

Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu — helpommin sanottu kuin tehty?

Vaikuttavan elintapaohjauksen kehittäminen on haaste sekä tieteelle että käytännön ohjaustyölle. Vaikka elintapaohjaukseen perustuvia interventiotutkimuksia on olemassa, niiden perusteella on vaikea tehdä yhteenvedoa siitä, miten myönteiset vaikutukset saatiin aikaiseksi. Tässä artikkelissa vaikuttavan elintapaohjauksen suunnittelua pohditaan sekä teoriaan että näyttöön perustuvan ohjauksen näkökulmasta. Lisäksi artikkelissa esitellään Michien ym. (2009) uusi lähestymistapa, jolla voidaan helpottaa vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelua: Ensimmäisessä askeleessa tunnistetaan käyttäytymisen osatekijät eli vaikuttamisen kohde. Toisessa askeleessa tunnistetaan tekniikoita, joilla käyttäytymiseen on mahdollista vaikuttaa. Kolmannessa eli viimeisessä vaiheessa pyritään tunnistamaan nimenomaan ne tekniikat, joilla voidaan vaikuttaa kohteena oleviin osatekijöihin. Erilaisten tekniikoiden listaaminen ja määrittely helpottaisi elintapaohjausinterventioiden vaikuttavuustulosten vertailua ja vaikuttavien tekniikoiden löytymistä.

SANNA M. SALMELA, TARJA KETTUNEN, MARITA POSKIPARTA

JOHDANTO

Elintapoihin liittyvät riskitekijät, kuten esimerkiksi ylipaino, metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes, ovat yleisiä ja yleistymässä suomalaisessa väestössä (Peltonen ym. 2006, Hu ym. 2008, Helakorpi ym. 2009). Tämän vuoksi käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden tarve on nykyisin suurempi kuin ehkä koskaan aiemmin. Elintapaohjaus on menetelmä, jota käytetään yleisesti käyttäytymisinterventiona tai sen osana niin tutkimuksissa kuin terveysammattilaisten käytännön työssä.

Elintapoihin liittyvien riskitekijöiden yleistymisen ohessa yhteiskunta on Koskinen-Ollonqvistin ym. (2005, 108) mukaan edennyt suuntaan, jossa vaikuttavuudesta on tullut keskeinen muutoksen arviointikriteeri. Muun muassa esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi todetaan, että terveydenhuollossa käytettävien menetelmien vaikuttavuudesta tulee olla näyttöä (STM 2008, 16). Terveyden edistämisen vaikuttavuutta voidaan mitata kahdella tasolla: terveyden edistämisen

välituloksina ja pitkän aikavälin muutoksina yksilön terveydessä ja hyvinvoinnissa (Kiiskinen ym. 2008, 21). Terveyden edistämisen välituloksia ovat muutokset sekä yksilön käyttäytymisen osatekijöissä (esim. motivaatiossa, asenteissa ja pysyvyyden tunteessa) että käyttäytymisessä ja biologisissa riskitekijöissä (esim. ravitsemustottumuksissa, tupakoinnissa, kolesteroliarvoissa ja painoindexissä). Pitkällä aikavälillä nämä vaikuttavat myönteisesti terveyteen ja hyvinvointiin (esim. koettuun terveyteen, elämänlaatuun, sairauksien ehkäisyyn ja elinvuosiin). (Sovelletusti Dombrowski ym. 2007, Lippke ja Ziegelmann 2008, Kiiskinen ym. 2008, 21). Tässä artikkelissa sekä välitulokset että pitkän aikavälin muutokset nähdään elintapaohjauksen toivottuina lopputuloksina ja niistä käytetään käsitettä vaikuttavuus. Artikkelissa käsitellään tehokkaiden elintapaohjaustekniikoiden löytämistä toivottujen lopputulosten saamiseksi. (vrt. Konu ym. 2009).

Elintapaohjausta käsitellään teoreettisessa artikkelissamme kahdesta näkökulmasta: teoriaan

perustuvan (*theory-based*) ja näyttöön perustuvan (*evidence-based*) elintapaohjausinterventio suunnittelemisen näkökulmasta. Kuten Green (2000) on todennut, terveyden edistäminen tarvitsee kehittyäkseen molempia näkökulmia: Hänen mukaansa näyttöön perustuva interventio yksistään ei riitä ohjaamaan käytäntöä, minkä vuoksi se tarvitsee rinnalleen teorian selittävää ja ennustavaa kykyä.

TEORIAAN PERUSTUVA ELINTAPOHJAUSINTERVENTIO

Käyttäytymisteorioita, kuten esimerkiksi terveysuskomusmallia, muutosvaihemallia, perustellun toiminnan teoriaa ja sosiaaliskognitiivista teoriaa, on kehitelty jo vuosikymmenien ajan (Glanz ym. 2002). Teorioiden yhtenä tarkoituksena on arvioida ja testata, mihin käyttäytymisen osatekijöihin interventio tulisi kohdistaa. *Käyttäytymisen osatekijöillä* eli determinanteilla tarkoitetaan tässä yhteydessä elintapoihin vaikuttavia tekijöitä. Osatekijät ovat Michien ym. (2008) mukaan usein psykologisia ja siten näkymättömiä tekijöitä (kuten esimerkiksi motivaatio, asenteet ja aikomukset), jotka vaikuttavat elintapamuutoksen toteuttamiseen ja ylläpitämiseen. Teorioiden avulla on kyetty tunnistamaan lukuisia käyttäytymisen osatekijöitä ja selvittämään myös sitä, kuinka voimakas niiden yhteys käyttäytymiseen on. Tästä huolimatta ihmisen elintavat ja niiden muutokset ovat säilyneet osittain mysteerinä.

Tätä mysteeriä voi selittää se, että Michien ym. (2008) mukaan pelkän elintapoihin vaikuttavien tekijöiden tunnistamisen pohjalta on mahdollista saada selville vain se, mihin pitäisi yrittää vaikuttaa (vaikuttamisen *kohde*). Kohteen tunnistamisen jälkeen tarvitaan tietoa siitä, miten eli millaisilla tekniikoilla kyseisiin osatekijöihin voidaan vaikuttaa. *Tekniikalla* tarkoitetaan konkreettista kuvausta siitä, miten interventio toteutetaan (Michie ym. 2008). Käytännössä elintapaohjauksen tekniikalla voidaan tarkoittaa esimerkiksi käyttäytymiseen liittyvän tavoitteen asettamista, palautteen antamista, muutokseen tarvittavien taitojen opettelua ja toiminnan kokeilemistä (Michie ja Abraham 2004). Jokainen elintapaohjausta toteuttava ammattilainen käyttää tekniikoita päivittäisessä työssään, joten mistään vähäpätöisestä asiasta terveydenhuollon arjessa ei ole kyse.

Voiko käyttäytymisteorioiden hyödyntäminen todella tehdä elintapaohjauksesta vaikuttavamman? Mahdollisesti voi, sillä teorioiden perusteel-

la räätälöityjen interventioiden on todettu olevan vaikuttavampia kuin teoriaan pohjautumattomien interventioiden (Noar ym. 2007). Noarin ym. (2007) tekemä meta-analyysi osoitti, että kirjalliset interventiot, joissa interventio räätälöitiin asenteiden, pystyvyyden tunteen, muutosvaiheen ja muutosprosessien mukaan, olivat vaikuttavampia kuin räätälöimättömät interventiot. Paremman vaikuttavuuden on arveltu johtuvan siitä, että teorialat osoittavat, mihin asioihin ja milloin on tärkeää puuttua (Lippke ja Ziegelmann 2008). Lisäksi teorialat näyttävät suuntaa intervention arvioinnille eli sille, missä mahdollisen muutoksen tulisi näkyä: käyttäytymisen osatekijöissä, käyttäytymisessä, biologisissa muuttujissa vai terveydessä ja hyvinvoinnissa (Dombrowski ym. 2007, Lippke ja Ziegelmann 2008).

Dombrowskin ym. (2007) mukaan yli 40 prosenttia käyttäytymisinterventio sisältäneistä tutkimuksista ei tuo esille tutkimuksensa teoreettista taustaa tai perustelua. Puutteita on esiintynyt myös internetistä löytyneiden terveysohjelmavestojen teoreettisissa taustoissa (Evers ym. 2003). Teorioiden käyttämiseen liittyy kaksi mielenkiintoista näkökulmaa: Onko interventio teoriaan *perustuvaa* vai teorian *inspiroimaa* (Michie ja Abraham 2004)? Interventio on teorian inspiroima silloin, kun teoriaa käytetään lähinnä sen houkuttelevuuden vuoksi: Kun jokin teoria on helposti ymmärrettävä ja tarjoaa selkeän selityksen käyttäytymisen muutokselle, se tuntuu houkuttelevalta ja käytännölliseltä (Michie ja Abraham 2004). Teoriaan perustuvan intervention suunnittelu edellyttää enemmän kuin pelkkää teoriasta innostumista. Interventiot suunniteltavan henkilön tulisi selvittää, täyttääkö teoria kaksi kriteeriä (Michie ja Abraham 2004). Ensinnäkin teorian tulee antaa selkeä arvio niistä usein näkymättömistä prosesseista, joiden seurauksena käyttäytymisen oletetaan muuttuvan. Tämän lisäksi empiiristen tutkimusten tulisi tukea näitä oletuksia niin, että käyttäytymismuutoksen voidaan todella osoittaa olleen seurausta prosesseista, joissa näkymätön on tehty näkyväksi. Myös se, kuinka voimakas tämä yhteys on, tulisi huomioida. Valitettavan monien teorioiden tai niiden osien kohdalla tämä empiirinen tuki on vielä puutteellista. (Michie ja Abraham 2004.) Tämä voi johtua itse teoriaan mutta myös tutkimusten toteuttamiseen ja raportointiin liittyvistä puutteista (esim. Salmela ym. 2009).

Millaisia ongelmia seuraa siitä, että elintapaohjausinterventio ei perustu teoriaan? Grimsha-

win ym. (2004) mukaan teoreettisten taustojen puutteiden tai puuttumisen vuoksi tutkijat eivät voi tehdä yhteenvetoa siitä, mitkä tapahtumat ja prosessit edelsivät varsinaista käyttäytymisen muutosta. Mahdolliset syy-seuraus-suhteet jäävät tällöin epäselviksi. Tutkijat voivat vain todeta, että jotakin ihmisten käyttäytymiseen vaikuttavaa tapahtui, mutta he eivät kykene luotettavasti määrittelemään sitä, mikä muutoksen sai aikaiseksi. Myöskään vertailu aikaisempiin interventioihin ja muihin menetelmiin ei ole tällöin luotettavaa. Toinen ongelma on se, että interventiot sisältävät usein mitä vaihtelevimpia tekniikoiden yhdistelmiä, jolloin yksittäisen tekniikan vaikuttavuudesta on mahdotonta tehdä päätelmiä (Michie ja Abraham 2004). Vaikuttaviksi tekniikkayhdistelmiksi todetuista prosesseista voidaan kuitenkin luoda hyviä elintapaohjauksen käytäntöjä.

NÄYTTÖÖN PERUSTUVA ELINTAPAHOJJAUS-INTERVENTIO

Yksiselitteistä vastausta siihen, miten elintapaohjausinterventio vaikuttavuusnäyttö määritellään, ei ole. Terveyden edistämiseen tähtäävien interventioiden vaikuttavuuden määrittely vaatii sekä monipuolisia tutkimusmenetelmiä että erilaisia muuttujia (mm. Raphael 2000, McQueen ja Anderson 2001, 74, Konu ym. 2009). Pelkkä terveydentilan tai käyttäytymisen muutoksen arviointi ei riitä, koska yhtä tärkeää on oppia ymmärtämään intervention prosesseja eli sitä, mikä vaikutukset on saanut aikaiseksi ja miten (Raphael 2000, Tang ym. 2003, Koskinen-Ollonqvist 2005, 108–109).

Ei ole myöskään yleisesti hyväksyttyä näkemystä siitä, miten vaikuttavuusnäyttö terveyden edistämisessä määritellään (McQueen ja Anderson 2001, 77). Tässä artikkelissa sovellamme Kiiskisen ym. (2008) luokitusta vaikuttavuusnäytön kolmesta tasosta. Seuraavaksi esitellään kyseiset tasot sekä niihin liittyvät ongelmat elintapaohjausinterventio suunnittelun suhteen:

- Heikoin taso: Elintapaohjauksen tekniikoiden valinta perustuu tällä tasolla *asiantuntijoiden yhteiseen näkemykseen* siitä, mitkä tekniikat tuottavat myönteisiä vaikutuksia. Ongelmana on kuitenkin se, että asiantuntijoiden näkemykset voivat vaihdella ja yhteiseen näkemykseen pääseminen voi olla vaikeaa.
- Toiseksi vahvin taso: Elintapaohjauksen tekniikoiden valinta perustuu tällä tasolla *teorioihin*,

jotka on laadittu epidemiologisen näytön tai esimerkiksi käyttäytymisen osatekijöihin liittyvän näytön pohjalta. Teorioiden soveltaminen elintapaohjausinterventio suunnittelussa onkin yleinen tapa. Tavan ongelmana on kuitenkin se, että käytettyjä tekniikoita ei raportoida ja/tai määritellä riittävän tarkasti, jolloin niiden hyödyntäminen konkreettisen elintapaohjauksen suunnittelussa on vaikeaa, jopa mahdotonta.

- Vahvin taso: Elintapaohjauksen tekniikoiden valinta perustuu tällä tasolla siihen, että *kyseiset tekniikat on todettu vaikuttaviksi koe-kontrollitutkimuksissa*. Tekniikoiden määrittelyssä ja raportoinnissa esiintyvät puutteet ovat yleisiä myös tällä tasolla, minkä seurauksena interventioiden vaikuttavuus vaihtelee suuresti. Lisäksi interventiot on usein toteutettu tutkimusolosuhteissa, jolloin niiden siirrettävyys käytännön olosuhteisiin on kyseenalaista (mm. Green 2006). Vaikuttamattomiksi todetut interventiot jäävät myös useammin julkaisematta kuin vaikuttavat interventiot.

Vahvimman tason vaikuttavuusnäytön selvittäminen on vaikea ja työläs prosessi. Eri teorioita testaavia interventiotutkimuksia on runsaasti, joten niihin perehtyminen vie aikaa ja energiaa. Samalla se vaatii vahvaa aihepiiriin ja tieteen käsitteiden tuntemusta, eikä se siltikään ole helppoa. Alussa lupaavalta tuntunut teoria voi osoittautua tarkemman perehtymisen myötä sekavaksi palapeliksi: joistakin palasista on tieteellistä näyttöä, toisista ei (esim. Salmela ym. 2009). Lisäksi on hyvä tiedostaa se, että teorioilla on taipumus kuulostaa vakuuttavammalta teorian kehittäjien kuin ulkopuolisten tutkijoiden arvioimana.

VAIKUTTAVIEN ELINTAPAHOJJAUSTEKNIIKOIDEN TUNNISTAMISEN KOLME ASKELTA

Tämän hetken keskeisinä haasteina elintapaohjausinterventio suunnittelussa ja elintapaohjauskoulutuksissa on se, että vaikuttavuusnäyttö käyttäytymisen osatekijöistä ja muutostekniikoista on sekavaa ja puutteellista. Tämän vuoksi Michie ym. (2008) ovat kehittäneet uuden lähestymistavan teoriaan perustuvan interventio suunnittelun apuvälineeksi. Lähestymistavan keskeisenä ideana on jo edellä esitelty näkemys siitä, että terveyteen ja käyttäytymiseen vaikuttaminen edellyttää käyttäytymisen osatekijöiden ja niihin vaikuttavien tekniikoiden tunnistamista ja yhdis-

tämistä. Seuraavissa kappaleissa käsitellään tarkemmin lähestymistapaan kuuluvat kolme askelta.

Askel 1: Käyttäytymisen osatekijöiden tunnistaminen

Käyttäytymisen osatekijöistä on olemassa runsaasti tietoa, ja samankaltaiset osatekijät toistuvat useissa teorioissa eri nimillä ja määritelmillä (esim. pystyvyyden tunne, uskomukset omista kyvyistä, itseluottamus). Sekavuuden ja päällekkäisyyksien vuoksi on herännyt yksinkertaistamisen tarve: Miten lukuisista teorioista voidaan löytää *keskeisimmät* käyttäytymismuutoksen osatekijät? Vasta kaksi aiheeseen liittyvää, konsensusnäkemys perustuvaa julkaisua on tähän mennessä tehty. Ensimmäinen julkaisu koskee HIV:tä ehkäisevää käyttäytymistä (Fishbein ym. 2001, Michien ym. 2005 mukaan) ja toinen näyttöön perustuvaa ammattilaisten toimintaa (Michie ym. 2005). Vaikka mielenkiinnon kohteena ollut käyttäytyminen ei ollutkaan sama, Michien ym. (2005) mukaan molemmissa julkaisuissa päädyttiin seitsemään samaan käyttäytymisen osatekijään. Nämä kahden tutkimusryhmän työn perusteella keskeisimmät osatekijät on esitetty taulukossa 1. Käytännössä näiden osatekijöiden tulisi toimia elintapaohjauksen kohteena eli tekijöinä, joihin ohjauksella pyritään vaikuttamaan.

Koska tieteellisiä julkaisuja keskeisimmistä käyttäytymismuutoksen osatekijöistä on toistaiseksi vähän ja nekin eri näkökulmasta tehtyjä, taulukon 1 osatekijöihin on syytä suhtautua varauksella. Koska tällainen avaintekijöiden tunnistustyö on vasta alussa, taulukossa esitetty määrittely perustuu vain kahteen konsensusnäkemykseen. Kaikkiin elintapoihin yleistettävissä olevia avaintekijöitä ei kenties edes ole olemassa: Esimerkiksi ravitsemukseen liittyvien elintapojen kannalta voivat olla tärkeitä aivan muut osatekijät kuin liikuntaan liittyvissä elintavoissa. Vastavasti sama voi päteä jopa ravitsemuksen alle kuuluvissa käyttäytymisissä (esim. kasvien käyttöön ja limsan juomiseen vaikuttaminen voi edellyttää eri osatekijöihin vaikuttamista).

Käytännön vinkkinä interventiota suunnitteleville henkilöille on se, että osatekijöiden tunnistaminen tulisi tehdä aina tapauskohtaisesti eli intervention kohderyhmän, kohteena olevan käyttäytymisen ja toteutusympäristön mukaisesti (Hardeman ym. 2005). Jos tarkoituksena on suunnitella esimerkiksi nuorten kasvien käyttöä

edistävää interventio, ensimmäisenä tulisi selvittää se, mitä tällä hetkellä jo tiedetään: Mitkä osatekijät ovat tutkimusten mukaan yhteydessä nuorten kasvien käyttöön? Mihin osatekijöihin vaikuttamalla on pystytty edistämään nuorten kasvien käyttöä? Vaikuttavatko samat osatekijät sekä koulussa että kotona tapahtuvaan kasvien käyttöön? Kun vähitellen saadaan aiempaa tarkempaa tietoa kasvien käytön osatekijöistä, sen osatekijöitä voidaan vertailla muihin käyttäytymisiin. Tämän seurauksena on mahdollista tunnistaa sekä yleisen käyttäytymismuutoksen keskeiset osatekijät että eri käyttäytymisten väliset erot osatekijöissä.

Askel 2: Käyttäytymistä muuttavien tekniikoiden tunnistaminen

Askeleessa 1 tunnistettiin niitä tekijöitä, joihin interventiolla pitäisi vaikuttaa. Michien ym. (2008) mukaan muutoksen tekniikat eli se, miten vaikuttaminen käytännössä tapahtuu, jää vielä epäselväksi. Vaikka interventioissa on vuosikymmenien aikana käytetty lukuisia tekniikoita, selkeää listaa olemassa olevista tekniikoista ja niiden määrittämisestä ei ole (Michie ym. 2008). Tällaisen listan kehittäminen olisi välttämätöntä, jotta elintapaohjausinterventioiden vertailu ja vaikuttavimman tekniikan löytäminen tulisi mahdolliseksi.

Neljä englantilaista käyttäytymismuutosinterventioiden suunnitteluun erikoistunutta psykologia (Michie ym. 2008) tiedostivat tekniikkalisten puutteen ja päättivät paneutua asiaan. He ovat käyneet läpi aiempaa tutkimuskirjallisuutta sekä alan oppikirjoja etsien siellä esiteltyjä tekniikoita. Lisäksi he laajensivat listaa lisäämällä siihen mieleen tulleita tekniikoita. Työn tuloksena syntyi 137 käytännönläheistä tekniikkaa (Michie ym. 2008). Lista sisältää jokaiselle tutkijalle ja elintapaohjaajalle tuttuja tekniikoita, kuten esimerkiksi tavoitteenasettelun, seurannan järjestämisen, palautteen ja vertailevan tiedon tarjoamisen sekä toimintasuunnitelman ja repsahduksen ehkäisy-suunnitelman tekemisen.

Kattavan tekniikkalistan kehittäminen on haasteellista, mutta perusteltua. Ideoiden ja konkreettisten vinkkien tarjoamisen lisäksi listaa voidaan hyödyntää sekä kansallisesti että kansainvälisesti, kun halutaan kertoa, millaisia tekniikoita missäkin interventiossa on käytetty. Tämä edellyttää Michien ym. (2008) mukaan vielä listan täydentämistä, päällekkäisyyksien poistamista ja jäljelle jäävien tekniikoiden tarkempaa määritte-

Taulukko 1.

Askel 1: Käyttätymismuutoksen keskeisimmät osatekijät vapaasti suomennettuna [mukailtu Fishbein ym. 2001 Michien ym. 2005 mukaan, Michie ym. 2004, Michie ym. 2008].

Taidot ^{1,2}	Taidot Pätevyys, kyvykkyys, taitojen arviointi Käytännön taitojen ja toimintatapojen kehittäminen Ihmissuhdetaidot Selviytymiskeinot
Itseä koskevat standardit ¹ Sosiaaliset roolit ja identiteetti ²	Identiteetti Rajat ja roolit Ryhmä- / sosiaalinen identiteetti Ryhmän normit, sosiaaliset normit Luovuttaminen / sitoutuminen
Pystyvyyden tunne ¹ Uskomukset omista kyvyistä ²	Pystyvyyden tunne Kontrolli (esim. käyttäytymisen ja sosiaalisen ympäristön kontrolli) Koettu pätevyys Itseluottamus Voimaantuminen Itsetunto Koettu käyttäytymisen hallinta Optimismi / pessimismi
Asenteet ja oletetut tulosodotukset ¹ Seurauksiin liittyvät uskomukset ²	Lopputulokseen liittyvä odotukset ja seuraukset Oletettu katumus (esim. repsahduksen jälkeen) Arviointi Seuraukset Asenteet Epävarmuus Vahvistukset / rangaistukset Kannusteet / palkinnot Uskomukset Epärealistinen optimismi Keskeiset / kriittiset / Muutokselle herkistävät tapahtumat Tulosodotukset: fyysiset, sosiaaliset vai tunteisiin liittyvät; palkkiot / rangaistukset, kaukainen / läheinen, arvostettu / ei-arvostettu, mahdollinen / mahdoton, huomattava / huomaamaton, koettu riski / uhka
Aikomus ¹ Motivaatio ja tavoitteet ²	Aikomus ja aikomuksen vakaus / varmuus Tavoitteet Tavoitteenasettelu Tavoitteiden priorisointi Sisäinen motivaatio Sitoutuminen Kaukaiset ja lähellä olevat tavoitteet Transteoreettinen malli ja muutosvaiheet
Ympäristön rajoitteet ¹ Ympäristö ja voimavarat ²	Voimavarat / materiaaliset voimavarat (saatavuus ja johtaminen) Ympäristön painostukset Yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus Tietoisuus muista velvollisuuksista ja tehtävistä
Normit ¹ Sosiaaliset vaikutteet ²	Sosiaalinen tuki Sosiaaliset normit / ryhmän normit Sosiaalinen paine Ohjaus Sosiaaliset vertailut Palaute Ristiriidat: kilpailevat vaatimukset, ristiriitaiset roolit Muutoksen hallinta Neuvottelu

¹ Fishbein ym. 2001

² Michie ym. 2004

lyä. Tavoitteena on, että listan kehittämisen jälkeen on helpompi jäljitellä menestyksekkäiksi todettuja interventioita, kun tiedetään, mitä tekniikoita niissä on käytetty. Listaus helpottaa siis

myös hyvien käytäntöjen kuvaamista. Lisäksi listaus mahdollistaa sen, että tekniikoiden keskinäisiä suhteita ja niihin sisältyviä prosesseja on mahdollista selvittää aiempaa paremmin.

Taulukko 2.

Askel 2: Tunnistetut käyttäytymismuutoksen tekniikat, niihin yhdistettävissä olevat teoriat ja tekniikoiden määritelmät vapaasti suomennettuna [Abraham ja Michie 2008].

Tekniikka (teoria)	Määritelmä eli toiminnan kuvaus
1. Käyttäytymisen ja terveyden väliseen yhteyteen liittyvän tiedon tarjoaminen (IMB)	Yleistä tietoa käyttäytymisen riskeistä liittyen esim. kuolleisuuteen tai sairastuvuuteen.
2. Seurauksiin liittyvän tiedon tarjoaminen (TRA, TPB, SCogT, IMB)	Tietoa toivotun tai ei-toivotun käyttäytymisen hyödyistä ja haitoista.
3. Toisten ihmisten hyväksyntään liittyvän tiedon tarjoaminen (TRA, TPB, IMB)	Tietoa siitä, mitä toiset ajattelevat henkilön käyttäytymisestä ja miten toiset suhtautuisivat käyttäytymismuutoksiin.
4. Aikomuksen muodostaminen (TRA, TPB, SCogT, IMB)	Kannusta henkilöä tekemään toimintapäätös tai asettamaan yleinen tavoite, esim. ”Minä liikun enemmän ensi viikolla”.
5. Esteiden tunnistaminen (SCogT)	Käyttäytymiseen liittyvien esteiden tunnistaminen ja suunnitelma siitä, miten ne ylitetään.
6. Yleisen kannustuksen tarjoaminen (SCogT)	Anna tunnustusta tai palkitse henkilöä yrittämisestä tai käyttäytymisen toteuttamisesta muilla terveystyökalujen alueilla.
7. Asteittaisesta etenemisestä sopiminen (SCogT)	Aloittaminen helpolla tehtävällä. Vaikeusasteen lisääminen, kunnes kohdekäyttäytyminen on saavutettu.
8. Ohjeiden tarjoaminen (SCogT)	Ohjeistusta siitä, miten toteuttaa käyttäytymistä.
9. Käyttäytymisen demonstrointi (SCogT)	Asiantuntija näyttää henkilölle, miten käyttäytymistä voi oikeaoppisesti toteuttaa.
10. Täsmällisen tavoitteen asettaminen (CT)	Yksityiskohtainen suunnitelma siitä, mitä henkilö tekee (käyttäytymisen taajuus, intensiteetti tai kesto) ja missä olosuhteissa: missä, milloin, miten tai kenen kanssa.
11. Tavoitteiden arviointi (CT)	Aikomusten ja asetettavien/aiemmin asetettujen tavoitteiden arviointi ja päivittäminen.
12. Käyttäytymisen omaseuranta (CT)	Henkilöä pyydetään pitämään kirjaa kohteena olevasta käyttäytymisestä.
13. Suorituspalautteen tarjoaminen (CT)	Tarjotaan tietoa kirjatusta käyttäytymisestä tai arvioidaan suoritusta suhteessa asetettuihin standardeihin tai muiden suorituksiin.
14. Kohdekäyttäytymisestä riippuvaisen kannustuksen tarjoaminen (OC)	Anna tunnustusta, kannusta tai palkitse henkilöä kohteena olevan käyttäytymisen saavutuksista (vrt. kohta 6).
15. Vihjeiden ja ylykkeiden hyödyntäminen (OC)	Ohjaa henkilöä tunnistamaan ympäristössä olevia vihjeitä, jotka muistuttavat toteuttamaan käyttäytymistä (esim. tietty ajankohta päivässä).
16. Käyttäytymissopimuksen tekeminen (OC)	Sekä ammattilaisen että asiakkaan hyväksymä ja allekirjoittama sopimus (esim. allekirjoitettu liikkumisresepti), jossa määritellään suoritettava käyttäytyminen.
17. Toimintaan kehottaminen (OC)	Kehota henkilöä harjoittelemaan ja toistamaan käyttäytymistä.
18. Sosiaalisen vertailun mahdollistaminen (SCogT)	Järjestä mahdollisuuksia toisten suoritusten vertailuun.
19. Sosiaalisen tuen tai sosiaalisen muutoksen suunnittelu (sosiaalisen tuen teoriat)	Kehota henkilöä pohtimaan, miten muut ihmiset voisivat muuttaa käyttäytymistään tarjotakseen henkilölle apua tai sosiaalista tukea.
20. Repsahdusten ehkäiseminen (repsahduksen ehkäisyterapia)	Kun muutos on aloitettu, auta tunnistamaan sellaisia tilanteita, jolloin henkilö voi repsahtaa. Auta myös suunnittelemaan keinoja välttää ja hallita näitä tilanteita.
21. Stressin hallinta (stressiteoriat)	Voi sisältää erilaisia tekniikoita, jotka eivät liity muutoksen kohteena olevaan käyttäytymiseen (esim. rentoutus). Tarkoituksena on vähentää muutoksesta aiheutuvaa stressiä ja ahdistusta.
22. Motivoiva haastattelu (MI)	Ohjaa henkilökohtaisen motivaation tutkiskeluun. Tarkoituksena on muutosvastarinnan minimointi.

IMB = Information-Motivation-Behavioral Skills Model, TRA = Perustellun toiminnan teoria, TPB = Suunnitellun toiminnan teoria, SCogT = Sosiaaliskognitiivinen teoria, CT = Kontrolliteoria, OC = Operant Conditioning, Repsahduksen ehkäisyterapia

Taulukossa 2 on Abrahamin ja Michien (2008) kuvaama esimerkki siitä, miten tekniikoiden kartoittamis- ja luokittelutyötä on käytännössä tehty. Tutkijat tunnistivat aikaisempiin tutkimuksiin perustuen 22 sellaista tekniikkaa (esim. täsmällisen tavoitteen asettaminen) tai ”tekniikkasarjaa” (esim. motivoiva haastattelu), jotka ovat yhdistettävissä käyttäytymisen teorioihin. Taulukon ensimmäinen sarake sisältää tekniikan nimen sekä viittauksen teoriaan, johon tekniikka perustuu. Toinen sarake sisältää kuvauksen siitä toiminnasta, mitä tekniikalla tarkoitetaan. Taulukko 2 toimii myös esimerkkinä siitä, että tekniikat menevät helposti ainakin osittain päällekkäin. Tämän vuoksi kehittämistyötä tek-

niikoiden tunnistamiseksi ja määrittelemiseksi tarvitaan vielä runsaasti. Jos sovellamme askeleessa 1 käyttämääme, nuorten kasvisten käyttöön liittyvää esimerkkiä, askeleessa 2 olisi tärkeää vastata seuraaviin kysymyksiin: Mitä tekniikoita aiemmissa nuorten kasvisten käyttöä edistävässä interventioissa on käytetty? Miten tekniikat on määritelty? Perustuvatko ne johonkin teoriaan?

Askel 3: Tekniikoiden ja osatekijöiden välisen yhteyden tunnistaminen

Osatekijöiden tunnistamisen ja tekniikoiden listaamisen jälkeen olisi selvitettävä tieteellinen näyttö siitä, että kyseiset tekniikat todella vaikut-

Taulukko 3.

Askel 3: Esimerkki tekniikoiden yhdistämisestä käyttäytymisen osatekijöihin. Neljältä asiantuntijalta kysyttiin henkilökohtaisesti, mitä tekniikoita he käyttäisivät mihinkin osatekijään vaikuttamiseksi. Asiantuntijoiden näkemysten yhteenveto on esitetty taulukossa koodien avulla. [Michie ym. 2008]. Esimerkkeinä toimivat osatekijät ovat sarakeissa (taidot, pystyvyys ja motivaatio: vrt. taulukko 1) ja tekniikat riveillä (esim. tavoitteenasettelu, omaseuranta: vrt. taulukko 2). Tekniikan perässä oleva numero tarkoittaa taulukossa 2 olevan tekniikan numeroa.

Tekniikka	Arvio siitä, kannattaako tekniikkaa käyttää tiettyyn osatekijään vaikuttamisessa		
	Taidot	Pystyvyys	Motivaatio
Tavoitteenasettelu (käyttäytymiseen tai lopputulokseen liittyvä) (10)			
Omaseuranta (12)			
Sopimus käyttäytymisestä (16)			
Asteittainen eteneminen muutoksessa (7)			
Stressin hallinta (21)			
Käyttäytymiseen tai lopputulokseen liittyvän tiedon tarjoaminen (1)			
Palautteen antaminen (13)			
Motivoiva haastattelu (22)			
Repsahdusten ehkäisy (20)			
Vaikeiden tilanteiden ja ongelmien tunnistaminen ja niihin valmistautuminen (5)			

Koodien selitykset:

	Käyttäisivät tekniikkaa
	Epävarmoja siitä, käyttäisivätkö tekniikkaa
	Erimielisiä siitä, käyttäisivätkö tekniikkaa
	Eivät käyttäisi tekniikkaa

tavat juuri kyseisiin osatekijöihin (Dombrowski ym. 2007, Michie ym. 2008). Jatkamme nyt nuorten kasvisten käyttöön liittyvää kuvitteellista esimerkkiä: Askeleessa 2 tehty kartoitus on osoittanut, että elintapaohjauksen tekniikkana on aiemmissa tutkimuksissa käytetty täsmällistä tavoitteenasettelua (taulukko 2, kohta 10), jolla on pyritty vaikuttamaan osatekijään ”motivaatio” (taulukko 1). Askeleessa 3 olisi tärkeää selvittää aiemman tutkimuskirjallisuuden tai kokemustiedon perusteella, onko tavoitteenasettelun todettu vaikuttavan motivaatioon. Tämän selvitystyön pohjalta on mahdollista valita vallitsevan tiedon perusteella vaikuttavimmat tekniikat.

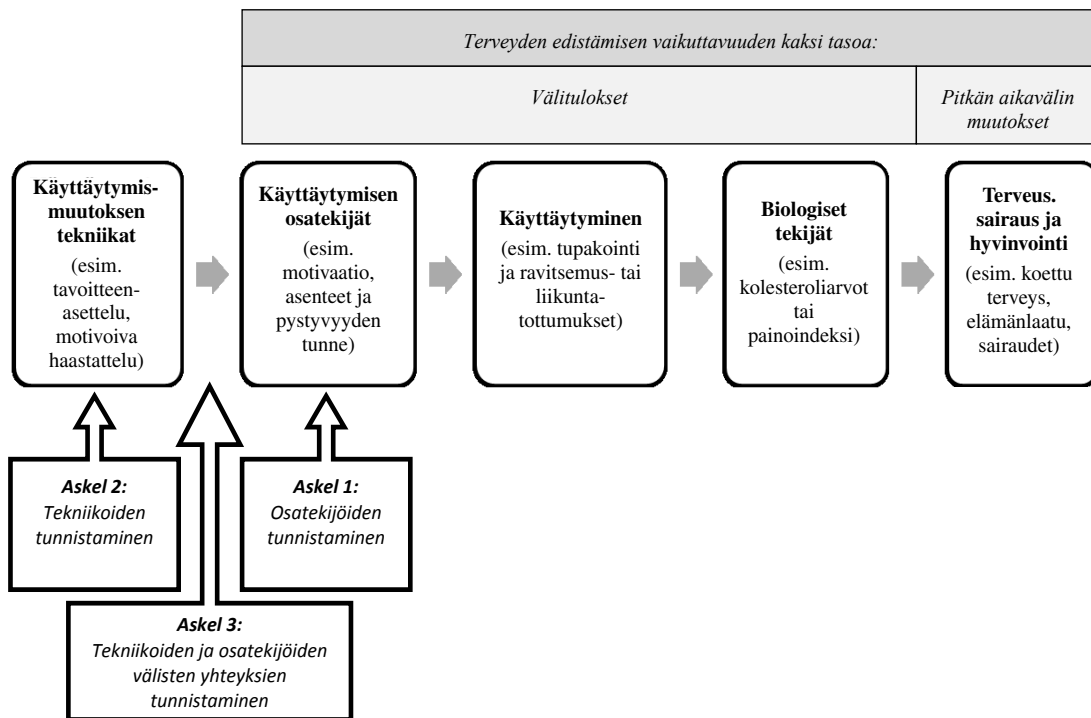
Tekniikoiden ja osatekijöiden linkitys on vielä lapsenkengissä, mutta Michien ym. (2008) tutkimusryhmä on aloittanut työn ensimmäisellä konsensusnäkemyksellä tekniikoiden ja osatekijöiden välisistä yhteyksistä. Osa näistä yhteyksistä on kuvattu esimerkinomaisesti taulukossa 3. Taulukko antaa vinkin siitä, miten linkittämistä voidaan käytännössä toteuttaa silloin, kun interventiota suunnitellaan: Tekniikoiden listauksen (askel 2) jälkeen tekniikoita tunteville ammattilaisille an-

netaan lomakkeet, joilla he esittävät oman näkemysensä kunkin tekniikan hyödyistä kunkin osatekijän suhteen (esim. mitä tekniikoita he käyttäisivät nuorten kasvisten käytön edistämiseksi). Tämän jälkeen näkemykset vedetään yhteen taulukon 3 esimerkin mukaisesti. On hyvä huomata, että taulukossa potentiaalisina pidetyt tekniikat perustuvat neljän käyttäytymismuutoksiin erikoistuneen psykologin näkemyksiin, eivät siis välttämättä tieteelliseen näyttöön niiden vaikuttavuudesta. Vaikuttavuusnäytön puuttuessa tai puutteellisuuden vuoksi jostakin on kuitenkin aloitettava.

Kuvio 1 kerää yhteen edellä kuvaillut kolme askelta. Kuvion tarkoituksena on osoittaa se, että käyttäytymisen muutokseen tähtäävän intervention suunnittelu edellyttää kaikkien askeleiden toteuttamista. Kun suunnittelutyö on tehty huolellisesti, käyttäytymismuutoksen todennäköisyys ja intervention vaikuttavuus kasvaa. Käyttäytymisen osatekijöissä ja käyttäytymisessä tapahtuneiden muutosten seurauksena voi tapahtua biologisia muutoksia, mikä taas voi johtaa terveyden ja hyvinvoinnin edistymiseen.

Kuvio 1.

Käyttäytymismuutoksen kausaalinen mallinnus: Miten käyttäytymismuutos saavutetaan? [Sovellettu Hardeman ym. 2005, Michie ym. 2008, Kiiskinen ym. 2008, 21.]



TULEVAISUUDEN NÄKYMIÄ

Tämän artikkelin yhtenä tarkoituksena on ollut tuoda esiin se, kuinka paljon kehittämistyötä teoriaan ja varsinkin tieteelliseen näyttöön perustuviin elintapaohjausinterventioiden suunnittelu edellyttää. Vaatimus teoriaan ja näyttöön perustuvista menetelmistä on helppo esittää, mutta elintapaohjauksen osalta vielä vaikea toteuttaa. Tekniikoiden alustavaa listaamista ja niiden linkittämistä käyttäytymisen osatekijöihin voidaan pitää yhtenä merkittävänä, joskin vasta alussa olevana edistysaskeleena. Tässä artikkelissa esitetty Michien ym. (2009) lähestymistapa voi helpottaa elintapaohjausintervention käytännön suunnittelua. On tietysti huomioitava, että niin tämä kuin monet muutkin lähestymistavat ovat kaavamaisia verrattuna siihen, miten monimutkaista käyttäytymisen muuttuminen todellisuudessa on. Michien ym. (2009) malli voi kuitenkin parhaimmillaan tehdä suunnittelusta loogisempaa ja järjestelmällisempää, minkä seurauksena tehdyt tekniikkavalinnat on helppo perustella.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007, 4) todetaan, että terveyden edistämisessä kehitettyjen uusien työkäytäntöjen ja menetelmien levittäminen sekä juurruttaminen palvelujärjestelmiin on turvattava, jotta panostukset eivät valuisi hukkaan. Elintapaohjaukseen liittyvien työkäytäntöjen ja menetelmien suunnittelua, arviointia, levittämistä ja juurruttamista helpottaisi merkittävästi, jos käytössämme olisi kattava lista käyttäytymisen osatekijöistä sekä niihin vaikuttavista tekniikoista määritelmiseen ja vaikuttavuustietoineen. Yhteisten määritelmien kautta päästäisiin arvioimaan yksittäisten tekniikoiden vaikutuksia osatekijöihin ja käyttäytymiseen. Tämän jälkeen olisi mahdollista vertailla eri tekniikoiden yhdistelmiä ja pyrkiä tunnistamaan kaikkein vaikuttavimmat tekniikkayhdistelmät. Parhaimmillaan esimerkiksi liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymiselle olisi oma listansa. Myös miehille ja naisille sekä eri ikäryhmille voitaisiin ajan myötä kehittää omat tekniikkalistansa. Tähän on kuitenkin vielä pitkä matka.

Tällä hetkellä tutkimuksissa, teorioissa ja ohjelmissa kuvataan varsin heikosti ja kirjavasti elintapaohjausintervention sisältämiä tekniikoita. Kouluttajina toimivilla tutkijoilla on usein käsissään paksu pino mielenkiintoisia tutkimusraportteja, mutta mielessä pyörii kiusallinen kysymys: Miten nämä vaikutukset on saatu aikaiseksi? Mitä *konkreettista* voin näiden tutkimusten perusteella kertoa koulutuksissa, jotta tutkimustie-

toa voitaisiin siirtää käytäntöön? Kuten Michie ym. (2008) ovat todenneet, ”käyttäytymismuutoksen kentälle tulevan uuden ammattihenkilön on äärimmäisen vaikeaa poimia kirjallisuudesta tekniikoita ja niitä koskevia yksityiskohtia, mikä kuitenkin olisi interventioiden suunnittelun kannalta välttämätöntä”. Kun interventioita tähän puutteelliseen tietoon nojaten valmistellaan, suunnittelusta tulee Michien ja Abrahamin (2004) mukaan ennemminkin taidetta kuin tiedettä: Suunnittelijat voivat esimerkiksi Noarin ym. (2007) mukaan hyödyntää vain yksittäisiä osa-alueita teorioista, jotka on alun perin tarkoitettu kokonaisuuksiksi (esim. muutosvaihemallista hyödynnetään vain muutosvaiheita, mutta ei sen toista ja kolmatta osa-aluetta eli muutosprosesseja ja muutostasoja). Lisäksi suunnittelijat käyttävät eri teorioita perustellakseen samaa tekniikkaa ja kehittävät erilaisia tekniikoita toteuttaakseen samaa teoriaa (Michie ja Abraham 2004). Tämän artikkelin lähteisiin nojaten näyttää siltä, että koulu- tuksissa esille tuodut ”käytännön ohjauksen työkalut” perustuvat usein enemmän tutkijoiden mielikuvitukseen kuin tieteelliseen näyttöön (kts. Michie ym. 2008, 663). Toistaiseksi kyseessä on siis enemmän teorian inspiroima kuin teoriaan perustuva koulutus, mikä on toisaalta tieteellisen näytön puutteellisuuden vuoksi luonnollista.

Vaikka käyttäytymisteoriat osatekijöineen voivat elintapaohjauksen parissa työskentelevistä käytännön työntekijöistä tuntua kaukaisilta, he pyörivät samojen peruskysymysten parissa kuin alan tutkijatkin: Miksi yksilö ei liiku puolta tuntia päivässä? Miksi hän arvostaa terveyttä ja aikoo muuttaa käyttäytymistään, mutta ei pysty toteuttamaan aikomuksiaan? Miten häntä voitaisiin tukea muutoksen toteuttamisessa? Myös monet näistä pohdiskelujemme kohteena olevista ihmisistä miettivät omakohtaisesti samoja asioita. Vastausten löytämiseksi tarvitaan saumatonta, ennakkoluulotonta ja avointa yhteistyötä kaikkien tahojen välillä. Tässä on tutkijoiden ja käytännön työntekijöiden tasavertaisen yhteistyön mahdollisuus: Tiede tarvitsee innovatiivisia, usein käytännön työelämässä syntyneitä ideoita käyttäytymismuutoksen tekniikoista voidakseen tutkia ja arvioida niiden vaikuttavuutta ja yhteyttä teorioihin. Samaan aikaan käytännön työntekijät käyttävät mitä monipuolisimpia tekniikoita jokapäiväisessä työssään tietämättä useinkaan sitä, perustuvatko ne teoriaan tai millainen vaikutus niillä oikeastaan on. Molemmat tahot siis tarvitsevat toisiaan.

Yhteistyön kautta elintapaohjauksen vaikutavuusnäytön arviointiin saataisiin tarkan mittauksen sijasta myös laajempi työn kehittämisen

kulttuuri (kts. Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 108).

Salmela SM, Kettunen T, Poskiparta M. Planning of effective lifestyle guidance intervention – easier said than done? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2010;47:201–218

Both scientist and clinical practitioners are interested in finding effective lifestyle guidance methods. There are several intervention studies based on lifestyle guidance, but it is still difficult to draw conclusions of how the positive effects were reached. The aim of this paper was to discuss effective lifestyle guidance from the viewpoint of theory- and evidence-based guidance. Also Michie et al.'s (2009) new approach, which may help plan effective lifestyle guidance, is presented. The approach consists of three stages: First, behavioral determinants are identified from theory to establish the intervention targets (e.g. self-efficacy, intention to change). After this, techniques to

change these determinants are identified. The techniques are concrete descriptions of how the intervention is put into practice (e.g. goal setting, feedback). In the third and the last stage, the techniques are mapped onto behavioral determinants. This is relevant because one technique may not affect all the determinants. Both scientist and clinical practitioners would benefit if there was a comprehensive list of techniques and their definitions. Based on this list, comparing the results of lifestyle guidance interventions would become easier and effective lifestyle guidance techniques could be found.

KIRJALLISUUS

- Abraham C, Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychol* 2008;27:379–87.
- Dombrowski S, Sniehotta F, Avenell A, Coyne J. Current issues and future directions in Psychology and Health: Towards a cumulative science of behaviour change: Do current conduct and reporting of behavioural interventions fall short of best practice? *Psychology and Health* 2007;22:869–74.
- Evers K, Prochaska J, Prochaska J, Driskell M-M, Cummins C, Velicer W. Strengths and weaknesses of health behavior change programs on the internet. *J Health Psychol* 2003;8:63–70.
- Fishbein M, Triandis H, Kanfer F, Becker M, Middlestadt S, Eichler A. Factors influencing behaviour and behaviour change. Teoksessa Baum A, Revenson T, Singer J. (toim.) *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Assoc Inc, New Jersey 2001, 3–17.
- Glanz K, Lewis F, Rimer B. Health behavior and health education. Theory, research and practice. 3. painos. Jossey-Bass, San Francisco 2002.
- Green J. The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health Educ Res* 2000;15:125–9.
- Green L. Public health asks of systems science: To advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *Am J Public Health* 2006;96:406–9.
- Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, Fraser C, Ramsay C, Vale L, Whitty P, Eccles M, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6).
- Hardeman W, Sutton S, Griffin S, Johnston M, White A, Wareham N, Kinmonth A L. A causal modeling approach to the development of theory-based behaviour change programs for trial evaluation. *Health Educ Res* 2005;20:676–87.
- Helakorpi S, Paavola M, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 2/2009.
- Hu G, Lindström J, Jousilahti P, Peltonen M, Sjoberg L, Kaaja R, Sundvall J, Tuomilehto J. The increasing prevalence of metabolic syndrome among Finnish men and women over a decade. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:832–6.
- Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveiden edistämisen mahdollisuudet – Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1, Helsinki 2008.
- Konu A, Rissanen P, Ihantola M, Sund R. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2009;46:285–97.
- Koskinen-Ollonqvist P, Pelto-Huikko A, Rouvinen-Wilenius P. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämisessä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 4/2005.

- Lippke S, Ziegelmann J. 2008. Theory-based health behavior change: Developing, testing, and applying theories for evidence-based interventions. *Appl Psychol: Int Rev* 57(4):698–716.
- McQueen D, Anderson L. What counts as evidence: issues and debates. Teoksessa Rootman I, Goodstadt M, Hybdman B, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio E. (toim.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives.* WHO Regional Publications, European Series, No 92. WHO, Denmark 2001.
- Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviors: Evidence-based or evidence-inspired? *Psychology and Health* 2004;19:29–49.
- Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. on behalf of the “Psychological Theory” Group. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care* 2005;14:26–33.
- Michie S, Johnston M, Francis J, Hardeman W, Eccles M. From theory to intervention: Mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Appl Psychol: Int Rev* 2008;57:660–80.
- Noar S, Benac C, Harris M. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol Bull* 2007;133:673–93.
- Peltonen M, Korpi-Hyövälti L, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T, Saarikoski L, Sundvall J, Tuomilehto J. Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiainevaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä. Dehkon 2D-hanke (D2D). *Suom Lääkärilehti* 2006;61:163–170.
- Raphael D. The question of evidence in health promotion. *Health Promot Int* 2000;15:355–67.
- Salmela S, Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Vanhala M. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Educ Res* 2009;24:237–252.
- STM 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2008:28.
- Tang K, Ehsani J, McQueen D. Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:841–3.
- Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Hallituksen politiikkaohjelma. 5.12.2007.

SANNA M. SALMELA

TtM

Jyväskylän yliopisto

*Terveyden edistämisen tutkimuskeskus,
terveystieteiden laitos*

TARJA KETTUNEN

Professori

Jyväskylän yliopisto

*Terveyden edistämisen tutkimuskeskus,
terveystieteiden laitos*

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

MARITA POSKIPARTA

Professori

Jyväskylän yliopisto

*Terveyden edistämisen tutkimuskeskus,
terveystieteiden laitos*