

Pilvikki Absetz ja Nelli Hankonen

Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja?

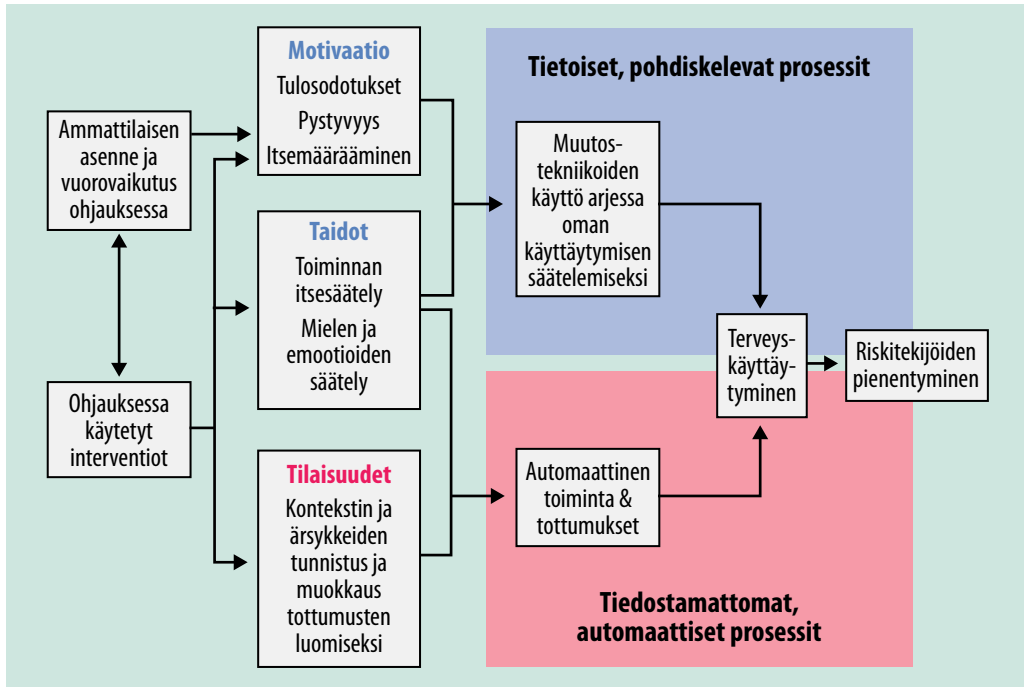
Merkittävä osa väestöä ei noudata ravitsemus- ja liikuntasuosituksia. Käypä hoito -suosituksissa perustellaan elämäntapaohjausta osana hyvää hoitoa. Elämäntapasairaudet eivät kuitenkaan vähene. Eikö ohjaus saavuta tavoitettaan vai jääkö se antamatta? Narratiivisessa, systemaattisiin katsauksiin perustuvassa katsausartikkelissa lähestymme elämäntapamuutosta sekä tietoisten että automaattisten psykososiaalisten prosessien osalta. Tutkimusnäyttö osoittaa, että käyttäytymisen muutosta voi tukea molempien prosessien kautta. Interventiotutkimuksia on toistaiseksi tehty enemmän tietoihin prosesseihin vaikuttamalla, mutta näyttö automaattisten prosessien hyödyntämisen eduista on vahvistumassa. Esittelemme käytännön keinoja muutoshalukkuuden ja taitojen tukemiseen sekä tottumusten luomiseen. Samoja keinoja voi osin hyödyntää myös ammattilaisten oman käyttäytymisen muuttamisessa niin, että nopean ja yksinkertaisen elämäntapaohjauksen antamisesta tulee arjessa toteutuva tapa.

Kroonisten tautien yleistyessä elintapojen ja omahoidon merkitys väestön terveyden edistämässä ja potilaiden hoidossa kasvaa. Silti valtaosa väestöstä ei noudata liikunta- ja ravitsemussuosituksia (1). Viestintäkampanjat onnistuvat usein tiedon lisäämisessä, mutta eivät pysyvän elämäntapamuutoksen aikaansaamisessa (2). Valtaosa elämäntapamuutosinterventioista – myös terveydenhuollon elämäntapaohjaus – pyrkii vaikuttamaan motivaatioon ja tietoiseen, tavoitteelliseen toimintaan: Mitä pitäisi muuttaa ja minkä terveydellisen syyn takia? Tulisiko esimerkiksi välttää suolaista sydänterveyden takia? Kohdekäyttäytyminen on yksittäisen tottumuksen sijasta usein kokoelma erilaisissa konteksteissa ilmeneviä tottumuksia; suolan käyttö ruuanlaitossa, suolan lisääminen ruokapöydässä, suolaisten tuotteiden ostaminen ruokakaupassa ja niin edelleen.

Interventioilla saavutetaan pieniä tai kohtalaisia hyötyjä (3). Muutokset ovat useimmiten lyhytkestoisia motivaatiotekijöiden, itsesäätelykykyjen ja -resurssien, tottumusten ja ympä-

ristötekijöiden takia (4). Eli yksinkertaistaen muutoksen ylläpitäminen vaatii tietoista ponnistusta eri kontekstien ja niissä olevien ärsykkeiden hallitsemiseksi, ja ponnistelu repsahduksineen kuluttaa resursseja ja saa motivaation hiipumaan. Tietoisten prosessien kautta pelkästään tai ensisijaisesti toimiminen ei näytä olevan riittävää (5).

Tarkastelemme elämäntapaohjauksen mahdollisuuksia vaikuttaa sekä tietoisten että automaattisten prosessien kautta (**KUVA**). Käyttäytymisen toteutumiseksi yksilöllä pitää olla tahto (motivation), riittävät taidot (capability) ja ympäristön mahdollistama tilaisuus (opportunity) (6). Pyrimme kattamaan sekä muutoksen tekemisen (potilas) että muutokseen ohjauksen (lääkäri) näkökulman ja vastaamaan kahteen kysymykseen: Mitä elementtejä muutoksen ohjaukseen kannattaa sisällyttää ja milloin ammattilaisten käyttäytymismuutostekniikoiden käyttöön potilaita ohjata? Miten voin ammattilaisena tehdä ohjauksen antamisesta automaattisen tottumuksen itselleni?



KUVA. Elämäntaitojen ja terveyskäyttäytymisen muutos tietoisien ja tiedostamattomien prosessien kautta motivaatioon, taitoihin ja tilaisuuksiin liittyviin tekijöihin vaikuttamalla.

Mihin potilaan motivaatiopohja perustuu ja miten sitä voi tukea?

Tietoisien muutosprosessien eteneminen riippuu siitä, onko potilas jo vahvasti motivoitunut elämäntapamuutukseen ja siten kaipaa tukea konkreettiseen toimintaan vai pitääkö motivaatiota vielä herätellä tai vahvistaa. Harkittu, tietoinen motivaatio koostuu toimintaa ja sen tuloksia koskevista odotuksista ja omaa itseä koskevista käsityksistä.

Tulosodotukset ovat yksilön arvioita käyttäytymisen seurauksista. Hyötyjen ja haittojen analyysi saattaa perustua myös valheellisiin tai epärationaalisiin uskomuksiin. Ajallisesti läheiset seuraukset painavat vaakakupissa enemmän kuin pitkän tähtäimen seuraukset. Terveysriskitiedon antaminen ei välttämättä riitä muutosaikomukseen eikä toteutukseen. Riskitiedolla vaikutettaessa tulee varmistaa 1) vastaanottajalle syntyvä käsitys ja huoli riskin vakavuudesta sekä omasta alttiudestaan ja 2) riskin pienentämistoimenpiteisiin liittyvät positiiviset odotukset eli usko riskin pienennettävyyteen elämäntapoja muuttamalla ja luottamus, että itsekkin

pystyy siihen (7). Uhkakuvat ilman pystyvyyden vahvistamista johtavat muutoshalun sijasta muutosvastarintaan ja torjuntaan (8). Tulosodotusten positiivinen ”kehystys” näyttäisi olevan negatiivista tehokkaampi erityisesti ehkäisevän käyttäytymisen lisäämisessä (9), esimerkkinä toimintakyvyn säilyttämisen hyödyt menettämisen uhkien sijasta. Tulosodotuksissa kannattaa huomioida monipuolisesti elämän eri osa-alueisiin liittyviä samoin kuin pitkäaikaisia ja välittömiä seurauksia. Aktivointi pohdintaan lisää odotusten henkilökohtaista relevanssia, mikä on omiaan tukemaan jäljempänä käsiteltävää motivaation sisäistymistä.

Usko omaan pystyvyyteen on keskeistä muutokseen motivoitumisessa. Toimijuutta ja voimaantumista kuvaava kognitio heijastaa yksilön uskoa kykyynsä suoriutua jostakin tehtävästä vaikeissakin tilanteissa (10). Elämäntapamuutoksen ajateltu helppous vaikuttaa motivaatioon lähtä yrittämään muutosta. Liikuntainterventioissa pystyvyyttä lisäsivät eniten palaute joko vastaanottajan omasta edistymisestä tai hyvästä suoriutumisesta verrattuna muihin. Vertaisten kokemukset – erityisesti

haasteista selviäminen – auttoivat myös pystyvyyden lisäämisessä (11).

Muitakin keinoja pystyvyyden lisäämiseen on. Tavoitteita tulee kohtuullistaa – painoa ei tarvitse pudottaa normaalimittoihin, vaan jo 5 % pudotus auttaa pysäyttämään diabeteksen riskin kasvun, ja liikunnan hyötyjä alkaa saavuttaa jo vähällä lisäämisellä (12). Huomiota pitää kiinnittää aiempiin onnistumisiin ja aiempia epäonnistumisen syitä tulkita uudelleen: ”Epäonnistuminen ei johdu minusta vaan ympäristön olosuhteista, joihin voin vaikuttaa.”

Kun tupakoija kertoo ”haluavansa” lopettaa tupakoinnin, hän todennäköisemmin onnistuu kuin jos hänen ”pitäisi” lopettaa. ”Pitäisi”-motivaation juuret ovat ulkoisia, kontrolloivia. Henkilö mieltää pääasiallisen syyn olevan muiden tahto tai sisäistetty pakko, syyllisyys tai häpeän tunne. ”Haluan”-motivaatio taas kertoo sisäisemmästä, omaehtoisesta motivaatiosta. Yksilö on sisäistänyt muutoksen tarpeen ja kokee sen mielekkääksi, itselle tärkeitä arvoja ja tavoitteita palvelevaksi.

Omaehtoisen motivaation taustalla on kokemus psykologisten perustarpeiden täyttymisestä: yksilö tuntee, että on vapaa valitsemaan (autonomia), kykenee (pystyvyys) ja kelpaa muille (sosiaalinen hyväksyntä ja yhteenkuuluvuus) (13). Psykologiset perustarpeet voivat kääntyä myös terveitä elämäntapoja vastaan, mikä selittäisi esimerkiksi teini-ikäisen liikuntaharrastuksen loppumista, tupakoinnin aloittamista tai haluttomuutta sairauden omahoitoon, kun aikuiset määräävät, osaamisen kokemus puuttuu ja kaverit vetävät toiseen suuntaan.

Omaehtoinen motivaatio johtaa pitkäaikaiseen muutokseen (14), joten elämäntapohjauksen tulisi tukea sitä esimerkiksi motivoivalla haastattelulla (15). Keskeistä menetelmässä on asiantuntijalähtöisen neuvonnan sijasta yhteistyöorientaatio potilaan ongelmien ratkaisemiseksi ja tätä tukevat vuorovaikutuksen tekniikat. Potilaassa pyritään herättämään muutospuhetta sen sijaan, että ammattilainen perustelisi muutostarvetta potilaan puolustellessa vanhojen elämäntapojensa säilyttämistä. Motivoivan haastattelun vaikuttavuudesta on useita systemaattisia katsauksia ja meta-analyyssejä. Yhteen koottuna näyttö tukee sitä

jossain määrin (16) ja sen käyttöön ohjataan esimerkiksi lihavuuden ja tupakan Käypä hoito-suosituksissa (17,18). Menetelmä on kuitenkin käyttäjän kannalta haastava, sillä se on laaja kokoelma erilaisia vuorovaikutus- sekä käyttäytymisen muutostekniikoita (19).

Vaikuttavuuden kannalta olennaisin elementti on ”Motivoivan haastattelun henki” (20) eli potilaan kohtaaminen hyväksyvässä, ymmärtämiseen pyrkivässä ja luottamusta rakentavassa yhteistoiminnallisessa hengessä, jolloin potilaan omat ajatukset muutoksesta pääsevät esiin ja ohjaus tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. Ohjauksen taustaideologia muuttuu vikojen etsimisestä potilaan vahvuuksien tunnistamiseen (21).

Ammattilaisen toiminnassa keskeistä ei siis ole ”varmistaa”, että potilas muuttaa elämäntavat – tämä johtaa helposti pakottavaan, sanelemaan tyyliin sekä yrityksiin vaikuttaa uhkakuvilla, mihin sisältyy jo edellä mainittuja pelotteluviestinnän riskejä (8). Ammattilaisen kannattaa mieltää tehtäväkseen auttaa potilasta selvittämään 1) mitä potilas itse haluaa muuttaa (jos mitään), 2) mitä askelia hän haluaa ottaa muutoksen tehdäkseen ja 3) mikä arjessa auttaa muutoksen onnistumisessa (22).

INTERNETOHEISAINESTON TAULUKOSSA 1 oleva itsearviointityökalu auttaa lukijaa pohtimaan, miten kohtaa elämäntapamuutoksen tarpeessa olevan potilaan (13,21,23).

Taidot: Riittäväkö potilaan kyvyt elämäntapamuutokseen?

Valtaosalla meistä on riittävät fyysiset valmiudet terveystuotteeseen itselle sopivalla tavalla, eikä terveellisen ruoan valmistus vaadi tavalista sorminäppäryyttä enempää. Tiedolliset taidot, eli miten valmistaa terveellistä ruokaa ja mitkä liikuntamuodot sopivat juuri minulle, kuuluvat ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan ammattilaisille.

Käyttäytymisen omaseuranta ja muita itesääätelytekniikoita opettavat elämäntapainventiot on todettu vaikuttavammiksi kuin muut (24). Omaseurannan vaikuttavuutta lisäävät sen säännöllisyys, omaseurannan tulosten julkinen raportointi sekä seurantatietojen konkreet-

Ydinasiat

- ▶ Elämäntapamuutosmotivaatiota vahvistetaan tukemalla potilaan pystyvyyttä sekä omakohtaisen mielekkyyden ja autonomian kokemusta.
- ▶ Yhteistyöorientoituneella, kuuntelevalla ja ymmärtävällä vuorovaikutustyyllillä myötävaikutetaan potilaan motivaation sisäistymiseen.
- ▶ Motivoitunutta potilasta auttaa yleisen elämäntapatavoitteen kääntäminen tarkaksi toimintasuunnitelmaksi repsahduksenhallintakeinoineen sekä toteutuksen aktiivinen omaseuranta.
- ▶ Uusia tottumuksia voi ohjelmoida itselleen automaattisiksi rutiineiksi toistamalla niitä riittävän usein samassa kontekstissa. Automatisointi voi tarjota helpomman tien pitkäkestoisiin muutoksiin.

tin kirjaimen automaattisen tallentamisen (esimerkiksi kännykän liikuntasovelluksessa) sijasta. Olennaista onkin tiedon prosessointi ja siitä oppiminen tavoitteen uudelleenarvioimiseksi. Isoimpia vaikutuksia saadaan, kun oma-seurantaan yhdistetään tavoitteen asettamista, toiminnan suunnittelua ja välitöntä palautetta käyttäytymisestä (25).

Tavoitteen asettamisen aputyökaluna on käytetty muun muassa SMART- tai TARMO-lyhennettä. Tavoite ohjaa toimintaa tehokkaammin, kun se on Täsmällinen, Ajankohtainen, Realistinen, Mitattava, ja Olennainen. Tavoite täsmennetään toimintasuunnitelmaksi: miten, missä, milloin ja kenen kanssa? Suunnitelma lisää tavoitteen toteutumisen todennäköisyyttä (26). Riittävän konkreettisesti ympäristöön istutettuina ja helposti toteutettavina TARMO-tavoitteet tukevat tottumusten automatisointia. Toiminnan suunnittelun (”lähden töistä tultua kävelylenkille tiistaisin ja torstaisin”) lisäksi tavoitteen saavuttamista edistää varmistussuunnitelma (27) repsahdusten ehkäisemiseksi, esimerkiksi ”koska nälkäisenä töistä tultua ei

huvita lähteä lenkille, niin syön rahkan töissä välipalaksi lenkipäivinä.” Mielikuvaharjoittelulla voidaan tukea tavoitteen asettamista (28).

Toinen huomioitava taitokokonaisuus liittyy mielen prosessien tietoiseen havainnoimiseen ja hyväksymiseen (29,30). Tietoisien läsnäolon ja itsemyötätunnon harjoituksia yhdistettäessä noudatetaan edellä kuvattua omaehtoisuutta tukevaa, vahvuuslähtöistä toimintatapaa. Menetelmästä on alustavaa positiivista näyttöä painonhallintainterventioissa, joskin harvat tutkimukset ovat metodologisesti korkeatasoisia (31). Epäterveelliset elämäntavat ja niistä aiheutuvat sairaudet kasautuvat myös yhteen mielenterveysongelmien kanssa (32), ja ohjauksen tulisi huomioida tämä. Mindfulnessin hyödyistä ja annos-vastesuhteesta ahdistuneisuuden ja masennuksen lievittämisessä on näyttöä (29).

Jos interventio sisältää itsesäätelyvälineitä, mutta potilas ei niitä käytä, ovat tulokset huonompia (33). Elämäntapaohjauksessa kaikkien edellä kuvattujen taitojen käyttöä kannattaa tukea edes pienimuotoisesti – edellyttäen että motivaatiota on herätelty.

Tilaisuus: Miten ympäristö voi auttaa elämäntapamuutoksessa ja tottumusten automatisoinnissa?

Terveelliset elämäntavat ovat todennäköisempiä ympäristöissä, joissa tilaisuuksia on riittävästi tarjolla: liikuntapaikkoja ja -välineitä, edullisia ruokavaihtoja ja suojea sosiaalinen ympäristö. Voimallisin keino ihmisten käyttäytymisen säätelyyn on lainsäädäntö, mutta vapaissa yhteiskunnissa korostuvat yksilön valinnanvapaus, oma motivaatio ja toiminnan säätely.

Terveysthuollon ammattilaisella on rajallinen vaikutusvalta potilaiden elinympäristöön, mutta potilasta voi ohjata huomioimaan ja säätämään ympäristöään eri keinoin: välttämään houkuttavaa tarjoavia tilanteita, lisäämään muistutuksia, valikoimaan seuraa, pyytämään tukea ja niin edelleen. Nudge-lähestymistapa (34) eli hienovarainen ”tuuppaaminen” kohti toivottua käyttäytymistä on sovellettavissa myös yksilötasolle. Tällöin ihminen itse tai autettuna pohtii

omaa mikroympäristöään ja pyrkii järjestämään sen niin, että terveelliset valinnat helpottuvat.

Lisäksi yksilö voi automatisoida itselleen uusia tottumuksia tai katkaista vanhoja (KUVA). Ympäristön ärsykkeiden käynnistämät mekanismit voivat tarjota kestävämmän lähtökohdan pysyviksi tottumuksiksi, ”rutiineiksi” muodostuville muutoksille (5). Tottumusten luontiin perustuvan ohjauksen (habit-based advice) vaikuttavuudesta on näyttöä (2,35,36).

Tottumus syntyy toistamalla toimintaa (esimerkiksi aamukahvin juominen) samana pysyvässä kontekstissa. Konteksti voi tarkoittaa fyysistä tai sosiaalista ympäristöä (esimerkiksi kotona tai puolison kanssa), tilannetta (aamulla/aamiaisella) tai tekojen sarjaa (laitan veden, suodatinpussin ja kahvia keittimeen, otan jääkaapista kahvimaidon ja niin edelleen) tai kaikkien edellisten yhdistelmää. Toisto vahvistaa mentaalisen assosiaation syntymistä toiminnan ja kontekstin välille niin, että lopulta pelkkä konteksti voi riittää laukaisemaan toiminnan ilman tietoista aikomusta tai kognitiivista ponnistusta. Uuden toiminnan (otan jääkaapista omenan ja pilkon ja syön sen) liittäminen samana toistuvaan kontekstiin (kun otan jääkaapista kahvimaidon, otan samalla vihanneslokerosta omenan, ja pilkon ja syön sen, kun odotelen kahvin tippumista) helpottaa muutoksen automatisoitumista tottumuksiksi (35,37,38). Tottumusten luomisessa on hyvä muistaa, että tärkeämpää on automatisoida terveellisen käyttäytymisen aloittaminen (polkupyörän valitseminen työmatkalle auton sijaan) – ei välttämättä sen läpivientiä (itse työmatkapyöräily) (39). **TEKSTILAATIKOSSA** on esimerkki mini-interventiosta uuden tavan muodostamiseksi.

Vanhasta poisoppiminen on uuden tavan muodostumista vaikeampi tapa muutokseen ja edellyttää automaattisen toiminnan laukaisvien ärsykkeiden neutralisointia jollakin seuraavista: 1) olosuhteiden muutos, jossa tutut ärsykkeet poistuvat (esimerkiksi työpaikan vaihdos tai muutto), 2) ympäristön muokkaus (hedelmien pitäminen esillä kotona) ja 3) vaurautuminen ärsykkeisiin ja niiden tietoinen vastustaminen. Kolmas tapa on eniten käytetty mutta vaatii tietoista ponnistelua eikä yksinään useinkaan riitä (2).

TEKSTILAATIKKO. Mini-interventio uuden tavan muodostamiseksi.

Anna potilaan valita tottumuksensa itse. ”Jos haluaisit lisätä päivääsi yhden pienen terveyttä lisäävän tottumuksen, niin mikä se voisi olla?” Voit auttaa ehdottamalla vaihtoehtoja tai näyttämällä ajatusten herättämiseksi **INTERNETOHEISAINIESTON TAULUKON 2** esimerkkejä. Tavan pitäisi olla mahdollisimman tarkasti määritelty käyttäytyminen.

Valittavan tottumuksen on oltava uusi tapa (tai tapa, joka ei vielä rutiinimaisesti toistu), ei vanhasta tavasta luopuminen.

Auta pohtimaan tottumukselle aina samana toistuva konteksti (eli fyysinen tai sosiaalinen ympäristö, tilanne, tekojen sarja) ja toiminnan laukaiseva ärsyke. Kellonaikaa ei kannata suosittelä ärsykeeksi, mutta esimerkiksi sisäinen tunnetila tai ulkoinen tapahtuma voivat toimia laukaisimina.

Sovi harjoittelujaksosta, jonka ajaksi potilas haluaa sitoutua jatkamaan tapaa tiiviisti eli aina valitussa kontekstissa. Tutkimustiedon perusteella oppimiseen ja automatisoitumiseen kannattaa varata noin kymmenen viikon harjoittelujakso.

Muistuta, että repsahduksista huolimatta automatisoituminen palautuu nopeasti, kun potilas jatkaa toteutusta heti uudestaan.

Ohjaa potilas seuraamaan tottumuksen toteutumista harjoittelujakson ajan (esimerkiksi tukkimiehen päiväkirja joka iltana).

Ohjaa potilas pohtimaan, mitkä asiat tekevät onnistumisesta palkitsevaa (huomioita voi liittää omaseuran päiväkirjaan).

Sovi potilaan kanssa, että seuraavalla tapaamisella palataan asiaan.

Kysy tottumuksen muodostumisesta ja uuden tavan hyödyistä seuraavalla tapaamisella, anna positiivista palautetta ja ohjaa tilanteen mukaan uusien tottumusten valintaan.

Tottumuksen voimakkuus (habit strength) kasvaa keskimäärin kahteen kuukauteen saakka, mutta erilaisten tottumusten ja yksilöiden välillä on suurta vaihtelua (35). Toiminnan tai sen tulosten palkitsevuus vahvistaa tottumusten muodostumista (2).

Tietoisien ja automaattisen prosessin yhteensovittaminen ohjauksikäytännöksi

Mitä voimakkaampia ja automatisoituneempia tottumukset ovat, sitä vähäisempi on tavoitteiden rooli niiden ohjauksessa. Tottumusten luomiseen perustuvassa ohjauksessa tulee huomioida tietoinen motivaatio ja taidot sekä niihin liittyvä pystyvyyden kokemus. Koska harjoittelujakso vaatii motivaatiota, täytyy uuden tottumuksen olla itse valittu ja toteutettavissa ilman suurta ponnistelua. Omaan arkeen sopivan tavan ja ärsykkeen valitseminen vaatii tietoista pohdintaa ja ongelmanratkaisua. Onnistuminen yhden tottumuksen synnyttämisessä lisää pystyvyyden tunnetta, jolla taas on myönteinen vaikutus motivaatioon kokeilla muiden uusien tapojen luomista.

Miten edellä kuvattua voi soveltaa oman ammatillisen toiminnan muutoksessa, niin että ohjauksen antamisesta tulee tapa? Motivaation ja pystyvyyden kasvattamisessa lienevät paikallaan samat keinot kuin potilaan elämäntapamuutoksessa. Ei ole realistista odottaa, että motivoivasta haastattelusta kaikkine tekniikoi-

neen tulisi nopeasti rutiinia. Yksittäisiä keinoja kuten aktiivinen kuuntelu ja potilaan omien muutosajatusten herättely voi automatisoida omiksi rutiineikseen. **INTERNETOHEISAINESTON TAULUKOSTA 3** löytyy yksinkertainen ohje automatisointia varten.

Lopuksi

Käyttäytymistieteellistä tietoa kannattaa hyödyntää elämäntapainterventioissa, myös potilasohjauksessa. Muutokseen on tavanomaisesti pyritty tietoiisiin prosesseihin vaikuttamalla, mutta vaikutusten koko ja kesto osoittavat, että se ei yksin riitä. Ympäristö ärsyккеineen vaikuttaa voimakkaasti ihmisen toimintaan ja tottumuksiin. Siksi olisi hyödyllistä ymmärtää automaattisten tottumusten syntyprosessia ja hyödyntää sitä muutoksen tukemisessa, varsinkin kun näyttö vaikutusten kestosta on lupaavaa. Molempien lähestymistapojen yhdistäminen lienee tehokkainta. Terveelliset elämäntavat syntyvät monista pienistä teoista ja tottumuksista, samoin terveellisten elämäntapojen edistämisen kokonaisuudessa väestövaikutukset saadaan useista pienistä puroista. ■

PILVIKKI ABSETZ, PsT, dosentti, tutkimusjohtaja

Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

NELLI HANKONEN, VTT, dosentti, sosiaalipsykologian yliopistonlehtori, akatemiutkija

Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta

SIDONNAISUUDET

Piivikki Absetz: Asiantuntijapalkkio (Amgen, MSD, Pfizer), luentopalkkio (Amgen, GSK, Novartis, Orion, Pfizer, useita yliopistoja ja julkisia terveydenhuollon organisaatioita), omistaja (Collaborative Care Systems Finland)
Nelli Hankonen: Ei sidonnoisuuksia

SUMMARY

How to help patients adopt and maintain a healthy lifestyle? A review of behavioral evidence of determinants and means

A significant part of the population do not follow dietary and exercise recommendations. In Current Care Guidelines, lifestyle counseling is considered as part of good medical care. Lifestyle diseases are, however, not decreasing. Does counseling fail to reach its goal, or is it being provided at all? In the narrative review article based on systematic surveys, we approach the change in lifestyle through both conscious and automatic psychosocial processes. Research evidence indicates that a change in behavior can be supported through both processes. While intervention studies have been so far conducted mainly by influencing conscious processes, evidence of benefits of using automated processes is growing stronger. We present practical measures to support the desire for change and skills and establishments of habits. The same methods may in part be utilized to change professionals in their own behavior so that provision of quick and simple lifestyle counseling becomes a matter actualized in everyday life.

KIRJALLISUUTTA

1. Helldán A, Helakorpi S. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen raportti 6/2015.
2. Wood W, Neal DT. Healthy through habit: interventions for initiating & maintaining health behavior change. *Behav Sci Policy* 2016;2:71–83.
3. Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 2011; 127:2265–72.
4. Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, Sniehotta F. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev* 2016;10:277–96.
5. Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science* 2012;337: 1492–5.
6. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011;6:42.
7. Sheeran P, Harris PR, Epton T. Does heightening risk appraisals change people's intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. *Psychol Bull* 2014; 140:511–43.
8. Rutter RAC, Kessels LTE, Peters GJY, Kok G. Sixty years of fear appeal research: current state of the evidence. *Int J Psychol* 2014;49:63–70.
9. Gallagher KM, Updegraff JA. Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior: a meta-analytic review. *Ann Behav Med* 2012;43:101–16.
10. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Worth Publishers 1997.
11. Ashford S, Edmunds J, French DP. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol* 2010; 15:265–88.
12. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, ym. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343–50.
13. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55:68–78.
14. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, ym. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;9:78.
15. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing – helping people change. 3. painos. New York: Guilford Press 2012.
16. Dombrowski S, Campbell P, Cheyne H, ym. Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change: an overview of reviews. *Eur Health Psychol* 2016;18(Suppl):1908.
17. Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013 [julkaistu 13.9.2013]. www.kaypahoito.fi.
18. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 [julkaistu 19.1.2012]. www.kaypahoito.fi.
19. Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, ym. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;10:40.
20. Copeland L, McNamara R, Kelson M, Simpson S. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2015;98:401–11.
21. Absetz P. Liikkumattomasta liikkujaksi, mutta miten? *Liik Tiede* 2013;50:4–8.
22. Pollak K. Learning what is in the “secret sauce” of MI that is essential for teaching busy clinicians. *Patient Educ Couns* 2015;98:399–400.
23. Ng JYY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, ym. Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspect Psychol Sci* 2012;7:325–40.
24. Michie S, Abraham C, Whittington C, ym. Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychol* 2009;28:690–701.
25. Harkin B, Webb T, Chang B, ym. Does monitoring goal progress promote goal attainment? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychol Bull* 2016;142: 198–229.
26. Hagger MS, Luszczynska A, de Wit J, ym. Implementation intention and planning interventions in Health Psychology: recommendations from the Synergy Expert Group for research and practice. *Psychol Health* 2016;31:814–39.
27. Kwasnicka D, Presseau J, White M, Sniehotta FF. Does planning how to cope with anticipated barriers facilitate health-related behaviour change? A systematic review. *Health Psychol Rev* 2013;7:129–45.
28. Chan CKY, Cameron LD. Promoting physical activity with goal-oriented mental imagery: a randomized controlled trial. *J Behav Med* 2012;35:347–63.
29. Raevuori A. Mindfulnessin terveysvaikutukset – mitä lääkärin on hyvä tietää? *Duodecim* 2016;132:1890–7.
30. Forman EM, Butryn ML, Manasse SM, Bradley LE. Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future directions. *Curr Opin Psychol* 2015;2:87–90.
31. Olson KL, Emery CF. Mindfulness and weight loss: a systematic review. *Psychosom Med* 2015;77:59–67.
32. Hackett RA, Steptoe A. Psychosocial factors in diabetes and cardiovascular risk. *Curr Cardiol Rep* 2016;18.
33. Hankonen N, Sutton S, Prevost T, ym. Which behaviour change techniques are associated with changes in physical activity, diet and BMI in people with recently diagnosed diabetes? *Ann Behav Med* 2015;49:7–17.
34. Thaler R, Sunstein C. Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness. New York: Penguin Books 2009.
35. Lally P, Gardner B. Promoting habit formation. *Health Psychol Rev* 2013;7(Suppl 1): S137–58.
36. Beeken RJ, Leurent B, Vickerstaff V, ym. A brief intervention for weight control based on habit-formation theory delivered through primary care: results from a randomised controlled trial. *Int J Obes (Lond)* 2017;41:246–54.
37. Wood W, Neal DT. A new look at habits and the habit-goal interface. *Psychol Rev* 2007;114:843–63.
38. Wood W, Rünger D. Psychology of habit. *Annu Rev Psychol* 2016;67:289–314.
39. Gardner B, Phillips LA, Judah G. Habitual instigation and habitual execution: definition, measurement, and effects on behaviour frequency. *Br J Health Psychol* 2016;21:613–30.