihtoehdot paino, punnitus- ja vyötärönmittaustottumus, elämäntapamuutokset sekä lyhytohjelmaa hyödyllisyyden arviointi muuttujista.

Vastausnumerot	1	2	3	4	5
Oletko viimeisen kahden vuoden aikana mitannut vyötäröäsi?	päivittäin	n. kerran viikossa	n. kerran kuussa	harvemmin kuin kerran kuussa	et koskaan tai hyvin harvoin
Kuinka usein sinulla on ollut tapana punnita itsesi kahden viime vuoden aikana? Oletko punninnut itsesi:	päivittäin	n. kerran viikossa	n. kerran kuussa	harvemmin kuin kerran kuussa	et koskaan tai hyvin harvoin
Oletko muuttanut ruokailutottumuksiasi kahden viime vuoden aikana?	paljon	melko paljon	jonkin verran	et lainkaan	
Oletko viimeisen kahden vuoden aikana käyttänyt itsenäisesti jotain painonhallintamenetelmää?	usein	melko usein	joskus	et lainkaan	
Oletko kokenut että yliopiston lyhytohjelmaa on ollut hyötyä painon hallinnassa? Onko ohjelmaa ollut hyödyllistä:	huono	välttävä	tydyttävä	hyvä	erinomainen

Oletko viimeisen kahden vuoden aikana osallistunut painonhallinnan ohjelmiin tai hoitoihin? _____ (Mihin olet osallistunut?)

3.2.2 Psykkisen hyvinvoinnin kokeminen

Psykkisen hyvinvoinnin positiivista ulottuvuutta mitattiin kolmella 0–100 asteikolla, jotka ovat Ojaseen elämänlaatu ja psyykinen hyvinvointi -lomakkeistosta (2001). Asteikot olivat *tyytyväisyys elämään*, *mieliala* ja *itseluottamus*. Graafisten analogia-asteikoiden tarkoituksena on mitata elämänlaatua ja hyvinvointia kuvaamalla yhtä ominaisuutta kerrallaan 0–100 asteikon avulla (Ojanen, 2001). Asteikot mittaavat tiettyä ominaisuutta siten, että suuri lukema kuvaa kyseisen ominaisuuden korkeaa määrää ja alhainen lukema viittaa mitattavan ominaisuuden vähäisyyteen tai vastakohtaan. Asteikoista saatujen summamuuttujien jakaumat ovat tutkimusten mukaan painottuneet asteikon positiiviseen päähän, ja ongelmaryhmissäkin keskiarvot ovat yleensä asteikon positiivisella puolella (Ojanen, 2001). Graafisten asteikkojen hajonta on normaaliryhmissä noin 15 ja kasvaa ongelmaryhmissä noin 25:een (Ojanen, 2001). Graafiset asteikot ovat peittävyydeltään sekä validiteetiltaan hyviä ja reliabiliteetiltaan riittävän korkeita (> 0.70) (Ojanen, 2001).

3.3 Tutkimuksen kulku

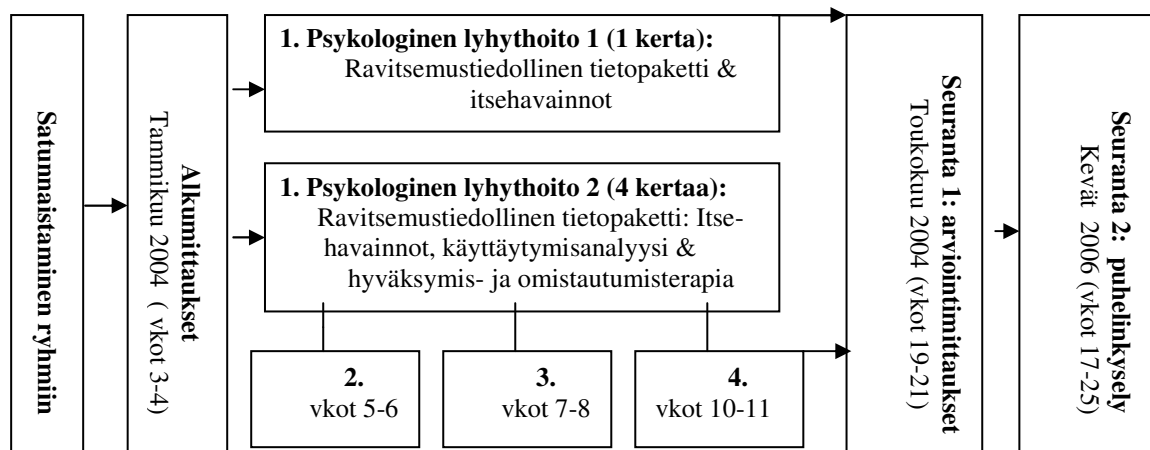
Vuoden 2004 tutkimuksessa tutkimushenkilöt satunnaistettiin kolikolla ennen yhteydenottoa ilmoittautumisjärjestyksessä lyhyemmän ja pidemmän lyhythoidon ryhmiin. Ilmoittautumisen yhteydessä jokaiselta kysyttiin perustiedot (etu- ja sukunimi, paino pituus ja ikä). Mikäli henkilö oli soveltuva tutkimukseen, valittiin samalla sopiva ajankohta aloitustapaamiselle. Ilmoittautumisen yhteydessä tutkimushenkilöille kerrottiin, että psykologian laitoksella tutkitaan kahta ryhmämuotoista psykologista painonhallinnan lyhythoito-ohjelmaa, joiden tutkimiseen ja kehittämiseen tarvitaan tutkimushenkilöiden apua. Aloitustapaamiseen tullessaan tutkimushenkilöt eivät tienneet, kumpaan hoitoryhmään heidät oli arvottu.

Kaikki vuoden 2004 interventio- ja seurantaistunnot (n = 58) pidettiin Tampereen yliopiston psykologian laitoksella viikkojen 3-21 aikana. Kaikille tutkimushenkilöille järjestettiin tammikuussa (viikoilla kolme ja neljä) alkutapaaminen, jossa kerättiin alkumittautiedot. Samoilla viikoilla järjestettiin myös ensimmäisen vaiheen ryhmäinterventioistunnot. Lyhyemmän hoidon ryhmät saivat yhden 90 minuutin pituisen istunnon, joka koostui 30 minuutin ohjauksesta sekä 60 minuutin mittauksista. Ohjaus sisälsi ravitsemustiedollisen tietopaketin sekä tietoa itsehavainnoista. Pidemmän hoidon ryhmät saivat yhteensä neljä tapaamiskertaa. Ravitsemustiedollisen tietopaketin sekä itsehavaintotietoa sisältävän 90 minuutin (30 minuuttia ohjausta ja 60 minuuttia mittauksia) istunnon lisäksi he saivat kolme kahden tunnin pituista hoitopakettia, jotka sisälsivät käyttäytymisanalyysin sekä hyväksymis- ja omistautumisterapiaa. Pidemmän ryhmän istunnot jatkuivat viikoille 5-11 saakka ja tapaamiskertojen väli oli yhdestä kolmeen viikkoon. Kaikki interventiot annettiin 7-20 henkilön kokoonpanoltaan vaihtuvissa ryhmissä, joita ohjasivat tutkimuksen johtajana toiminut kokenut psykologi ja tutkimusassistenttina toiminut psykologian opiskelija. Vaihtuviin ryhmiin päädyttiin käytännön syistä, jotta tutkimushenkilöt voisivat osallistua istuntoihin mahdollisimman usein. Toukokuussa järjestettiin seuranta noin neljän kuukauden (15–17 viikon) kuluttua alkumittauksista. Seurannassa uusittiin tammikuun alkumittaukset.

Vuoden 2006 seurannassa kaikille vuonna 2004 tutkimuksessa aloittaneille (N = 323) lähetettiin viikkojen 16–22 aikana tiedotekirjeet. Tiedotekirjeessä kerrottiin, että vuoden 2004 tutkimukselle järjestetään seuranta, jossa tutkitaan lyhythoitojen pitkäaikaisvaikutusta painonhallintaan. Kirje sisälsi tiedot seurannan toteuttamistavasta, kestosta sekä tutkimushenkilöiltä kysyttävistä tiedoista (Liite 2). Kirjeessä oli myös mukana kolme esitätettävää itsearviointilomaketta Ojasen elämänlaatu- ja psyykinen hyvinvointi -lomakkeistosta.

Viidelle ensimmäiselle tutkimushenkilölle lähetettiin viikolla 16 ensimmäiset tiedotekirjeet, jotka toimivat testikirjeinä, sekä soitettiin testisoittoina toimivat seurantasoitot viikolla 17.

Testikirjeiden ja soittojen avulla varmistettiin seurantakyselyn toimivuus käytännössä. Lopuille 227 tutkimushenkilölle lähetettiin tiedotekirjeet viikkojen 16–22 aikana. Seurantasoitot suoritettiin viikkojen 17–25 aikana Tampereen yliopiston psykologian laitokselta ja soittajana toimi yliopiston psykologian opiskelija. Tutkimushenkilöille soitettiin tutkimusnumeroiden mukaisessa järjestyksessä, ja yhden soiton keskimääräinen kesto oli noin viisi minuuttia. Jokaista tutkimushenkilöä kohden oli varattu kolme soitto kertaa. Mikäli henkilöä ei tavoitettu ensimmäisellä soitolla, tehtiin uusintasoitto/soitot eri päivinä. Henkilöt, joita ei tavoitettu kolmen soitto kerran aikana, karsittiin pois tutkimuksesta. Myös ne, joiden osoite- ja numerotiedot olivat muuttuneet, karsittiin tutkimuksesta. Puhelinkeskustelua varten oli laadittu valmis soitto pohja, jonka mukaisesti kaikki soitot tehtiin (Liite 3). Tutkimuksen kulku vuosina 2004–2006 on kuvattu kuviossa kolme.



Kuvio 3. Tutkimuksen kulku 2004–2006.

3.4 Hoitomenetelmät

Alkumittaukset ja ensimmäinen tapaaminen (2004): Aloitustapaaminen oli samanlainen molemmille ryhmille. Ensimmäinen istunto oli samalla lyhyemmän ryhmän varsinainen interventio, jossa hoito toteutettiin yhdellä tapaamiskerralla 1.5 tunnin aikana. Hoito koostui painonhallinnan ja itsehavainnoinnin ohjeista (noin 30 minuuttia) sekä alkumittauksista ja lomakkeiden täyttämisestä (noin 60 minuuttia). Lisäksi osallistujille jaettiin kirjallinen yhteenveto painonhallinnan menetelmistä. Jaettu materiaali alustettiin ja käytiin läpi ryhmässä.

Alustuksessa ja kirjallisessa yhteenvedossa annettiin tietoa painon ja syömisen hallinnasta käyttäytymisen ja elämäntapojen muutoksen näkökulmasta. Jaetussa materiaalissa kuvattiin syömisen hallintaan liittyviä tekijöitä, ruokamuutosten ja painonhallinnan esteitä, energian kulutukseen sekä laihdutuksen ylläpitoon liittyviä tekijöitä. Materiaalissa oli myös yleistä tietoa painonhallinnasta, terveydestä sekä ravintoaineiden yhteydestä painoon ja syömistottumuksiin. Yhteenvedo sisälsi myös lisätietolähteitä ruokien energia- ja ravintosisällöstä. Osallistujille annettiin tehtäväksi kokeilla itselle sopivaa elämäntapamuutosta sekä ohjeet toteuttaa itsehavaintoja eli mitata painoa ja vyötärön ympärystä päivittäin sekä kirjata arvot heille annettuun vihkoon.

Tapaamiset 2–4 (2004): Pidempään interventioon käytettiin aikaa ensimmäisen tapaamisen lisäksi vielä 3x2 tuntia, yhteensä noin seitsemän ja puoli tuntia. Kokoonnotukset järjestettiin kahden kuukauden aikana aloituksesta, ja kukin ryhmä (n = 24) kokoontui 1–2 viikon välein. Ryhmäkokoonpanot olivat vaihtuvia. Hoito koostui aloitustapaamisesta, joka oli samanlainen kuin lyhyemmässä hoitoryhmässä. Pidempi hoito sisälsi alustuksia ja itsenäisesti että ryhmässä toteutettavia tehtäviä ja keskusteluja. Hoidossa hyödynnettiin kognitiivisen käyttäytymisanalyysin ja terapian sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä, kuten itsehavaintoja, kotitehtäviä, metaforia ja tehtiin harjoituksia, joiden tarkoituksena oli lisätä psykologista hyväksyntää. Istuntojen työtavat olivat osin osallistujia aktivoivia ja osin tietoa antavia. Kuuden tunnin aikana ryhmäläiset tekivät yksilöllisiä käyttäytymisanalyyskejä painoon vaikuttavista tekijöistä, arvoista ja kokeiltujen muutosten toimivuudesta. Lisäksi he tekivät arvoanalyyskejä (motivaatioanalyysi), joiden avulla pyrittiin kuvaamaan yksilöllisesti mitä hyvä elämä tarkoittaa ja miten terveys liittyy siihen. He saivat myös tähän liittyviä kotitehtäviä. Molemmat ohjelmat on kuvattu yksityiskohtaisesti erillisessä käsikirjassa (Lappalainen ja Turunen, 2006).

Käyttäytymisanalyysin sekä hyväksymis- ja omistautumisterapian tehtävistä muodostettiin kotitehtäviä, joita tuli kokeilla ja havainnoida itsehavainnoilla. Syömisen ja painonhallinnan periaatteiden kertaamisen lisäksi ohjelmassa kannustettiin käyttäytymismuutosten kokeilemiseen, rohkaistiin itsenäisiin muutosvalintoihin ja korostettiin itsehavaintojen merkitystä palautteen antajina. Osallistujat punnittiin ja mitattiin vain alkumittauksissa ja arvioinnissa, mutta itseohjautuvuuden lisäämiseksi tutkimushenkilöt kävivät puntarilla kunkin ryhmäkerran aikana ja ilmoittivat lipukkeilla painonsa ohjaajalle.

3.5 Tilastolliset analyysit

Tutkimustulokset analysoitiin ja kuvattiin SPSS 13.0 ohjelmalla. Tutkimuskohteena olivat hoitoryhmien (1:n kerran ja 4:n kerran hoito) alku- ja seurantamittausten väliset erot sekä merkittävästi laihtuneiden ja muiden osallistuneiden alku- ja seurantamittausten väliset erot. Lisäksi tarkasteltiin alkumittausten ja painomuutoksen välisiä yhteyksiä.

Lyhythoito-ohjelmien vaikuttavuutta ylipainoon ja psyykkiseen hyvinvointiin tarkasteltiin vertaamalla painomittareiden ja hyvinvointimittareiden keskiarvoja hoidon alussa ja kahden vuoden seurannassa. Ohjelmien vaikuttavuutta ylipainoon tarkasteltiin lisäksi laskemalla painomuutokset prosentti- ja kilogrammaluokissa. Analyysimenetelminä ryhmien sisäisten muutosten analysoinnissa käytettiin verrannollisten parien t-testiä ja ryhmien välisessä vertailussa riippumattomien otosten t-testiä. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin myös kovarianssianalyysin sekä Khiin neliö -testin avulla. Selvitettäessä ryhmiä, joille lyhythoito soveltuu hoitomuodoksi, kvantitatiivisten muuttujien yhteyksiä toisiinsa tutkittiin käyttäen Pearsonin korrelaatiota ja kvalitatiivisten muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin Khiin neliö -testillä. Tilastollisen merkitsevyyden lisäksi tulosten yleistä merkitsevyyttä analysoitiin vaikutuksen voimakkuuden arvioinnilla. Ryhmien välistä ja ryhmän sisäistä vaikutuksen voimakkuutta tutkittiin effect size -analyysien avulla.

4 TULOKSET

4.1 Seurantakyselyn tulokset

4.1.1 Vyötärömittaus- ja punnitustottumukset, ruokailutottumusten muuttaminen, osallistuminen painonhallintaohjelmiin/hoitoihin ja itsenäisten painonhallintaohjelmien käyttö

Seurantakyselyssä tiedusteltiin osallistuneiden vyötärömittaus- ja punnitustottumuksia aikavälillä 2004–2006, ruokailutottumusten muuttamista 2004–2006, osallistumista painonhallintaohjelmiin tai hoitoihin ja itsenäisten painonhallintamenetelmien käyttöä 2004–2006 sekä vuonna 2004 järjestetyistä lyhythoito-ohjelmista koettua hyötyä. Vuonna 2004 hoitoihin osallistujille annettiin neuvoja itsehavaintomenetelmien, kuten säännöllisen vyötärömittauksen ja punnituksen, käytöstä. Valtaosa kaikista osallistuneista (71.3%, n = 107) sekä hoitoryhmien sisältä (1 kerta 73.3% n = 52; 4 kertaa 69.6%, n = 55) mittasi vyötäröään harvemmin kuin kerran kuussa tai ei koskaan. Osallistuneista vain kaksi prosenttia (n = 3) mittasi vyötärönsä päivittäin (1 kerta 2.8%, n = 2; 4 kertaa 1.3%, n = 1) ja kuusi prosenttia (n = 9) viikoittain (1 kerta 5.6%, n = 4; 4 kertaa 6.3 % n=5). Hoitoryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa vyötärömittaustottumuksissa. Punnitseminen oli vyötärömittausta yleisempää. Suurin osa osallistujista (67.3%, n = 101) punnitsi itsensä päivittäin tai viikoittain (1 kerta 64.8%, n = 46; 4 kertaa 69.6%, n = 55). Hoitoryhmien välillä ei ilmennyt merkitsevää eroa punnitustottumuksissa. Vyötärömittaus- ja punnitsemistottumukset on esitetty taulukoissa neljä ja viisi.

Taulukko 4. Vyötärömittaustottumus 2004–2006.

	Seurantaan osallistuneet N=150	1 kerran hoito n=71	4 kerran hoito n=79
	N (%)	N (%)	N (%)
Päivittäin	3 (2.0)	2 (2.8)	1 (1.3)
N. kerran viikossa	9 (6.0)	4 (5.6)	5 (6.3)
N. kerran kuussa	31 (20.7)	13 (18.3)	18 (22.8)
Harvemmin kuin kerran kuussa	44 (29.3)	19 (26.8)	25 (31.6)
Ei koskaan tai hyvin harvoin	63 (42.0)	33 (46.5)	30 (38.0)

Taulukko 5. Punnitustottumus 2004–2006.

	Seurantaan osallistuneet N=150	1 kerran hoito n=71	4 kerran hoito n=79
	N (%)	N (%)	N (%)
Päivittäin	39 (26)	18 (25.4)	21 (26.6)
N. kerran viikossa	62 (41.3)	28 (39.4)	34 (43.0)
N. kerran kuussa	31 (20.7)	16 (22.5)	15 (19.0)
Harvemmin kuin kerran kuussa	14 (9.3)	7 (9.9)	7 (8.9)
Ei koskaan tai hyvin harvoin	4 (2.7)	2 (2.8)	2 (2.5)

Yli puolet osallistuneista (58.7%, n = 88) raportoi muuttaneensa ruokailutottumuksiaan jonkin verran (1 kerta 63.4%, n = 45; 4 kertaa 54.4% n = 44) (Taulukko 6). Joka kolmas (29.3%, n = 44) kertoi muuttaneensa ruokailutottumuksiaan paljon tai melko paljon (1 kerta 29.3%, n = 17; 4 kertaa 34.2%, n = 27). Noin kymmenesosa osallistujista ei ollut muuttanut ruokailutottumuksiaan lainkaan (1 kerta 12.7%, n = 9; 4 kertaa 34.2%, n = 27). Hoitoryhmät eivät eronneet ruokailutottumusten muuttamisessa.

Taulukko 6. Ruokailutottumusten muuttaminen 2004–2006.

	Seurantaan osallistuneet N=150	1 kerran hoito n=71	4 kerran hoito n=79
	N (%)	N (%)	N (%)
Paljon	11 (7.3)	4 (5.6)	7 (8.9)
Melko paljon	33 (22.0)	13 (18.3)	20 (25.3)
Jonkin verran	88 (58.7)	45 (63.4)	43 (54.4)
Ei lainkaan	18 (12.0)	9 (12.7)	9 (11.4)

Valtaosa seurantaan osallistuneista ei ollut osallistunut painonhallintaohjelmiin tai -hoitoihin vuoden 2004 lyhythoittojen jälkeen. Painonhallintaohjelmiin/hoitoihin oli osallistunut 17.3 prosenttia (n = 26) kaikista vastaajista. Yhden hoitokerran saaneista painonhallintaohjelmiin/hoitoihin oli osallistunut 19.7 prosenttia (n = 14) ja neljä hoitokertaa saaneista 15.2 prosenttia (n = 12). Hoitoryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa painonhallintaohjelmiin tai -hoitoihin osallistumisessa. Tiedusteltaessa itsenäisten painonhallintamenetelmien käyttöä kahden vuoden aikana yleisin vastaus oli, että menetelmiä oli käytetty joskus (44%, n = 66) (Taulukko 7). Suunnilleen neljännes (26.7%, n = 40) oli käyttänyt itsenäisiä menetelmiä usein tai melko usein (1 kerta 22.5 % n = 16; 4 kertaa 30.3%, n = 24) ja noin kolmannes (29.3%, n = 44) ei ollut käyttänyt niitä lainkaan (1 kerta 32.4% n = 23; 4 kertaa 26.6%, n = 21). Hoitoryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa itsenäisten painonhallintamenetelmien käytössä.

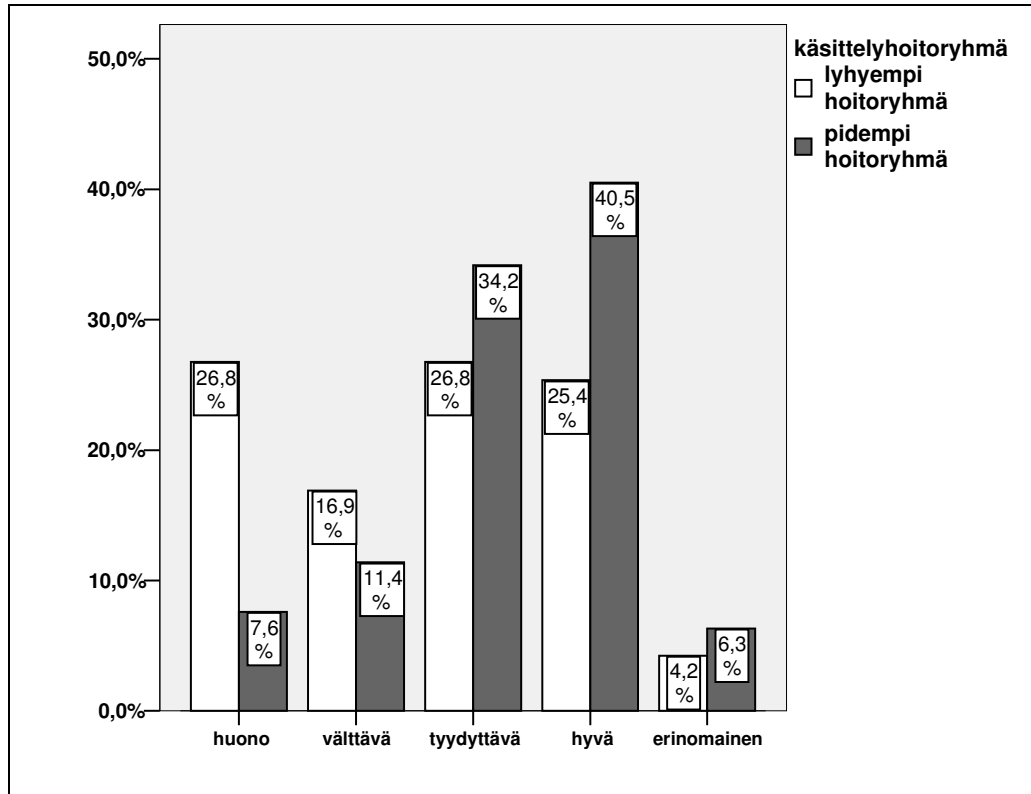
Taulukko 7. Itsenäisten painonhallintamenetelmien käyttö 2004–2006.

	Seurantaan osallistuneet N=150	1 kerran hoito n=71	4 kerran hoito n=79
	N (%)	N (%)	N (%)
Usein	12 (8.0)	4 (5.6)	8 (10.1)
Melko usein	28 (18.7)	12 (16.9)	16 (20.3)
Joskus	66 (44.0)	32 (45.1)	34 (43.0)
Ei lainkaan	44 (29.3)	23 (32.4)	21 (26.6)

4.1.2 Ohjelmista koettu hyöty

Ohjelmista koettua hyötyä tutkittiin vertailemalla vastausten jakautumista kaikkien seurantaan osallistujien kesken, sekä hoitoryhmien sisällä. Osallistujista 38.6 prosenttia (n = 58) arvioi ohjelman hyödyllisyyden olleen hyvä tai erinomainen. Lähes puolet (46.8%; n = 21) pidempään hoitoon osallistujista koki ohjelman hyödylliseksi, eli he arvioivat hyödyn hyväksi tai erinomaiseksi. Lyhyemmän hoidon osallistujista taas lähes joka kolmas (29.6%; n = 21) arvioi ohjelman olleen hyödyllinen. Pidemmän hoidon saaneet kokivat ohjelman hyödyllisemmäksi kuin lyhyen hoidon saaneet ($\chi^2(4) = 12.61, p < .05$). Suunnilleen joka kolmannen (30.7%; n = 46) osallistujan mielestä ohjelma oli hyödyltään tyydyttävä (1 kerta 26.8%; 4 kertaa 34.2%). Myös lähes joka kolmas (30.7%; n = 46) osallistuja arvioi ohjelman hyödyltään välttäväksi tai huonoksi. Lyhyemmässä hoitoryhmässä vajaa puolet (43.7%; n = 31) koki saamansa hyödyn välttäväksi tai

huonoksi, pidemmässä hoitoryhmässä noin viidennes (19.0%; n = 15). Ohjelmista koettu hyöty hoitoryhmittäin on kuvattu kuviossa neljä.



Kuvio 4. Ohjelmasta koettu hyöty 1:n kerran hoito ja 4:n kerran hoito

4.2. Ohjelmien vaikuttavuus

4.2.1 Muutokset ylipainossa

Painon keskiarvoja tarkasteltaessa, seurantaan osallistuneiden (n = 150) paino oli laskenut kahden vuoden seurannassa erittäin merkitsevästi, kun tarkastelun kohteena ovat kaikki osallistuneet ($t(149) = 8.4, p < .001$) sekä hoitoryhmien (1:n kerran hoito $t(70) = 5.3, p < .001$; 4:n kerran hoito $t(78) = 3.8, p < .001$) sisällä (Taulukko 8). Osallistuneiden paino oli vuoden 2004 alkumittauksissa keskimäärin 93.4 kilogrammaa, kun vuonna 2006 painon keskiarvo oli 90.3 kilogrammaa. Osallistujien paino laski keskimäärin noin kolme kilogrammaa koko ryhmällä (KA = -3.1, s = 6.4) sekä hoitoryhmien sisällä (1 kerta KA = -2.9, s = 4.7; 4 kertaa KA = -3.2, s = 7.6). Painonlaskun keskiarvo oli lähes sama kuin painonlasku hoitojen jälkeisissä (4 kk) mittauksissa, jolloin paino oli

laskenut keskimäärin 2.7 kiloa (s = 3.6). Myös osallistuneiden painoindeksi (BMI) laski merkitsevästi alku- ja seurantamittausten välillä (t (149) = 5.88, p< .001). Seurannassa mukana olleiden painoindeksi oli tammikuussa 2004 keskimäärin 33.0 kg/m² (s = 4.5) ja toukokuussa 2006 se oli keskimäärin 31.9 kg/m² (s = 4.6). Kuten painonlaskun keskiarvo, myös painoindeksi oli lähellä hoitojen jälkeistä (4 kk) painoindeksiä, joka oli tuolloin 32.1 kg/m² (s = 4.7). Ryhmien välisiä painoeroja tarkasteltiin lisäksi kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina käytettiin asiakkaiden alkumittaustuloksia. Kovarianssianalyysi osoitti, että ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa seurantamittauksessa, kun analyysissä otettiin huomioon asiakkaiden lähtötilanne. Toisin sanoen testi viittasi siihen, että molemmat terapiamuodot ovat olleet yhtä tehokkaita.

Taulukko 8. Painon keskiarvot ja hajonnat 2004 ja 2006.

	Seurantaan osallistuneet					
	N=150		1 Kerta n=71		4 Kertaa n=79	
	2004	2006	2004	2006	2004	2006
Paino	93.4 (15.9)	90.3 (16.1)***	91.7 (15.1)	88.8 (15.6)***	94.9 (16.6)	91.7 (16.6)***

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

Paino laski yli kilogramman yhteensä 62.0 prosentilla (n = 93) seurantaan osallistuneista (1 kerta 63.4%; 4 kertaa 60.8%). Seurannan ja alkumittausten erotuksena saadut painomuutokset vaihtelivat lyhyemmässä hoitoryhmässä -18.0 kilogrammasta +14.0 kilogrammaan ja pidemmässä hoitoryhmässä -47.5 kilogrammasta + 19.4 kilogrammaan. Merkitsevää, vähintään viiden prosentin painonlaskua ilmeni 29.3 prosentilla (n = 44), (1 kerta 33.9%; 4 kertaa 25.3%). Paino nousi 4.7 prosentilla (n = 7) osallistujista (1 kerta 2.8%; 4 kertaa 6.3%). Valtaosalla, eli 66.0 prosentilla (n = 99) painomuutos oli alle viisi prosenttia (1 kerta 63.4%; 4 kertaa 68.4%). Painomuutokset kilogrammoina ja prosentteina on esitetty taulukossa yhdeksän.

Taulukko 9. Painolasku kilogramma- ja prosenttiluokissa 2006.

	Seurantaan osallistuneet N = 150	1 kerta n=71	4 kertaa n=79
	N (%)	N (%)	N (%)
Painonlasku (yli 1kg)	93 (62.0)	45 (63.4)	48 (60.8)
Painonnousu (yli 1kg)	21 (14.0)	8 (11.3)	13 (16.5)
Ei muutosta (+- 1kg)	36 (24.0)	18 (25.4)	18 (22.8)
Painonlasku 5-9.99 %	26 (17.3)	18 (25.4)	8 (10.1)
Painonlasku vähintään 10 %	18 (12.0)	6 (8.5)	12 (15.2)
Paino on noussut (vähintään 5 %)	7 (4.7)	2 (2.8)	5 (6.3)
Ei muutosta (ei noussut eikä laskenut 4.99 %)	99 (66.0)	45 (63.4)	54 (68.4)

Verrattaessa kolmea ryhmää: niitä, joilla paino ei ollut laskenut (ei muutosta tai paino oli noussut vähintään 5 %) niitä, joilla paino oli laskenut 5-9.99 prosenttia sekä niitä, joilla paino oli laskenut vähintään 10 prosenttia, havaittiin lyhyemmässä hoitoryhmässä enemmän painoiaan pudottaneita kuin pidemmässä hoitoryhmässä ($\chi^2(2) = 6.8, p < .05$). Kuitenkin lyhyemmässä hoitoryhmässä pienempi painonlasku oli yleisempää, ja pidemmässä hoitoryhmässä ilmeni suhteessa enemmän korkeaa painonlaskua ($\chi^2(1) = 5.5, p < .05$).

Sukupuolten välisessä vertailussa sekä miehillä (n = 38) että naisilla (n = 112) tapahtui painonlaskua. Miesten painomuutoksen keskiarvo oli -4.2 kilogrammaa (s = 8.7) ja naisten -2.7 kilogrammaa (s = 5.4). Kummankin sukupuolen painomuutos oli tilastollisesti merkitsevä (miesten $t(37) = 3.0, p < .01$; naisten $t(111) = 5.3, p < .001$). Sukupuolten välillä ei ilmennyt painomuutoksessa tilastollisesti merkitsevää eroa. Tarkasteltaessa painoindeksin muutoksia sukupuolittain, sekä miesten ($t(37) = 3.1, p < .01$) että naisten ($t(111) = 5.0, p < .001$) painoindeksissä tapahtui merkitsevää laskua. Miesten painoindeksin keskiarvo laski 34.0:sta (s = 4.7) 32.7:ään (s = 5.3). Naisten painoindeksin keskiarvo puolestaan laski 32.6:sta (s = 4.4) 31.6:een (s = 4.4). Sukupuolten välisessä painoindeksissä ei ilmennyt eroa.

4.2.2 Muutokset psyykkisessä hyvinvoinnissa

Psyykinen hyvinvointi kohosi kahden vuoden seurannassa (Taulukko 10). Tyytyväisyys elämään ($t(149) = -4.0, p < .001$), mieliala ($t(149) = -2.7, p < .01$) ja itseluottamus ($t(149) = -3.4, p = .001$) lisääntyivät merkitsevästi osallistuneilla. Elämään tyytyväisyyden keskiarvo nousi 66.6:sta 72.5, mielialan keskiarvo kohosi 69.4:stä 73.3 ja itseluottamuksen 71.1:stä 75.3:en. Molemmissa

hoitoryhmissä tyytyväisyys elämään lisääntyi (1 kerta $t(70) = -2.4$, $p < .05$; 4 kertaa $t(78) = -3.3$, $p = .001$) ja pidemmässä hoitoryhmässä myös itseluottamus lisääntyi merkitsevästi ($t(78) = -3.1$, $p < .01$). Kummankaan hoitoryhmän sisällä ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta mielialassa. Lisäksi hoidon lopussa hoitoryhmien välillä ei ilmennyt merkitsevää eroa psyykkisessä hyvinvoinnissa. Ryhmien välisiä eroja tyytyväisyydessä elämään, mielialassa ja itseluottamuksessa tarkasteltiin myös kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina käytettiin asiakkaiden alkumittaustuloksia. Kovarianssianalyysi osoitti, että ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa seurantamittauksissa, kun analyyseissä otettiin huomioon asiakkaiden lähtötilanne. Siten testi viittasi siihen, että molemmat terapiamuodot ovat olleet yhtä tehokkaita.

Taulukko 10. Psyykkisen hyvinvoinnin mittareiden keskiarvoja vuonna 2004 ja 2006

	Seurantaan osallistuneet N=150		1 kerta n=71		4 kertaa n=79	
	2004	2006	2004	2006	2004	2006
Tyytyväisyys elämään	66.6	72.5***	67.4	72.5*	65.8	72.5**
Mieliala	69.4	73.3**	69.0	73.0	69.7	73.5
Itseluottamus	71.1	75.3**	71.2	74.3	70.9	76.2**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4.3 Psykologisten lyhythoittojen vaikuttavuutta ennustavat tekijät

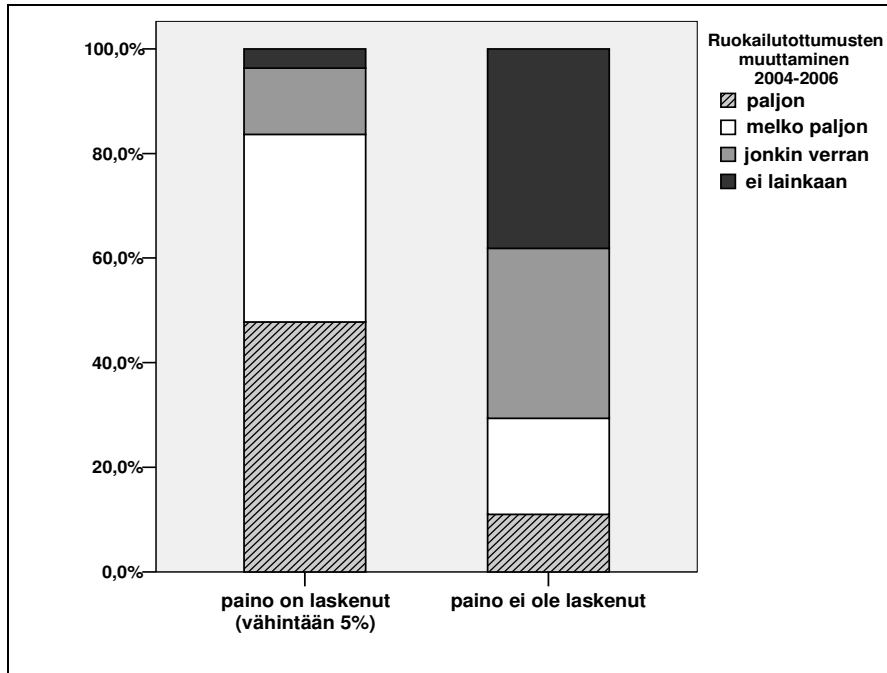
Tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko aineistosta määriteltävissä taustatekijöitä, jotka ennustavat psykologisten lyhythoitto-ohjelmien vaikuttavuutta. Tutkimuksessa tarkasteltiin sekä vuoden 2004 hoitoa edeltäviä taustamuuttujia että vuoden 2006 seurantakyselyn muuttujia painoan pudottaneilla sekä niillä, joiden paino ei ollut laskenut tai oli laskenut alle viisi prosenttia. Laihtuneiksi ($n = 44$) luettiin ne, joiden paino oli laskenut merkitsevästi, eli vähintään viisi prosenttia. Ei-laihtuneiksi ($n = 106$) määritettiin ne, joiden paino ei ollut laskenut, eli joiden paino oli noussut vähintään viisi prosenttia tai joiden paino ei ollut noussut eikä laskenut 4.99 prosenttia.

Merkitsevästi laihtuneet ja ne, joiden paino ei ollut laskenut tai oli laskenut alle viisi prosenttia (ei laihtuneet), erosivat kahden tammikuussa 2004 mitatun taustamuuttujan suhteen: painonhallintakeinojen lukumäärän sekä itseluottamuksen. Ne, jotka eivät olleet laihtuneet, olivat tuolloin käyttäneet useampia painonhallintakeinoja ($t(148) = -2.4$, $p < .05$) kuin laihtuneet, ja heidän itseluottamuksensa oli laihtuneita alhaisempi ($t(148) = 2.1$, $p < .05$). Lisäksi laihtuneilla puoliso oli

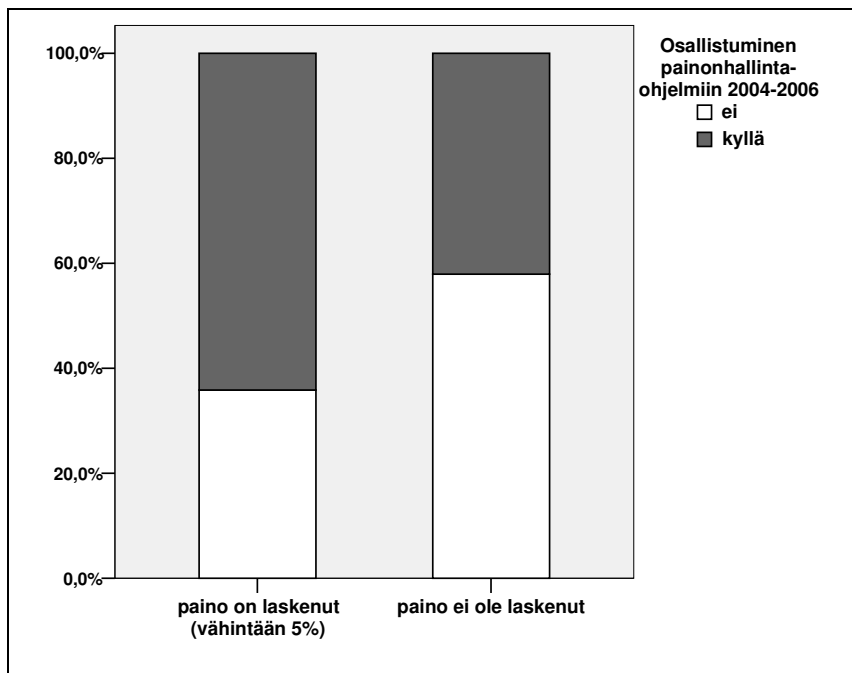
useammin joko normaali- tai alipainoinen vuonna 2004. Ei-laihtuneilla puoliso oli useammin ylipainoinen ($\chi^2(2) = 8.8, p < .05$).

Seuranta osoitti että ne, joilla paino laski merkitsevästi (vähintään viisi prosenttia alkupainosta), erosivat niistä, joilla ei ollut näin suurta muutosta seuraavissa omaan toimintaan liittyvissä asioissa; ruokailutottumusten muuttamisessa, osallistumisessa painonhallintaohjelmiin sekä itsenäisten painonhallintamenetelmien käytössä. Merkitsevästi laihtuneet olivat muuttaneet ruokailutottumuksiaan muita enemmän ($\chi^2(3) = 29.3, p < .001$), olivat osallistuneet useammin painonhallintaohjelmiin ($\chi^2(1) = 4.3, p < .05$) ja he olivat käyttäneet enemmän itsenäisiä painonhallintamenetelmiä ($\chi^2(3) = 18.1, p < .001$) vuosien 2004–2006 välillä. Merkitsevästi laihtuneista yli puolet (59.1%; $n = 26$) muutti ruokailutottumuksiaan paljon tai melko paljon. Vastaavasti niistä, joiden paino ei ollut laskenut merkitsevästi, 17.0 prosenttia ($n = 18$) raportoi muuttaneensa ruokailutottumuksiaan paljon tai melko paljon (Kuvio 5). Painonhallintaohjelmiin osallistui 27.3 ($n = 12$) prosenttia painoaan merkitsevästi pudottaneista ja 13.2 prosenttia ($n = 14$) niistä, joilla vastaavaa painomuutosta ei ollut (Kuvio 6). Puolet (50.0%; $n = 22$) merkitsevästi laihtuneista oli käyttänyt itsenäisiä painonhallintamenetelmiä usein tai melko usein. Samaten olivat tehneet 17.0 ($n = 18$) prosenttia niistä, joiden paino ei ollut laskenut merkitsevästi (Kuvio 7).

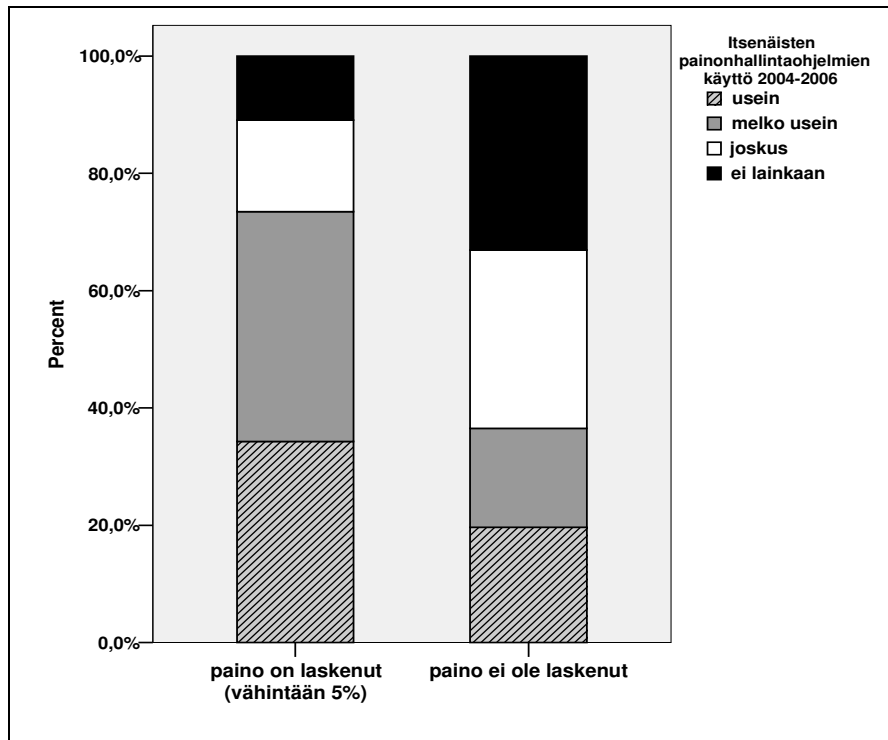
Lisäksi merkitsevästi laihtuneiden psyykinen hyvinvointi oli seurannassa korkeampi kuin muilla osallistujilla (tyytyväisyys elämään ($t(148) = 2.2, p < .05$), mieliala ($t(148) = 2.0, p < .05$) ja itseluottamus ($t(148) = 2.8, p < .05$). Merkitsevästi laihtuneiden ja muiden välisiä eroja tarkasteltiin myös kovarianssianalyysin avulla. Kovariaattina olivat osallistujien alkumittaustulokset. Kovarianssianalyysi osoitti, että ryhmien välillä oli merkitsevä ero seurantamittauksissa elämään tyytyväisyyden ($F(1,147) = 5.4, p < .05$) ja mielialan suhteen ($F(1,147) = 6.6, p < .05$), kun analyysissä otettiin huomioon asiakkaiden lähtötilanne. Myös ero itseluottamuksessa oli melkein merkitsevä ($F(1,147) = 3.9, p = .051$). Laihtumisen voidaankin katsoa olevan positiivisesti yhteydessä elämään tyytyväisyyteen ja mielialaan.



Kuvio 5. Ruokailutottumusten muuttaminen laihtuneilla ja ei-laihtuneilla



Kuvio 6. Painonhallintaohjelmiin osallistuminen laihtuneilla ja ei-laihtuneilla.



Kuvio 7. Itsenäisten painonhallintaohjelmien käyttö laihtuneilla ja ei-laihtuneilla.

4.3.1 Ryhmiä, joille lyhythoito soveltuu hoitomuodoksi

Osana tutkimusta selvitettiin, onko löydettävissä sellaisia ryhmiä, joille lyhythoito sopii painonhallinnan hoitomuodoksi. Ryhmiä etsittiin tarkastelemalla tammikuun 2004 alkumittausten muuttujien ja painomuutoksen välisiä yhteyksiä. Yhteystarkastelujen perusteella voitiin erottaa kolme ryhmää; korkean alkupainon ja painoindeksin omaava ryhmä, ne, joilla on korkeampi itseluottamus, sekä syömistään kognitiivisesti vähän kontrolloivat.

Yhteystarkasteluissa havaittiin, että tammikuun alkupaino ja painomuutos kilogrammoina olivat negatiivisesti yhteydessä toisiinsa ($r = -0.165$, $p < .05$), eli korkeampi alkupaino oli yhteydessä suurempaan painonpudotukseen. Samaten tammikuun 2004 korkeampi painoindeksi oli yhteydessä suurempaan painomuutokseen ($r = -0.164$, $p < .05$). Negatiivinen yhteys löytyi myös itseluottamuksen ja painomuutoksen välillä ($r = -0.186$, $p < .05$). Tammikuun 2004 korkeammat itseluottamuspisteet liittyivät siten suurempaan painonlaskuun. Kognitiivisen syömisen rajoittamisen ja painomuutoksen yhteys puolestaan oli positiivinen ($r = 0.173$, $p < .05$), eli korkeammat pisteet kognitiivisen syömisen rajoittamisessa olivat yhteydessä painonnousuun. On kuitenkin huomioitava, että saadut korrelaatiot ovat alhaisia.

4.3.2 Vaikutusten voimakkuus

Tilastollisten erojen lisäksi voidaan myös arvioida tulosten yleistä merkitsevyyttä laskemalla ryhmien välinen tai ryhmän sisäinen vaikutuksen voimakkuus (effect size, ES). Vaikutuksen voimakkuuden laskutapoja on useita. Jos tutkimusasetelma perustuu kahden ryhmän välisiin eroihin, effect size on ryhmien keskiarvojen eron suhde kontrolliryhmän keskihajontaan. Jos taas tutkitaan muutosta ryhmän sisällä, lasketaan alku- ja jälkimittausten keskiarvojen ero, ja jaetaan se keskihajonnalla. Tutkittaessa ryhmien välistä vaikutuksen voimakkuutta 0.2 suuruista vaikutuksen voimakkuutta voidaan pitää pienenä, 0.5 keskisuurena ja 0.8 suurena voimakkuutena (Cohen 1988 sit. Roth & Fonagy, 2005). Ryhmän sisäisessä tarkastelussa 0.5 voidaan katsoa pieneksi voimakkuudeksi, 0.8 keskisuureksi ja 1.1 suureksi (Öst, 2006). Taulukoiden 11 ja 12 kuvaamista voimakkuuksista voidaan havaita, että vaikutukset eivät olleet seurannassa suuria. Esimerkiksi yhden ja neljän kerran hoitojen välillä painon ES oli -0.09 ja painomuutoksen 0.02. Ainoastaan itseluottamuksessa voitiin havaita merkitsevästi laihtuneiden ja muiden välillä keskisuuri ES (0.55).

Taulukko 11. Ryhmän sisäinen ES kaikilla seurantaan osallistuneilla sekä hoitoryhmien sisällä.

	Cohen` s d Seurantaan osallistuneet	Cohen` s d 1 kerta	Cohen` s d 4 kertaa
Paino	0.19	0.19	0.19
Tyytyväisyys elämään	-0.35	-0.32	-0.38
Mieliala	-0.23	0.03	-0.22
Itseluottamus	-0.25	-0.17	-0.34

Taulukko 12. Ryhmien välinen ES laihtuneilla ja ei-laihtuneilla.

	Cohen` s d Seurantaan osallistuneet
Tyytyväisyys elämään	0.36
Mieliala	0.39
Itseluottamus	0.55
Painonhallintakeinojen lkm 2004	-0.44

5 POHDINTA

Lihavien osuus väestössä on kasvanut merkittävästi niin Suomessa kuin muualla maailmassa (AVTK, 2006; Terveys 2000; Wadden ym., 2002 & WHO 2006). Lihavuusongelman yleisyyden vuoksi tarvitaan tietoa itsenäistä painonhallintaa tukevista hoitomuodoista, joissa ammattihenkilökunnan sekä taloudellisten resurssien tarve ei ole suuri. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kahden psykologisen lyhytohjelman vaikuttavuutta aikuisten painonhallintaan kahden vuoden seurannassa.

Seurannassa osallistujien paino laski keskimäärin noin kolme kilogrammaa koko ryhmällä. Painonlasku oli yhtä suurta sekä yhden kerran että neljän kerran hoidoissa. Painonlaskun keskiarvo oli lähes sama kuin painonlasku hoitojen jälkeisissä (4 kk) mittauksissa, jolloin paino oli laskenut keskimäärin 2.7 kiloa (Turunen, 2004). Merkittävää eroa painonlaskussa ja painoindeksissä ei ole tapahtunut, kun verrataan hoitojen jälkeisiä mittauksia sekä seurantamittauksia. Osallistujien painon keskiarvo on siten pysynyt hoitojen jälkeisten mittausten tasolla. Osallistujien keskimääräistä painonlaskua ei voida pitää kovin suurena. Positiivista kuitenkin on, että vaikka osallistujien keskimääräinen paino ei laskenut useita kilogrammoja, se ei myöskään noussut. Painonnousua tapahtui vain seitsemällä henkilöllä. Seurantaan osallistuneet pystyivät siten kahden vuoden aikana säilyttämään keskimääräisen painonsa ja noin kolmannes pystyi alentamaan sitä. Onnistunutta painonhallintaa kahden vuoden aikana voidaan pitää sikäli hyvänä tuloksena, että suomalaisen aikuisväestön paino on noussut muutamalla prosentilla vuosien 2004–2006 aikana. Vuonna 2004 53 prosenttia miehistä ja 39 prosenttia naisista oli ylipainoisia (AVTK 2004). Vuonna 2006 miehistä 55 prosenttia ja naisista 41 prosenttia oli ylipainoisia (AVTK 2006).

Psykykinen hyvinvointi kohosi kahden vuoden seurannassa. Tyytyväisyys elämään, mieliala ja itseluottamus lisääntyivät merkittävästi osallistuneilla. Tulokset psykkinen hyvinvoinnin lisääntymisestä sekä melko alhaisesta painonlaskusta ovat verrattavissa aikaisempiin tutkimuksiin. Käyttäytymistieteellistä lihavuuden hoitoa koskevissa tutkimuksissa on saatu tuloksia siitä, että vaikka paino ei laskisikaan merkittävästi, tapahtuu psykkinen hyvinvoinnissa kohoamista (Foster ym., 1996; Nauta ym., 2001). Hoitojen jälkeisessä, neljän kuukauden seurannassa, ei ilmennyt psykkinen hyvinvoinnin nousua. Onkin mahdollista, että muutokset psykkinen hyvinvoinnissa kahden vuoden jälkeen liittyvät muihin tekijöihin kuin lyhytinterventioiden vaikuttavuuteen.

5.1 Hoitomuotojen vertailua

Hoito-ohjelmien vaikutukset eivät eronneet suuresti. Molemmissa hoitoryhmissä tapahtui keskimäärin kolmen kilogramman laihtumista ja psyykinen hyvinvointi kohosi. Eroavaisuutta ilmeni siinä, että yhden kerran hoidon saaneissa oli määrällisesti enemmän painoalan pudottaneita. Kuitenkin pienempi painonlasku oli yhden kerran hoidon saaneilla yleisempää ja neljä hoitokertaa saaneilla ilmeni enemmän suurta painonlaskua. Lisäksi pidemmässä hoitoryhmässä tyytyväisyys elämään sekä itseluottamus nousivat merkitsevästi, kun taas lyhyemmässä hoitoryhmässä ainoastaan tyytyväisyys elämään kohosi. On mahdollista, että käytetyillä hoitomuodoilla oli yhteyttä itseluottamuksen kohoamiseen. Tosin hoitojen jälkeisissä neljän kuukauden mittauksissa psyykinen hyvinvointi ei noussut. Voikin olla, että laihtumisessa onnistuminen tai muut suotuisat muutokset liittyivät itseluottamuksen lisääntymiseen, ei saatu hoito.

Kahden vuoden seurannan tulokset mukailevat Turusen (2004) saamien hoidon jälkeisten (4 kk) mittausten tuloksia. Myös interventioiden jälkeisissä mittauksissa hoitomuodot osoittautuivat yhtä tuloksellisiksi. Tulokset ohjelmien tehokkuuden samankaltaisuudesta ovat poikkeavia siten, että useissa hoitomuodoissa hoidon pituus on ollut yhteydessä hoitotulosten saavuttamiseen (vrt. esim. Perri, Nezu, Patti & McCann 1989; Wadden ym. 2002). Suhteessa interventioihin käytettyyn aikaan yhden hoitokerran ryhmä hyötyi hoidosta neljän kerran ryhmää enemmän.

Vaikka ryhmien välisten mittausten perusteella hoitomuotojen tehokkuudessa ei juuri ollut eroa, niin pidemmän hoidon saaneet kokivat ohjelman hyödyllisemmäksi kuin lyhyen hoidon saaneet. Lisäksi pidemmässä interventiossa olleet ilmaisivat useammin tyytyväisyytensä saamaansa hoitoon. Lyhyemmässä interventiossa olleet puolestaan toivat useammin esiin tyytymättömyyttään ja turhautuneisuuttaan hoidon lyhyiden vuoksi. Vaikka ryhmien välinen hoitotulos on suunnilleen sama, on viitteitä siitä, että pidempi hoito saattaa olla tehokkaampi. Pidemmässä ryhmässä tapahtui enemmän suurta painonlaskua, ja pidemmän hoidon saaneet olivat selvästi tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Onnistunut hoitotulos liittyy myös tyytyväisyyteen saadun hoidon suhteen. Tyytyväisyys hoitoon saattaa mm. vaikuttaa siihen, omaksutaanko hoidossa käytettyjä menetelmiä osaksi painonhallintaa vielä hoitojen jälkeenkin. Tyytyväisyys saatuun hoitoon voi myös vaikuttaa asenteeseen lihavuushoitoja kohtaan ja siten joko nostaa tai madaltaa kynnystä osallistua uuteen hoitoon.

5.2 Onnistuneeseen laihtumiseen liittyvät tekijät sekä lyhythoittojen kohderyhmä

Merkitsevää, vähintään viiden prosentin painonlaskua, ilmeni kolmasosalla (29.3%) osallistujista. Merkitsevästi laihtuneet erosivat muista kahden tammikuussa 2004 mitatun taustamuuttujan suhteen: painonhallintakeinojen lukumäärän sekä itseluottamuksen. Laihtuneet olivat tuolloin käyttäneet vähemmän painonhallintakeinoja kuin muut, ja heidän itseluottamuksensa oli korkeampi. Lisäksi laihtuneilla puoliso oli useammin joko normaali- tai alipainoinen vuonna 2004. Tulokset taustamuuttujien suhteen eivät ole poikkeavia, sillä useat aikaisemmat painonhallintayritykset hoidon lähtötilanteessa ovat huonon painonhallinnan ennustajia (McGuire ym. 1999). Korkeampi itseluottamus saattaa liittyä siihen Byrnen (2002) havaitsemaan seikkaan, että onnistuneilla on hyvä pystyvyyskäsitys syömistilanteiden ja syömishalun hallinnan sekä painonhallinnan suhteen. Lisäksi normaali- tai alipainoisen puolison ruokailutottumukset ovat luultavasti energiasäällöltään kohtuulliset, joten ruokailutottumusten muuttaminen normaalipainoisen puolison kanssa asuessa on kenties helpompaa kuin ylipainoisen puolison kanssa asuessa.

Seuranta osoitti, että ne, joilla paino laski merkitsevästi, erosivat niistä, joilla ei ollut näin suurta muutosta: merkitsevästi laihtuneiden psyykinen hyvinvointi oli korkeampi, he olivat muuttaneet ruokailutottumuksiaan muita enemmän, he olivat osallistuneet useammin painonhallintaohjelmiin ja he olivat käyttäneet enemmän itsenäisiä painonhallintamenetelmiä vuosien 2004–2006 välillä. Tutkimuksen tulos psyykkisen hyvinvoinnin noususta heijastaa aikaisempaa tietoa siitä, että psyykkisen hyvinvoinnin tiedetään kohoavan painonpudotuksen yhteydessä (Kaukua ym., 2003; Larsson ym., 2002; Rissanen & Mustajoki, 2003) Ruokailutottumusten muuttamisen on todettu useissa tutkimuksissa olevan keskeinen tekijä laihtumisessa sekä painonhallinnassa (kts mm. Fogelholm ym., 1999; Jordan ym., 1987; Littman ym., 2005; McGuire ym., 1998; Villanova ym., 2006). Painonhallintaohjelmiin osallistuminen viittaa motivaatioon painonhallinnassa ja menetelmien itsenäinen käyttö käyttäytymistottumusten muuttamisen myötä parempaan onnistumismahdollisuuteen painonhallinnassa.

Yhteystarkastelujen perusteella pyrittiin selvittämään, minkälaisille henkilöille lyhytinterventio sopii hoitomuodoksi. Tulokseksi saatiin kolme ryhmää: korkean alkupainon ja painoindeksin omaava ryhmä, ne joilla on korkeampi itseluottamus sekä syömistään kognitiivisesti vähän kontrolloivat. Korkea alkupaino ja painoindeksi liittyvät usein parempaan laihtumistulokseen. Syömisen vähäinen kontrollointi puolestaan on yhteydessä laihtumisessa sekä painonhallinnassa epäonnistumiseen (McGuire ym., 1999; Elfhag ja Rössner, 2004). On mahdollista, että lyhytinterventiot vaikuttavat syömisen kognitiivista kontrollointia edistävästi ja sopivat siten henkilöille, joiden on hankala hallita syömistään. Kognitiivista kontrollointia ei kuitenkaan mitattu

seurannassa, joten kognitiivisen kontrolloinnin tasosta kaksi vuotta myöhemmin ei ole tietoa, eikä johtopäätöksiä voida esittää. Vaikka korrelaatiot osoittautuivat tilastollisessa tarkastelussa merkitseviksi, niin ne olivat käytännön merkitsevyyden kannalta alhaisia. Yhteyksien käytännön merkitystä voidaanakin pitää kyseenalaisena.

Laihtumisessa ja painonhallinnassa onnistumista on usein vaikea ennustaa. Tässäkin tutkimuksessa tuli ilmi vain muutamia onnistuneeseen laihtumiseen liittyviä tekijöitä. Onkin hankalaa määrittää etukäteen, ketkä hyötyvät lihavuushoidoista eniten. Lyhytinterventioihin sopivaa kohderyhmää on ainakin tämän tutkimuksen perusteella vaikea rajata.

5.3 Tutkimuksen luotettavuuden ja rajoitusten arviointia

Seurantaan osallistui 150 henkilöä 232 interventioissa mukana olleesta. Koska seurantaan saatiin noin 65 prosenttia ohjelmiin osallistuneista, on mahdollista, että seurannassa mukana olleet eivät edusta osallistujien koko kirjoa. Esimerkiksi painonhallinnassa epäonnistuneimmat saattoivat karsiutua pois seurannasta. Tutkimuksen puutteena on myös kontrolliryhmän puuttuminen, jolloin ei voida tehdä vertailua ryhmään, joka ei ollut saanut hoitoa. On siis mahdollista, että saadut tulokset johtuvat muusta kuin annetuista psykologisista hoidoista. Luotettavuutta parantaa kuitenkin onnistunut ryhmiin satunnaistaminen. Seurantamittauksessa ryhmät eivät suuresti poikenneet toisistaan taustamuuttujien suhteen.

Seuranta toteutettiin käytännön syistä puhelinkyselynä. Tutkimukselle yritettiin järjestää vuonna 2005 vuoden seuranta, jossa tarkoituksena oli kerätä alkumittausten tiedot osallistujilta Tampereen yliopistolla. Osallistujia ilmoittautui vuoden seurantaan kuitenkin niin vähän, että seuranta jäi toteuttamatta. Kahden vuoden seuranta päätettiin siten suorittaa puhelinkyselynä.

Puhelinkyselyssä tiedonkeruumenetelmänä on monia rajoituksia. Ensinnäkin osallistujamäärän ollessa kohtuullisen suuri, kysely oli laadittava ajan kulun vuoksi siten, että siinä selvitettiin vain keskeisimpiä muuttujia lyhyessä muodossa. Useita pidempiä, informatiivisia mittareita jouduttiin jättämään pois. Suppeutta tutkimukseen aiheutti myös se, että kaikki kyselyssä käytetyt muuttujat perustuivat osallistujan itsearviointiin. Täten tutkimuksen aineisto on luonteeltaan subjektiivista. Luotettavamman tuloksen saamiseksi osallistujien raportoimaan painoon tehtiin laskennallinen korjaus. Vuoden 2004 alkumittausten perusteella havaittiin, että osallistujat raportoivat painonsa keskimäärin 1.5 kiloa alhaisemmaksi kuin heidän todellinen painonsa oli. Seurannassa

painomuuttujaa pyrittiin realisoimaan siten, että osallistujien raportoimalle painolle laskettiin yksilöllinen korjauskerroin. Korjattua painoa käytettiin tulosten käsittelyssä.

Puhelinkyselyssä vastauksiin vaikuttavana tekijä voi myös olla mielikuva, jonka vastaaja kyselyn tekijästä muodostaa tämän verbaalisen toiminnan perusteella. Välitön omana itsenä toiselle vastaaminen voi myös muuttaa vastausta erilaiseksi verrattuna anonyymisti tehtyyn lomakevastaukseen.

Tutkimustuloksia ei voida yleistää koko ylipainoisten populaatioon, sillä tutkimuksessa mukana olleet olivat yliopistolliseen lihavuushoitoon itse hakeutuneita. Lihavuuden yliopistollisiin hoito-ohjelmiin hakeutuvat saattavat tutkimusten mukaan erota muista ylipainoisista. Lihavuushoitoon hakeutuvilla saattaa mm. olla enemmän lihavuuteen liittyvää tietoa, enemmän psyykkisiä ongelmia ja ahmimista sekä enemmän huolta kehonkuvasta ja painosta kuin muilla lihavilla (Annunziato & Lowe, 2007; Brownell, 1993).

5.4 Johtopäätökset

Tutkimus osoittaa, että lyhytinterventioilla on mahdollista kohentaa ylipainoisten ja lihavien terveydentilaa ja alentaa lihavuuden hoidon kustannuksia. Tutkimus viittaa myös siihen, että lyhyellä painonhallintaohjelmalla voi olla vaikutuksia psykologiseen hyvinvointiin. Voidaan todeta, että ryhmämuotoinen psykologinen lyhythoito sopii hyvin hoitomuodoksi osalle väestöstä. Kahden vuoden seurannan perusteella jopa yhden kerran hoitomuodosta on osalle hyötyä. Tutkimus myös osoittaa, että kolmannes lyhythoitoon vapaaehtoisesti hakeutuneista saattaisi hyötyä hoidosta.

Lyhythoitoja tarvitaan perusterveydenhuollossa lihavuuden hoitoon, sillä perushoitoa ei voida tarjota kaikille sitä tarvitseville ja haluaville (Hakala & Fogelholm, 2006). Lyhytinterventiot luovat mahdollisuuden tarjota lihavuushoitoa useammille sitä tarvitseville, sillä lyhythoitojen kustannukset ovat alhaiset (n. 5–10 euroa henkilöä kohden), ja ne ovat kestoaltaan lyhyitä. Lisäksi lyhytinterventioiden käyttöönottoa hoitohenkilöstön tasolla helpottaa se, että hoitojen suorittamisesta on olemassa yksityiskohtainen käsikirja. Lihavuuden hoidon suunnittelussa lyhytinterventiot voisivat esimerkiksi olla ensimmäinen vaihe lihavuuden hoidossa. Lyhytinterventioita olisi mahdollista käyttää ensisijaisena hoitomuotona, jonka jälkeen osa hoitoon osallistuneista voitaisiin ohjata jatkohoitoihin. On myös mahdollista, että osa lihavista ei halua sitoutua pitkiin painonhallintaohjelmiin. Tällaisille henkilöille lyhythoito olisi hyvä vaihtoehto.

Painonhallinnan lyhythoitoja koskevia tutkimuksia on tehty hyvin vähän. Lyhyimmät kirjallisuudesta löytyneet hoidot olivat noin kymmenen viikon mittaisia ja saattoivat sisältää useita

hoitotunteja. Tutkimuksen tuloksia on siten vaikea verrata muihin lyhythoitoja koskeviin tuloksiin. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yhtä lihavuuden hoito-ohjelmaa, joka sisältää kognitiiviseen käyttäytymisterapian ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä rajallisesti. Vastaisuudessa olisi hyvä kehittää rinnakkaisia lyhytinterventioita ja verrata niiden vaikuttavuutta, jotta saataisiin mahdollisimman tehokkaita lyhyitä hoitomuotoja mukaan lihavuushoitosten tarjontaan.

LÄHDELUETTELO

Aikuisten lihavuus. *Käypä hoito -suositus* (2007). Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim (päivitetty 22.1.2007). Haettu 15.04.2007 osoitteesta: www.kaypahoito.fi

Anderson, J.W., Grant, L., Gotthelf, L. & Stifler, L.P. (2007). Weight loss and long-term follow-up of severely obese individuals treated with an intense behavioral program. *International Journal of Obesity*, 31, 488–493

Annunziato, R.A. & Lowe, M.L. (2007). Taking action to lose weight: Toward an understanding of individual differences. *Eating Behaviors*, 8, 185–194.

Aromaa, A. & Koskinen, S. (Toim.) (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002*. Helsinki.

Beck, A.T. & Steer, R.A. (2000). Beck Depression Inventory (BDI). Teoksessa *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington (D.C): American Psychiatric Association, 519–523.

Bond, F.W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057-1067.

Brownell, K.D. (1993). Whether Obesity Should Be Treated. *Health Psychology*, 12, 339–341.

Byrne, S.M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research* (Review), 53, 1029– 1036.

Dansinger, M.L., Gleason, J.A., Griffith, Selker, H.P., & Schaefer, E.J. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction. *JAMA*, 293, 43–53.

Dong, C., Sanchez, LE & Price, RA. (2004). Relationship of Obesity to Depression: a Family-based Study. *International Journal of Obesity*, 28, 790–795.

Douketis, JD., Macie, C., Thabane, L. & Williamson DF. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *International Journal of Obesity*, 29, 1153–1167.

Elfhag, K. & Rössner, S. (2004). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*, 6, 67–85.

Elintarvikevirasto. *Elintarviketeollisuuden kotimaan myyntilukuja 1995 ja 2000–2005*. Haettu 29.4.2007 osoitteesta: www.etl.fi/tilastot.

Fogelholm, M. (2006a). Lihavuuden arviointi. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.49–54). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Fogelholm, M. (2006b). Lihavuuden hoito. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.262–271). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Fogelholm, M., Kukkonen-Harjula, K. & Oja, P. (1999). Eating control and physical activity as determinants of short-term weight maintenance after a very-low-calorie diet among obese women. *International Journal of Obesity*, 23, 203–210.

Fogelholm, M. & Rissanen, A. (2006). Aikuisten lihavuus Suomessa ja muualla. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.14–23). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Foster, G.D., Wadden, T.A., Kendall, P.C., Stunkard, A.J. & Vogt R.A. (1996). Psychological effects of weight loss and regain: a prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 752–757.

Glenny, A-M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, TA. & Wilson, C. (1997). The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *International Journal of Obesity*, 21, 715–737.

Hakala, P. (2006). Lihavuuden ruokavaliohoito. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.167–189). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hakala, P. & Fogelholm, M. (2006). Mitä lääkärin tulee tietää lihavuuden perushoidosta? *Aikakauskirja Duodecim*, 122, 1239–1244.

Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M., & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological Record*, 54, 553-578.

Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R., Aro, A.R. & Uutela, A. (2005). Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys (AVTK), kevät 2004. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 13/2004*. Helsinki.

Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R. & Uutela, A. (2007). Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys (AVTK), kevät 2006. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2007*. Helsinki.

Hänninen, S., Kaukua, J. & Sarlio-Lähteenkorva, S. (2006). Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. *Aikakauskirja Duodecim*, 122, 1625–1630.

Jeffery, R.W., Drewnowski, A., Epstein, L.H., Stunkard, A.J., Wilson, G.T. & Wing, R.R. (2000). Long-Term Maintenance of Weight Loss: Current Status. *Health Psychology*, 19, 5–16.

Jordan, H.A., Canavan, A.J. & Steer, R.A. (1987). Long-Term Follow-Up of Patients Who Lost Weight in a Cognitive-Behavioral Treatment Program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1, 14–21.

Karhunen, L. & Mustajoki, P. (2006). Ruokahalun ja kylläisyyden säätely. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.100–118). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Karlsson, J., Persson, L-O., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) Study. *International Journal of Obesity*, 12, 1715–1725.

Karlsson, J., Taft, C., Sjöström, L., Torgerson, JS. & Sullivan, M. (2003). Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *International Journal of Obesity*, 27, 617–630.

Kaukua, J. (2006). Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. *Aikakauskirja Duodecim*, 122, 1215–1224.

Kaukua, J., Pekkarinen, T., Sane, T., & Mustajoki, P. (2003). Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: a 2-y follow-up study. *International Journal of Obesity*, 27, 1072–1080.

Kaukua, J. & Rissanen, A. (2006). Lihavuuden lääkehoito. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.247–252). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Klumbiene, J., Petkeviciene, J., Helasoja, V., Prättälä & Kasmel, A. (2004). Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *European Journal of Public Health*, 14, 390-394.

Laatikainen, T., Tapanainen, H., Alfthan, G., Salminen, I., Sundvall, J., Leiviskä, J., Harald, K., Jousilahti, P., Salomaa, V. & Vartiainen, E. (2003). Finriski 2002 Perusraportti. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7/2003*. Helsinki.

Lahti-Koski, M., Vartiainen, E., Männistö, S. & Pietinen, P. (2000). Age, education and occupation as determinants of trends in body mass index in Finland from 1982 to 1997. *International Journal of Obesity*, 24, 1669–1676.

Lappalainen, R. (2006). Syömisen hallinta ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.222–245). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lappalainen, R., ja Turunen, G. (2006). *Psykologinen lyhytoito painonhallinnassa*. Tampere: Suomen Käyttäytymistieteellinen Tutkimuslaitos.

Larsson, U., Karlsson, J. & Sullivan, M. (2002). Impact of overweight and obesity on health-related quality of life – a Swedish population study. *International Journal of Obesity*, 26, 417-424.

Leibbrand, R. & Fichter, M.M. (2002). Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1275–1289.

Littman, A.J., Kristal, A.R. & White, E. (2005). Effects of physical activity intensity, frequency, and activity type on 10-y weight change in middle-aged men and women. *International Journal of Obesity*, 29, 524–533

Mathus-Vliegen, E.M.H. (2007). Long-term health and psychosocial outcomes from surgically induced weight loss: results obtained in patients not attending protocolled follow-up visits. *International Journal of Obesity*, 31, 299–307.

McGuire, M.T., Wing, R.R., Klem, M.L., Seagle, H.M. & Hill, J.O. (1998). Long-term maintenance of weight loss: do people who lose weight through various weight loss methods use different behaviors to maintain their weight? *International Journal of Obesity*, 22, 572–577.

McGuire, M.T., Wing, R.R., Klem, M.L., Lang, W. & Hill, J.O. (1999). What Predicts Weight Regain in a Group of Successful Weight Losers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 177–185.

Mc McLean, N., Griffin, S., Toney, K. & Hardeman, W. (2003). Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials (Review). *International Journal of Obesity*, 27, 987–1005.

Mustajoki, P. (2002). Perushoito ja lyhytohjaus -uudet vanhat lääkkeet. *Diabetes ja lääkäri*, 1. Haettu 23.5.2007 osoitteesta: www.diabetes.fi.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. (2006). Lihavuuden hoidon käytännön toteuttaminen. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.272–282). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Männistö, S., Ovaskainen, ML. & Valsta, L. (Toim.) (2003). Finravinto 2002 -tutkimus. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2003*. Helsinki.

Männistö, S., Lahti-Koski, M., Tapanainen, H., Laatikainen, T & Vartiainen, E. (2004). Lihavuus ja sen taustat Suomessa – liikakilot kasvavana haasteena. *Lääkärilehti*, 8, 777–781.

Nauta, H., Hospers, H. & Jansen, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology*, 6, 271–284.

O'Brien, K., Venn, B.J., Perry, T., Green, T.J., Aitken, W., Bradshaw, A. & Thomson, R. (2007). Reasons for wanting to lose weight: different strokes for different folks. *Eating Behaviors*, 8, 132–138.

Ogden, J. (2000). The correlates of long-term weight loss: a group comparison study of obesity. *International Journal of Obesity*, 24, 1018–1025.

Ojanen, M. (2001). Graafiset analogia-asteikot elämänlaadun ja hyvinvoinnin mittauksessa. Teoksessa. Talon, S. (Toim.). *Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen*. Seminaariraportti. KELA. Turku: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49, 208–255.

Owens, T.M. (2003). Morbid Obesity The Disease and Comorbidities. *Crit Care Nurs Q*, 26, 162–165.

Panimo- ja virvoitusjuomateollisuusliitto. *Juomien kulutus 1980, 1990, 1995 ja 2000–2004*. Haettu 29.04.2007 osoitteesta: www.panimoliitto.fi/panimoliitto/tilastot.

Pekurinen, M. (2006). Mitä lihavuus maksaa? *Aikakauskirja Duodecim*, 122, 1213–1214.

Perri, M.G., Nezu, A.M., Patti, E.T & McCann, K.L. (1989). Effect of length of treatment on weight loss. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 57, 450–452.

Popkin, BM. & Gordon-Larsen, P. (2004). The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity*, 28, S2–S9.

Raynor, HA., Jeffery, RW., Tate, DF. & Wing, RR. (2004). Relationship between changes in food group variety, dietary intake, and weight during obesity treatment. *International Journal of Obesity*, 28, 813–820.

Renjilian, D.A., Nezu, A.M., Shermer, R.L., Perri, M.G., McKelvey, W.F. & Anton, S.D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 717–721.

Rissanen, A. & Mustajoki, P. (2006). Lihavuuden ja syömisen psykologiaa. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim), *Lihavuus - Ongelma ja hoito* (ss.119–127). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Roberts, RE., Deleger, S., Strawbridge, WJ & Kaplan, GA. (2003). Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity*, 27, 514–521.

Ross, R. & Janssen, I. (2001). Physical activity, total and regional obesity: dose-response considerations. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 33, 521–527.

Roth, A. & Fonagy, P. (2005). What Works for Whom. *A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: The Guilford Press.

Sane, T. (2006). Lihavuuden leikkaushoito. *Aikakauskirja Duodecim*, 122, 1261–1266.

Savolainen, M. (2006). Lihavuuden lääkehoito -milloin ja miten? *Aikakauskirja Duodecim*, 122, 1247–1253.

Seidel, J. (1999). The Burden of Obesity and Its Squalee. *Dis Manage Health Outcomes*, 5, 13-21.

Social adaptation self evaluation scale on *European neuropsychopharmacology* (1997). No 7, 57–70.

Stahre, L.& Hällström, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. (Abstrakti). *Eating and Weight Disorders*, 10, 51–58.

Stunkard, A.J., Faith, M.S & Allison, K.C. (2003). Depression and Obesity. *Biological Psychiatry*, 54, 330–337.

Sturm, R. & Wells, KB. (2001). Does obesity contribute as much to morbidity as poverty or smoking? *Public Health*, 115, 229-235.

Turunen, G. (2004). *Mini-interventio painonhallinnassa -kahden psykologisen lyhytohjelman kehittäminen, toteutus ja arviointi*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos.

Uusitupa, M. (2003a). Miksi kilot karkaavat? *Tieteessä tapahtuu*, 5, 29-30. Tieteellisten seurain valtuuskunta. Haettu 20.04.2007. osoitteesta: www.tieteessatapahtuu.fi.

Uusitupa, M. (2003b). *Sairauksien ehkäisy -Lihavuus*. Terveyskirjasto Duodecim. Haettu 20.04.2007 osoitteesta: www.terveyskirjasto.fi.

Villanova, N., Pasqui, F., Burzacchini, S., Forlani, G., Manini, R., Suppini, A., Melchionda, N. & Marchesini, G. (2006). A physical activity program to reinforce weight maintenance following a behavior program in overweight/obese subjects. *International Journal of Obesity*, 30, 697–703.

Wadden, T.A., Stunkard, A.J., Brownell, K.D & Day, S.C. (1984). Treatment of Obesity by Behavior Therapy and Very Low Calorie Diet: A Pilot Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 4, 692–694.

Wadden, T.A., Foster, G.D. & Brownell, K.D. (2002). Obesity: Responding to global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 510–525.

World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *WHO Technical Report Series 916*, 2003. Haettu: 1.5.2007. osoitteesta: www.who.int.

World Health Organisation. (2006). *WHO European Ministerial Conference on Counteracting obesity: European Charter on counteracting obesity*. Julkaistu: 16 November 2006. Haettu: 13.4.2007 osoitteesta www.euro.who.int.

Öst, L-G. (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Falköping: Tryck Elanders Gummessons.

Liite 1: Alkumittaustaulukko

Tutkimuksessa 2004 aloittaneiden (N=232) sekä 2006 osallistuneiden (N=150) ja poisjääneiden (N=82) taustatietoja hoitoryhmittäin. Taustatiedot on kerätty 2004. (* n = 4)

	Aloitusr ryhmä 2004 (N=323)		Osallistuneet 2006 (n=71)		Poisjääneet 2006 (n=79)	
	LMINI (n=108)	PMINI (n=124)	LMINI (n=71)	PMINI (n=79)	LMINI (n=38)	PMINI (n=44)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sukupuoli	Miehet 17 (15.7%)	31 (25%)	13 (18.3%)	25 (31.6%)	4 (10.5%)	6 (13.6%)
	Naiset 91 (84.3%)	93 (75%)	58 (81.7%)	54 (68.4%)	34 (89.5%)	38 (86.4%)
Sivillisääty	Naimaton, eronnut, leski 32 (29.6%)	43 (34.7%)	20 (28.2%)	25 (31.6%)	13 (34.2%)	17 (38.6%)
	Avoidettu, naimisissa 76 (70.4%)	81 (65.3%)	51 (71.8%)	54 (68.4%)	25 (65.8%)	27 (61.4%)
Koulutus	Perusaste 11 (10.2%)	17 (13.7%)	7 (9.9%)	12 (15.2%)	4 (10.5%)	5 (11.4%)
	Keskiaaste 61 (56.5%)	64 (51.6%)	42 (59.2%)	41 (51.9%)	19 (50.0%)	23 (52.3%)
	Yliopistaste 36 (33.3%)	43 (34.7%)	22 (31.0%)	26 (32.9%)	15 (39.5%)	16 (36.4%)
Työpakkalaisia	73 (67.6%)	77 (62.1%)	51 (71.8%)	47 (59.5%)	23 (60.5%)	29 (65.9%)
Parhanneliset / lapsia	79 (73.1%)	95 (76.6%)	53 (74.6%)	64 (81.0%)	26 (68.4%)	31 (70.5%)
Tupakoitsijat	8 (7.4%)	17 (13.7%)	6 (8.5%)	11 (13.9%)	2 (5.3%)	6 (13.6%)
	KA (s)	KA (s)	KA (s)	KA (s)	KA (s)	KA (s)
Ikä	48.56 (9.86)	48.38 (12.33)	49.68 (9.26)	49.76 (10.59)	46.21 (10.26)	45.45 (13.98)
Mitattu yhteispaino	93.26 (16.46)	94.58 (16.16)	91.70 (15.1)	94.90 (16.56)	96.05 (18.45)	94.15 (15.74)
Miehet	108.8 (13.5)	109.6 (13.2)	104.5 (12.5)	110.7 (13.5)	122.7 (2.0) *	105.2 (11.7)
Naiset	90.4 (15.4)	89.6 (11.2)	88.8 (14.2)	87.6 (12.0)	92.9 (16.9)	92.4 (15.7)
Ilmoitettu yhl.paino	91.31 (16.33)	92.74 (16.34)	89.72 (14.88)	93.05 (16.57)	94.20 (18.56)	92.18 (16.11)
Miehet	108.3 (13.3)	108.1 (13.9)	104.0 (13.0)	109.5 (14.2)	120.3 (3.3) *	102.7 (12.4)
Naiset	88.4 (15.0)	87.4 (13.5)	86.8 (13.6)	85.3 (11.1)	90.9 (17.0)	90.4 (16.1)
Yhteistyöväkärö cm	105.53 (13.86)	106.92 (12.76)	105.17 (12.92)	106.84 (12.86)	106.23 (15.46)	107.08 (12.86)
Miehet	117.8 (11.2)	117.9 (10.9)	114.8 (10.9)	118.6 (11.2)	127.3 (6.0) *	115.1 (12.9)
Naiset	103.3 (13.1)	103.3 (13.8)	103.0 (12.4)	101.4 (9.6)	103.7 (14.3)	105.8 (12.9)
Painondeksi BMI	33.50 (5.19)	33.40 (4.73)	32.80 (4.61)	33.10 (4.42)	34.74 (5.95)	34.00 (5.28)

Liite 2: Tiedoitekirje



Tampereen yliopisto
Psykologian laitos
painonhallintatutkimus

Olet osallistunut keväällä 2004 Tampereen yliopiston järjestämään painonhallinnan lyhythoittojen vaikuttavuuden tutkimukseen. Tämä kirje koskee kyseisen tutkimuksen seurantaan, joka toteutetaan tänä keväänä. Seurannassa tutkitaan lyhythoittojen pitkäaikaisvaikutusta painonhallintaan. Lyhythoittojen vaikuttavuutta on tutkittu varsin vähän ja osallistumalla seurantaan edesautat tutkimuksen onnistumisessa sekä painonhallintaohjelmien kehittämisessä. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Seurantaan toteutetaan puhelimitse. Keskustelun kesto on n. 5 minuuttia ja se suoritetaan touko- ja kesäkuun aikana. Seurannan suorittaa psykologian opiskelija Ranja Kuukka.

Puhelinkeskustelun aikana sinulta kysytään seuraavia tietoja:

- nykyinen painosi
- oletko viimeisen kahden vuoden aikana mitannut vyötäröäsi?
- kuinka usein sinulla on ollut tapana punnita itsesi kahden viime vuoden aikana?
- oletko muuttanut ruokailutottumuksiasi kahden vuoden aikana?
- oletko viimeisen kahden vuoden aikana osallistunut painonhallintaohjelmiin tai hoitoihin (esim.painonvartijat)? Jos olet, niin mihin?
- oletko viimeisen kahden vuoden aikana käyttänyt itsenäisesti jotain painonhallintamenetelmää?
- kolme arvioita nykyisestä tilanteestasi: tyytyväisyys elämään, mieliala ja itseluottamus (itsearviointilomakkeet ovat ohessa liitteenä)
- oletko kokenut, että yliopiston lyhythoitto-ohjelmasta on ollut hyötyä painonhallinnassa?

Toivomme että täytät oheiset lomakkeet ja tarkistat nykyisen painosi, jotta tietojen keruu sujuu jouhevasti.

Tietojesi käsittely tapahtuu luottamuksellisesti. Käytämme tulosten käsittelyssä ainoastaan tutkimusnumeroasi.

Kiitämme yhteistyöstäsi ja siitä että autat meitä kehittämään painonhallintamenetelmiä.

Ystävällisin terveisin,

Ranja Kuukka
Ranja.kuukka@uta.fi
Psykologian laitos,
Tampereen yliopisto

Tutkimuksen johtaja
Raimo Lappalainen
Psykologian laitos,
Tampereen yliopisto

Liite 3: Soittopohja

Aineiston keruu puhelimitse:

pvm. _____ nro. _____

Ranja Kuukka Tampereen yliopiston psykologian laitokselta päivää.

Soitan painonhallintatutkimuksen tiimoilta, josta saitkin jo ennakkokirjeen.

Olisiko sinulla nyt n. 5 minuuttia aikaa keskusteluun? (muu aika: _____)

(Kieltäytymisen syy: _____)

-Ensimmäiseksi kysyisin, mikä on nykyinen painosi? _____

-Oletko viimeisen kahden vuoden aikana mitannut vyötäröäsi:

päivittäin =1

n. kerran viikossa =2

n. kerran kuussa =3

harvemmin kuin kerran kuussa =4

ei koskaan tai hyvin harvoin =5?

-Kuinka usein sinulla on ollut tapana punnita itsesi kahden viime vuoden aikana? Oletko punninnut itsesi:

päivittäin = 1

n. kerran viikossa = 2

n. kerran kuussa = 3

harvemmin kuin kerran kuussa = 4

ei koskaan tai hyvin harvoin = 5?

-Oletko muuttanut ruokailutottumuksiasi kahden vuoden aikana

paljon = 1,

melko paljon = 2,

jonkin verran = 3,

ei lainkaan = 4?

-Entä oletko viimeisen kahden vuoden aikana osallistunut painonhallinnan ohjelmiin tai hoitoihin? _____ (Mihin olet osallistunut?) _____

-Oletko viimeisen kahden vuoden aikana käyttänyt itsenäisesti jotain painonhallintamenetelmää:

usein=1, melko usein=2, joskus=3, ei lainkaan=4?

-Lähtettämässämme kirjeessä oli mukana kolme itsearviointilomaketta, jotka olivat arvio tyytyväisyydestä elämään, mieliala ja itseluottamus. Ovat lomakkeet siinä lähellä?

→ Jos vastaa kyllä: Voisitko hakea ne? Kysyisin arviotasi nykyisestä tilanteestasi perustuen lomakkeisiin. Millä luvulla kuvaisit tyytyväisyyttäsi elämään? _____

Millä luvulla kuvaisit mielialaasi? _____

Millä luvulla kuvaisit itseluottamustasi? _____

→ Jos vastaa ei: Kysyisin arviotasi kolmen asian suhteen, jotka ovat tyytyväisyys elämään, mieliala ja itseluottamus. Näissä lomakkeissahan arvio vaihtelee nolasta sataan ja voit valita minkä tahansa luvun nollan ja sadan välillä. Ensimmäiseksi kysyisin millä luvulla kuvaisit tyytyväisyyttäsi elämään? (0=erittäin tyytymätön, 50=kohtalaisen tyytyväinen ja 100=erittäin tyytyväinen) _____

Millä luvulla kuvaisit mielialaasi (0=erittäin huono mieliala, 50=kohtalainen mieliala, 100=erittäin hyvä mieliala)? _____

Millä luvulla kuvaisit itseluottamustasi? (0=erittäin heikko itseluottamus, 50=kohtalainen itseluottamus, 100=erittäin vahva itseluottamus) _____

-oletko kokenut, että yliopiston lyhyt-hoito ohjelmasta on ollut hyötyä painonhallinnassa? Onko ohjelma ollut hyödyllään :

huono = 1, välttävä = 2, tyydyttävä = 3, hyvä = 4, erinomainen = 5

Kiitos yhteistyöstäsi ja hyvää kevään jatkoa!

(halukas osallist. hoitoihin _____)