

## Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen?

Diabetes on lisääntymässä kaikkialla maailmassa kovaa vauhtia, kuten myös sen aiheuttamat kustannukset. Vuonna 2007 lähes 300 000 suomalaisella oli diagnosoitu diabetes ja lähes saman määrän arvioidaan olevan tietämätön sairaudesta (Sund ja Koski 2009). Diabeteksen ja sen komplikaatioiden hoito maksaa 1350 000 000 euroa vuodessa, joka käsittää 10 prosenttia kaikista terveydenhuoltokuluista Suomessa. Diabeteksen komplikaatioihin lukeutuu useita vakavia tautteja kuten sydäntauti, aivohalvaus, amputaation vaativat kuoliot, seksuaalihäiriöt sekä dementia. Suomen Diabetesliitto on arvioinut, että vuonna 2030 maassamme on kaksi miljoonaa diabeetikkoa – “jos mitään ei tehdä”.

Mitä siis pitäisi tehdä – miten ehkäistä tämä kehitys? Kymmenen vuotta sitten julkaistiin kaksi merkittävää tutkimusta (Knowler ym. 2002, Tuomilehto ym. 2001), jotka osoittivat ensimmäistä kertaa, että elämäntapoja muuttamalla diabetesta voidaan ehkäistä tai sen puhkeamista myöhentää. Verrattuna lääkehoitoon elämäntapamuutosten – eli muutosten aikaansaamisen terveystyökaluissa – on laskettu olevan vähintään yhtä tehokkaita (Gillies ym. 2007).

Millaisia elämäntapamuutoksia sitten vaaditaan? Suomalaisessa diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa käytettiin viittä yksinkertaista elämäntapamuutostavoitetta. Ensinnäkin, kolme muutosta ruokavaliossa:

kuitujen riittävä saanti (kuituja saa esimerkiksi kasviksista ja täysjyvätuotteista); rasvan osuuden rajoitus 30 prosenttiin kaikista kaloreista ja tyydyttyneen rasvan osuus pienemmäksi kuin tyydyttymättömän, (jota saa esimerkiksi kalaöljyistä). Neljäntenä tavoitteena oli liikunnan harjoittaminen puoli tuntia päivittäin, ja viidentenä vähintään 5 prosentin painon pudotus (Tuomilehto ym. 2001).

Näiden elämäntapavoitteiden tehokkuuden osoittaa seuraava löydös: mitä useampia tavoitteita tutkimushenkilö saavutti, sitä pienempi oli diabeteksen saamisen todennäköisyys. Dramaattisinta on se, että niistä, jotka saavuttivat kaikki viisi elämäntapavoitetta, kukaan ei saanut diabetesta edes seitsenvuotisen seurannan aikana (Lindström ym. 2006). Huomionarvoista on, että tutkimushenkilöillä oli alussa kohonnut riski sairastua diabetekseen.

Tällaiset elämäntapamuutokset eivät vaikuta pelkästään tyyppin 2 diabetekseen vaan auttavat monien muiden tautien välttämiseksi, esimerkiksi monien syöpätyyppien, ja ne myös edistävät terveyttä ja hyvinvointia – jopa parempaa mielialaa. Yli kolmannes keski-ikäisistä suomalaisista raportoi (Helakorpi ym. 2010) yrittäneensä vakavasti laihduttaa edellisen vuoden aikana. Tässä vaiheessa on korostettava, etten hyväksy ylipainoon liittyvää stigmatisointia ja ennakkoluuloja, jotka myös ovat lisääntyneet (Andreyeva ym. 2008). Stigmatisointi on itse asiassa haitallista myös terveyden edistämisen näkökulmasta eikä mitenkään edesauta laihdutusyrityksiä (Puhl ja Heuer 2010).

Joka tapauksessa: ehkäistäksemme ikävien elämäntapasairauksien aiheuttamaa inhimillistä kärsi-

mystä, välttääksemme lisääntyneitä terveysongelmista julkiselle taloudelle koituvia valtavia kustannuksia, ja ehkäistäksemme ennen aikaisia kuolemia, väitän, että meidän tulee löytää vaikuttavia tapoja auttaa ihmisiä muuttamaan syömis- ja liikuntatottumuksiaan edes hieman terveellisemmiksi.

Terveystyökaluissa muutos normaalissa elinympäristössämme on kuitenkin äärimmäisen vaikeaa, ja juuri siitä syystä käyttäytymistieteellisestä näytöstä on hyötyä interventioissa.

Käyttäytymistieteissä ollaan kiinnostuneita seuraavanlaisista kysymyksistä: Miksi käyttäydymme niin kuin käyttäydymme? Mikä motivoi meitä muuttamaan käyttäytymistä ja ylläpitämään ko. muutoksen pitkällä tähtäimellä? On selvää, että ympäristötekijöillä on suuri merkitys: esimerkiksi, onko kaupunki rakennettu vain autoilua varten, kuinka helppoa on pyörällä töihin pyöriteitä pitkin, millaisia ruokia ja millaisilla annoskoolla tarjoillaan ravintoloissa, miten erilaisia ruoka-aineita verotetaan ja miten lait säätelevät elintarviketeollisuutta. Nämä ovat tärkeitä vaikutteita ja voivat myös olla interventiokohteina, mutta tässä en käsittele näitä. Pikemminkin käsitelen nyt mikrotasoa, ihmisten psykologiaa – ihmisethän ovat lopulta vapaita tekemään yksilöllisiä valintoja näissä ympäristöissä. Koskaan aikaisemmin historiassa ihmiset eivät ole eläneet yhtä yltäkylläisessä ympäristössä, jossa on niin paljon energiatihedä ja samaan aikaan ravitsemuksellisesti köyhiä herkkuja saatavilla kellon ympäri. Ihmiset voivat vapaasti valita, kuluttavatko näitä vai eivät, ja valita kävelyn sijaan autoilun eri paikkoihin, tai hissien käytön portaiden sijaan.

Joten mitkä ovat valintojen ja käyttäytymisen ennustetekijät yksilötasolla? Terveysammattilaiset haluaisivat muuttaa potilaansa tai asiakkaansa terveydelle vahingollisia elämäntapoja. Heistä monia näyttää houkuttelevan interventiosuunnittelu järkeilemällä, mikä heidät *itsensä* saisi lopettamaan tupakoinnin tai vähentämään rasvaisten ruokien syömistä. Arkijärkeen perustuen ”Tieto!” on usein vastaus. Tästä seuraa, että potilas hukutetaan informaatioon siitä, mitä tupakointi saattaa aiheuttaa tai hyvin yksityiskohtaisiin kuvauksiin, minä tyyppistä ruokaa tai liikuntaa hän tarvitsee. Kuitenkin tutkimusnäyttö osoittaa, että tieto vaikuttaa vain vähän käyttäytymisen muutoksen aikaansaamiseksi.

Sen sijaan useiden psykologisten tekijöiden on osoitettu olevan yhteydessä terveystyöskäytymiseen ja sen muutokseen. Näitä tekijöitä kuvaavat käsitteet ovat kotoisin ihmisen toimintaa mallintavista psykologisista teorioista, jotka spesioivat mitä tekijöitä on käyttäytymisen muutoksen taustalla ja miksi. On osoitettu, että systemaattisia teoreettisia malleja sovellettavat interventio-ohjelmat onnistuvat paremmin kuin ei-teoriapohjaiset interventiot (Peters ym. 2009, Webb ym. 2010). Tämä johtuu siitä, että teorit huomioivat myös lukuisia välittäviä mekanismeja intervention ja käyttäytymisen välillä. Ne selittävät, miksi käyttäytymisen muutos tapahtuu, ja siten osoittavat tarkkoja ja muutoskohteita interventiosuunnittelijalle. Näin ei jouduta arvailemaan, mitä ”mustan laatikon” sisällä tapahtuu: Muutosprosessin teoreettisen ymmärryksen ansiosta interventio voidaan toistaa säilyttämällä sen vaikuttavat ainesosat, ja se voidaan muokata toteutettavaksi hieman eri olosuhteissa.

Seuraavassa esittelen yhden teoreettisen mallin, joka on osoitautunut hyödylliseksi Ikihyvä Elä-

mäntäpäänterventiossa (Uutela ym. 2004): The Health Action Process Approach; HAPA (Schwarzer 2008, Schwarzer ja Fuchs 1996). HAPA määrittää toiminnan determinantteja, esimerkiksi syitä, miksi vaikkapa Hanna motivoituisi liikkumaan tai ei motivoituisi. Ensinnäkin, hänen pitäisi uskoa, että käyttäytymisestä *seuraa enemmän hyötyjä kuin haittoja*. Toiseksi hänen pitää uskoa olevansa alttiina vakavalle *terveysriskille*. Usein terveystyöskäytymisen virheellisesti olettavat tämän pelon olevan ainoa riittävä motivaation determinantti. Mutta ihmisten pelottelemisen ilman muihin tärkeisiin tekijöihin vaikuttamista on hyvin tehottomaa terveydenedistämässä.

Näiden tekijöiden lisäksi, Hanna todennäköisesti ei muodosta liikunta-aikomusta, ellei hän usko pystyvänsä siihen. Tällaisen *pystyvyyden tunteen* lisääminen on tärkeää useilla toiminnan alueilla. Myös kuluttajan tai äänestäjän täytyy olla vakuuttunut siitä, että tietty tehtävä on saavutettavissa tai helppo tehdä. Muuten he eivät edes yritä.

HAPA-malli siis olettaa näiden tekijöiden vaikuttavan yksilön *aikomukseen* toteuttaa tietty terveystyöskäyttyminen: jos uskot pystyväsi, jos arvioit sillä olevan arvokkaita ja haluttavia lopputuloksia, ja jos uskot voivasi estää vakavan terveysriskin terveystyöskäyttymisellä, todennäköisemmin muodostat aikomuksen käyttäytyä kyseisellä tavalla. Näiden aikomusten tai tavoitteiden pitäisi ihanteellisesti olla realistisia – ei ole hyvä tavoite yrittää laihtuttaa 10 kiloa viikossa tai päättää että ei koskaan enää syö jäätelöä.

Mutta jo vuosikymmeniä sosiaalipsykologit ovat tienneet, etteivät asenteet – sen koommin kuin aikomuksetkaan – käänny helposti todelliseksi käyttäytymiseksi. HAPA-malli on lisännyt aikomuskäsitteen

ja käyttäytymisen väliin joitakin tekijöitä, jotka parantavat käyttäytymisen tai sen muutoksen ennustamista, nimittäin ylläpitopystyvyyden, toimintasuunnittelun ja varmistussuunnittelun. Eräässä tutkimuksessa (Gollwitzer ja Brandstatter 1997) opiskelijat, joita oli pyydetty muodostamaan tarkka *toimeenpanoaikomus*, milloin, missä ja miten he joululoman aikana kirjoittaisivat esseiden kotitehtävänä, todennäköisemmin myös kirjoittivat esseiden, verrattuna opiskelijoihin, joilla oli vain yleinen tavoiteaikomus esseiden kirjoittamisesta. Tällainen tarkka toiminnan suunnittelu on tärkeää myös terveystyöskäyttyymisen muuttamisyhteyksissä. Mutta ainahan kohtaamme esteitä, vastoinkäymiä, jotka uhkaavat hyviä aikomuksia ja mahtavia toiminnan suunnitelmiamme. Esimerkiksi jos olet suunnitellut meneväsi hölkkäämään, alkaakin sataa. Tai pomosi määrää sinut ylitöihin. Tutkimus on osoittanut, että vahvat myönteiset odotukset siitä, että pystyy voittamaan nämä huolet ja toimimaan suunnitelmien mukaan ovat tärkeitä onnistumisen kannalta (*ylläpito-vaiheen pystyvyyden tunne*). Myös *varmistussuunnitelmien* teko on tärkeää: ”Mitä teen sitten, jos sataa enkä pääsekään lenkille? No, menen kuntosalille – tai zumbaan kotona dvd:n avulla.” Lopuksi HAPA-mallin mukaan olisi hyvä, jos Hannalla olisi myös perheen ja ystävien sosiaalista tukea.

HAPA on vain yksi monista teoreettisista malleista terveystyöskäyttyymisessä – ja ei varmastikaan kaikkein suosituin, ja sitä on myös kritisoitu. Tällä hetkellä tutkitaan myös esimerkiksi sellaisia teoreettisia malleja, joissa emotionaaliset ja irrationaaliset prosessit ovat keskeisemmällä sijalla kuin HAPA-mallissa.

Käyttäytymiseen vaikuttavissa interventioissa näihin teorian määrittämiin determinanteihin pitäisi

kohdentaa toimenpiteitä, käyttäen erilaisia käytännön strategioita. Viime aikoina tutkimusnäyttöä on alkanut kertyä siitä, mitkä strategiat ovat vaikuttavampia kuin toiset. Eräs tuore katsaus (Ashford ym. 2010) kokosi useita liikunnan lisäämiseen pyrkineitä interventiotutkimuksia ja osoitti, että liikuntapystyvyyden kohottamiseksi yksi tehokkaimmista käyttäytymismuutostekniikoista on sijaiskokemus (esimerkiksi se, että näkee muiden samankaltaisten ihmisten suoriutuvan kohdekäyttäytymisestä onnistuneesti). Tämä käytännön strategia toteutettiin Ikihyvä Elämäntapainventiossa esimerkiksi siten, että osallistujat lukivat roolimallitariinoita samanlaisista keski-ikäisistä, ylipainoisista aikuisista kamppailemassa haasteellisissa tilanteissa oman elämäntapamuutosprosessinsa aikana. Mainitsemani katsaus myös osoitti, että – odotusten vastaisesti – tehottomia tekniikoita olivat sanallinen suostuttelu ja asenteellinen hallinta (vähittäinen kohdekäyttäytymisen vaikeusasteen lisääminen). Nämä nimittäin jopa vähensivät liikuntaan liittyvää pystyvyyden tunnetta, ja siksi näitä tekniikoita ei voi varauksetta suosittelulla liikuntainterventioissa.

Edellä mainittu katsaus on hyvä esimerkki siitä, kuinka empiirinen tutkimus jatkuvasti lisää ymmärrystämme käyttäytymisen muutoksesta. Monet ensisilmäyksellä itsestään selvinä pidetyt oletukset joutuvat tyrmäyksi empiirisen tarkastelun perusteella. Kuka olisi etukäteen uskonut, että sanallinen suostuttelu suorastaan vähentäisi liikuntapystyvyyttä? Kasvava empiirinen näyttöpohja puolestaan auttaa meitä suunnittelemaan parempia interventio-ohjelmia. Valitettavasti terveyspsykologista ja käyttäytymislääketieteellistä tutkimusnäyttöä ei useinkaan käännetä tavalliseen terveydenhoidon käytäntöön. Vaikka HAPA-mallin komponentit saatta-

vat vaikuttaa aika itsestään selviltä, käytännössä monet sairaanhoitajat ja lääkärit tai terveystkampanjat tuntuvat vaikutusyrityksissään huomioivan vain riskin ja pelon, tai tiedon. Sosiaalipsykologista tutkimusnäyttöä siitä, kuinka vaikuttaa ihmisiin ja helpottaa käyttäytymisen muutosta ei tällä hetkellä käytetä niin paljon kuin olisi mahdollista. Onneksi kuitenkin viime aikoina on ryhdytty yhä enemmän tunnustamaan näyttöön perustuvien käytäntöjen arvo myös käyttäytymisen muutosinterventioissa.

Tehdäkseni oman pienen kontribuutioni ja hienosäätääkseni ymmärrystämme terveyskäyttäytymisen muutoksesta, pyrin väitöstutkimuksessani löytämään vastauksia kolmeen pääteemaan. Fokusoin erityisesti HAPA-mallin pystyvyyden tunteeseen, suunnitteluun ja sosiaaliseen tukeen.

Ensinnäkin psykologisessa tutkimuksessa testataan usein teorioita poikkileikkausasetelmissä, ja tarkastellaan kahden tai useamman käsitteen yhteyksiä samaan aikaan mitattuna – tai pitkittäisasetelmissä analysoiden staattisia tasoja. Kuitenkin useimmat teoriat olettavat dynaamiset suhteet muuttujien välillä, tarkoittaen että muutos psykologisessa tekijässä stimuloi muutoksen lopputuloksessa. Näin ollen on tärkeää testata empiirisesti, vaikuttavatko muutokset näissä kognitioissa todella käyttäytymisen muutokseen ja missä määrin näin tapahtuu. Pelkkiin poikkileikkaustutkimuksiin tai vain tasoja tarkasteleviin pitkittäistutkimuksiin nojaaminen saattaa johtaa efekti kokojen yliarvioimiseen: kuinka paljon kognitiivista muutosta tarvitaan käyttäytymisen muuttamiseksi.

Toinen ongelma psykologisessa tutkimuksessa on ollut universaalisuusoletus: psykologisten determinanttien on oletettu ennustavan käyttäytymistä samalla tavalla eri ihmisryhmissä. Harvoissa tutki-

muksissa on tätä kuitenkin testattu. Viimeaikainen tutkimus raportoi, että esimerkiksi iällä on väliä: sydän- ja verisuonitautin havaittu riski ei lisännyt todennäköisyyttä liikuntaan nuorilla ihmisillä, mutta vanhemmilla aikuisilla terveystriski oli vaikuttava tekijä (Renner ym. 2007). Tutkimuksessani testasin eksplisiittisesti universaalisuusoletusta sukupuolen ja sosioekonomisen statuksen suhteen. Sosioekonominen kuilu terveydessä on leventymässä. Kuilun kaventamisyrittäkselle olisi uhka, että suunnittelisimme interventioita ilman, että olemme varmoja, että kohdentamamme muutoksen determinantit ovat vaikuttavia kaikille.

Tutkimuksen kolmas teema oli pysyvät yksilöiden väliset erot. Interventioilla saattaa olla erilaisia vaikutuksia riippuen yksilöllisestä persoonallisuudesta. Esimerkiksi optimistiset ihmiset keskimäärin lähestyvät tehtäviä funktionaalisemmin ja ovat sinnikkäämpiä tavoitteeseen pyrkimisessä. Siksi voitaisiin odottaa, että he onnistuvat paremmin elämäntapainterventioissa. Lisäksi sukupuolierojen tutkimisesta tulee kiinnostavampaa, kun mennään askel eteenpäin biologisesta sukupuolesta ja tarkastellaan psykologista sukupuolta – maskuliinisuutta ja feminiinisuutta persoonallisuudenpiirteinä. Korkeat pisteet molemmilla ulottuvuuksilla saavat naiset ja miehet ovat terveimpiä, mutta mikään tutkimus ennen tätä ei ole tutkinut näitä piirteitä elämäntapainterventiokontekstissa.

Tutkimukseni yhdistää interventioaineiston analyysissa useita sosiaalipsykologisen tarkastelun tasoja – rakenteellisia ryhmätekijöitä (sukupuoli ja sosioekonominen asema), yksilöiden välistä vuorovaikutusta (sosiaalinen tuki) ja yksilöpsykologisia tekijöitä. Muutettavissa olevien sosiaaliskognitiivisten tekijöiden (pystyvyyden, suunnittelu, so-

siaalinen tuki) muutosprosesseja tarkastellaan pysyvien persoonallisuuspieriteiden näkökulmasta. Tutkimuksen tuloksista on hyötyä teoria- ja näyttöperustaisten interventioiden suunnittelu- ja kehitystyölle, käyttäytymisen muutoksen tutkimukselle sekä terveyden edistämiseksi käytännössä.

Nelli Hankosen väitöskirja ”Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention – Influences of gender, socioeconomic status and personality” tarkastettiin 4.3.2011 Helsingin yliopistossa. Vastaväittäjänä toimi professori Stephen Sutton (University of Cambridge) ja kustoksena professori Karmela Liebkind.

Julkaistaan Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä 1/2012, jonka jälkeen Psykologia-lehdessä.

## KIRJALLISUUS

- Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity* 2008;16(5):1129–34.
- 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. *British Journal of Health Psychology* 2010;15 (Pt 2):265–88.
- Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, Cooper NJ, Sutton AJ, Hsu RT, Khunti K. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007;334(7588):299–.
- Gollwitzer PM, Brandstatter V. Implementation intentions and effective goal pursuit. *J Pers Soc Psychol* 1997;73:186–99.
- Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 7/2010. Helsinki 2010.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM, Group DPPR. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346(6):393–403.
- Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, Hämäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle TT, Uusitupa M, Tuomilehto J. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368(9548):1673–9.
- Peters L, Kok G, Ten Dam G, Buijs G, Paulussen T. Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *BMC Public Health* 2009;9(1):182.
- Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health* 2010;100(6):1019–28.
- Renner B, Spivak Y, Kwon S, Schwarzer R. Does age make a difference? Predicting physical activity of South Koreans. *Psychol Aging* 2007;22(3):482–93.
- Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology* 2008;57(1):1–29.
- Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and Health Behaviours. Teoksessa Conner M, Norman P (toim.) Predicting health behaviour. Buckingham, Open University Press 1996, 163–96.
- Sund R, Koski S. Diabeteksen ja sen lisä sairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperusteinen mittaaminen – Tekninen raportti, Suomen Diabetesliitto 2009.
- Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M, Group FFDP. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344(18):1343–50.
- Uutela A, Valve R, Talja M, Absetz P, Nissinen A, Fogelholm M. Health psychological theory in promoting population health in Päijät-Häme, Finland: first steps toward a type 2 diabetes prevention study. *Journal of Health Psychology* 2004;9(1):73–84.
- Webb LT, Joseph J, Yardley L, Michie S. Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. *Journal of Medical Internet Research* 2010;12(1):e4.

NELLI HANKONEN