

ERITTÄIN NIUKKAENERGINEN DIEETTI -ENED

Asiakkaiden kokemuksia painonhallintaryhmistä painonhallinnassa ja
laihdutustulosten pysyvyydessä

Pauliina Kauppila-Hopeevaara

Opinnäytetyö
Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden (AMK)

2015

Lapin Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja Terveysala
Terveystieteiden osasto

Tekijä	Pauliina Kauppila-Hopeevaara	Vuosi	2015
Ohjaaja	Meinilä Arja, Puro Anne		
Toimeksiantaja	Länsi-Pohjan Keskussairaala		
Työn nimi	ERITTÄIN NIUKKAENERGINEN DIEETTI-	Asiakkaiden	
kokemuksia	painonhallintaryhmistä painonhallinnassa ja laihdutustulosten		
pysyvyydessä			
Sivu- ja liitemäärä	43 + 5		

Tässä opinnäytetyössä käsitellään alati kansan keskuudessa kasvavaa ylipainoisuutta, painonhallintaa ja erittäin niukkaenergisien dieettien sisältöä. Perehdytään myös elämäntapaohjaukseen ryhmässä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kyselytutkimuksen avulla selvittää Länsi-Pohjan Keskussairaalan Erittäin Niukkaenergisien Dieettiin osallistuneiden kokemuksia painonhallinnasta ja laihdutustulosten pysyvyydestä. Tutkimuksen tavoitteena on kyselylomakkeista saadun tiedon hyödyntäminen ja painonhallinryhmien sisällön ja ohjauksen kehittäminen niiden avulla. Kyselylomakkeet analysoitiin sisällön analyysia hyväksikäyttäen. Tutkimustehtävinä oli kuvailla mitkä olivat dieettiin osallistujien mielestä edistäneet ja mitkä taas hidastaneet painonhallintaa, sekä missä tutkittavat olisivat kaivanneet lisätukea.

Aineisto tutkimukseen hankittiin lähettämällä postitse kyselylomakkeet vuosina 2008–2010 Länsi-Pohjan keskussairaalan ENED-ryhmään osallistuneille. Vastaajia oli kymmenen kolmestakymmenestä. Kyselylomakkeissa oli kolme kysymystä, joista kahdeksan oli avointa kysymystä. Kyselylomakkeet olivat anonyymeja, eikä niistä voinut tunnistaa vastaajaa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta tulosten pysyvyyden olleen heikkoa ja tutkittavien tarpeesta pitkäjänteisemmälle kurssille sekä tuelle myös ENED-ryhmän ulkopuolelle. Tulosten heikosta pysyvyydestä huolimatta, ryhmä koettiin tärkeäksi ja eteenpäin auttavaksi.

Asiasanat: ryhmäohjaus, ylipaino, ENED, painonhallinta

Lapland University of Applied
Social Services and Health care
Degree Programme in Nursing

Author	Pauliina Kauppila-Hopeevaara	Year	2015
Supervisor	Meinilä Arja, Puro Anne		
Commissioned by	Name of the Commissioner		
Subject of thesis	Very Low Calorie Diet VLCD - Customers experiences in weight loss groups and permanence of weight loss results		
Number of pages	43 +5		

This thesis deals with obesity, weight management and very low calorie diet as well as lifestyle counseling in a group.

The purpose of thesis was to find out experiences about weight management and the permanence of weight loss results. The data were collected with questionnaire from people taking a part in a very low calorie diet-group (ENED-group) in the central hospital located in Kemi, Länsi-Pohjan Keskussairaala. The aim of the thesis was to develop contents in weight loss groups by using the information gathered by the questionnaires.

The Questionares were sent by mail to people who took part in ENED-group during the years 2008-2010. There were 10 responses out of thirty questionnaires. In the questionnaires there were thirteen questions, eight of them were open questions. The questionnaires were anonymous and no respondent could be identified. The questionares were analysed with content analysis.

The research results show that permanence of weight loss results is weak. There is a felt need for long-term course and support besides the ENED-group. Despite of the weak permanence, group was seen as important and helping forward in health promoting.

KEYWORDS: Group control, overweight, VLCD, weight management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 Ryhmä painonhallinnan tukena.....	2
2.1 Ylipaino	2
2.2 Painonhallinta	6
2.3 Lihavuuden hoito.....	10
2.4 Erittäin niukkaenerginen dieetti	11
2.5 Elämäntapaohjaus ryhmässä.....	13
2.6 ENE-dieetin toteutus Länsi-Pohjan keskussairaalassa	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	23
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
5 TUTKIMUSTULOKSET	27
5.1 Painonhallintaa edistäviä tekijöitä.....	27
5.2 Painonhallintaa hidastavia tekijöitä.....	28
5.3 Missä asioissa olisi kaivattu lisätukea	29
6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN TARKASTELU	30
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISET LÄHTÖKOHDAT	31
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	33
9 JATKOTUTKIMUSAIHEET	35
LÄHTEET.....	36
LIITELUETTELO	39

1 JOHDANTO

Suomalaisten ylipainosta ja sen muutoksista on tehty tutkimuksia 1960-luvulta lähtien. Ylipainoisten määrä väestössä on kasvanut koko ajan. Vuosituhannen alussa noin joka viides työkäinen oli ylipainoinen. Normaalipainon ja ylipainon rajana pidetään yleensä painoindeksiä 25. Kun painoindeksi on välillä 25–29,9 luokitellaan se ylipainoksi tai lieväksi lihavuudeksi. Selkeästi ylipainoisena pidetään henkilöä, jonka painoindeksi on yli 30. Liikalihavuuden kasvun vuoksi myös laihduttaminen on yleistynyt. Aikuisväestön terveystapatutkimuksessa 15–64-vuotiaista miehistä 14,7 prosenttia ja naisista 23,5 prosenttia ilmoitti yrittäneensä laihduttaa edellisen vuoden aikana. Useimmin olivat laihduttaneet keski-ikäiset eli 35–54-vuotiaat. (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen, Uusitupa 2007, 14–15, 17; Mustajoki, Lappalainen 2001, 13.).

Valitsin opinnäytetyöksi tämän aiheen, koska tutkimukselle on tarvetta, sillä joka vuosi käynnistyy Länsi-Pohjan keskussairaалassa uusi ENED-painonhallintaryhmä eikä tällä alueella ole aikaisemmin tutkittu Erittäin Niukka Energistä- dieettiä ja sen tuottamia tuloksia. Opinnäytetyön tarkoituksena on kyselytutkimuksen avulla selvittää Erittäin Niukkaenergiseen Dieettiin osallistuneiden kokemuksia painonhallinnasta ja laihdutustulosten pysyvyydestä. Tutkimukseni tavoitteena on kyselylomakkeista saadun tiedon hyödyntäminen ja painonhallinryhmien sisällön ja ohjauksen kehittäminen niiden avulla.

2 Ryhmä painonhallinnan tukena

1800-luvulla ilmestyivät ensimmäiset laihdutusoppaat, mutta lihavia ihmisiä tiedetään olleen jo tuhansia vuosia. Antiikin ajoilta olevissa teksteissä kerrotaan hyvin lihavista henkilöistä ja sen ajan lääkäreiden antaneen hoito-ohjeita. Vasta 1900-luvulla liikalihavuudesta tuli koko kansan ongelma, elintason nousun ja teknologian kehittymisen myötä. Tätä aikaisemmin lihavuus oli ainoastaan varakkaiden ongelma. Kahdenkymmenen vuoden sisällä maailmanlaajuinen ylipaino on yli kaksinkertainen. Suomen lihavuustilastot alkavat vasta 1960–1970-lukujen vaihteesta. Luvut kertovat, että miehillä ylipaino on tasaisesti noussut ja yli kaksinkertaistunut, kun taas naisilla nousu on ollut vaihtelevaa, nyt kuitenkin naisten ylipaino on huomattavasti yleisempää kuin 30 vuotta sitten. (Mustajoki 2008, 112. World Health Organisation 2015)

Käypä hoito-suosituksen mukaan lihavuus aiheuttaa tai pahentaa monia sairauksia, joita voidaan ehkäistä ja hoitaa laihduttamalla. Lihavuutta hoidetaan pääsääntöisesti energiansaantia vähentämällä ja energiankulutusta lisäämällä, sen tavoitteena on vähintään 5 % suuruinen painon laskeminen. Tässä apuna voidaan käyttää eri menetelmiä, kuten ryhmänohjausta. Ryhmänohjaus ohjaus painonhallinnassa tarkoittaa usealle eri asiakkaalle tai potilaalle samanaikaisesti annettua terveystasvatusta. Niemistön (2002) mukaan kaikkiaan ryhmä on kokonaisuus, jossa ryhmän rakenteet, jäsenten väliset tunne- ja tahtoyllyykkeet sekä jatkuva muuttuminen tapahtuvat yhdessä (Kääriäinen, Turunen 2003. Käypä hoito-suositus 2013)

2.1 Ylipaino

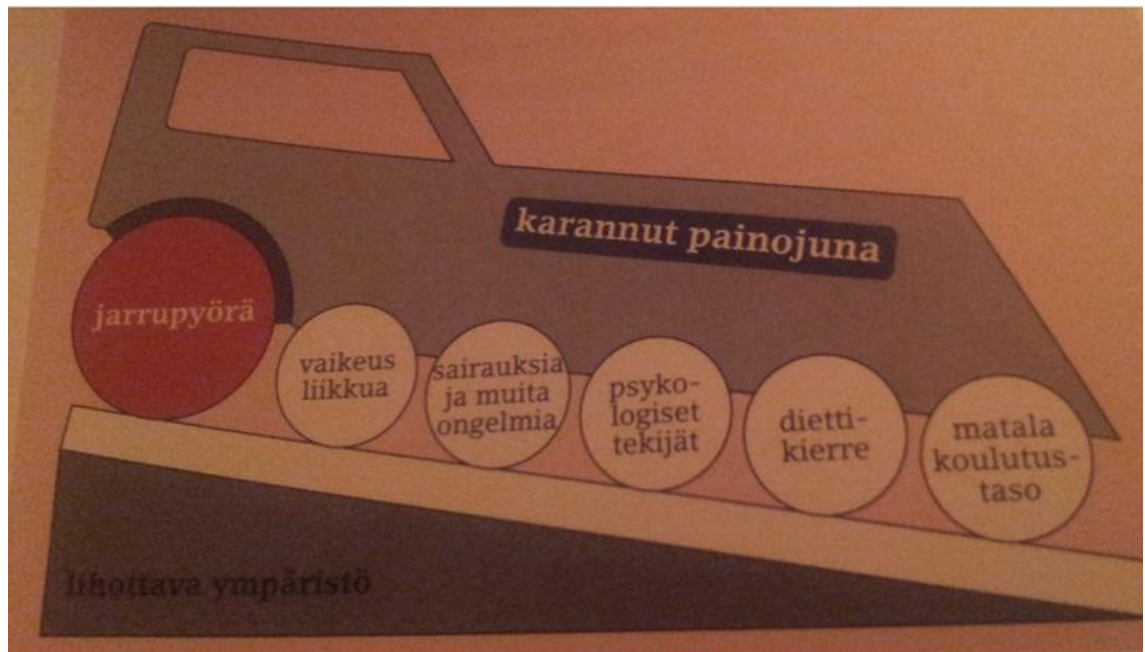
Ylipaino tarkoittaa rasvakudoksen ylimäärää. Ylipaino luokitellaan painoindeksin ja vyötärön ympäryksen perusteella. Vyötärön ympäryys mitataan suoliluuharjan ja alimpien kylkiluiden puolivälistä. Lapsilla ylipainoa arvioidaan pituuteen suhteutettujen painokäyrien avulla. (Nyländen 2011.) Miehillä yli 100 cm:n vyötärön ympäryys ja naisilla yli 90 cm:n kertoo ylipainosta. Jo yli 94 cm:n miehillä ja yli 80 cm:n vyötärön ympäryys naisilla voi kertoa lievästä ylipainosta. (Mustajoki, Fogelholm,

Rissanen, Uusitupa 2007, 31, 52; Pietiläinen, Mustajoki, Borg 2015, 8, 28–32, WHO 2015)

Suomessa ylipaino on lisääntynyt kaikenikäisillä viime vuosikymmeninä. Vuoden 2007 väestötutkimuksen perusteella 45–74-vuotiasta miehistä 73 prosenttia ja naisista 63 prosenttia oli ylipainoisia tai lihavia. Sairaalloisesti lihavia oli noin 2 prosenttia. Ylipainoisten ja lihavien lasten määrä on 30 vuodessa kaksinkertaistunut, heitä on 12–18 prosenttia lapsista. Syy väestön ylipainon lisääntymiseen on energian kulutuksen vähentyminen verrattuna energian saannin lisääntymiseen. Ihmisen elimistöön tulee enemmän energiaa, kuin sitä kulutetaan. Annos- ja pakkauskoot ovat kasvaneet sekä alkoholinkäyttö lisääntynyt. Lihavuuden vaara- ja syytekijöitä ovat ikä, sukupuoli, yhteiskunnallis-taloudelliset ja koulutukselliset tekijät, elämäntapatekijät kuten vähäinen fyysinen aktiivisuus ja runsasrasvainen ruoka, tietyt sairaudet ja harvinaiset oireyhtymät, tietyt lääkkeet sekä energia-aineenvaihdunnan säätelyyn liittyvät tekijät. Myös perimä vaikuttaa lihavuuteen. Jos toinen tai molemmat vanhemmista ovat lihavia, lapsen riski lihoa on noin 2,5 -kertainen, joka voi olla perinnöllistä fysiologisista ominaisuuksista johtuvaa tai opituista elämäntavoista johtuvaa. Kaiken kaikkiaan perimän osuudeksi arvioidaan 30–40 prosenttia. (Nyländen 2011. Mustajoki 2008. 8-15. 18–19; Pietiläinen, ym. 2015, 8-11, 28-29. WHO 2015)

Elintasomaissa vallitsevaa lihavuusepidemiaa ovat lihavuustutkijat Boyd Swinburn ja Garry Egger, verranneet karanneeseen junaan (kuva 1). Junan vieriminen alamäkeen kuvaa nykyisen elinympäristön lihottavuutta. Junan jarrupyörä pyrkii tässä tapauksessa saamaan hallintaan karanneen junan, eli kuvaa yhteiskunnassa vallitsevia tekijöitä, jotka hillitsevät painonnousua. Yksi näistä vallitsevista tekijöistä on yleinen suhtautuminen lihavuuteen, lihavaa vartaloa pidetään rumana ja tiedetään sen aiheuttavan sairauksia, toisin kun taas hoikka vartalo on haluttu. Ylipainon aiheuttamat arkielämän hankaluudet, joiden vuoksi kukaan ei haluaisi olla lihava, on toinen jarrutekijä. Junassa olevina vauhtipyörinä toimii mm. vaikeus liikkua, sairaudet ja muut ongelmat, eli ylipainoon liittyvät nivelvaivat ja muut sairaudet, jotka vähentävät liikkumismahdollisuuksia. Liikkumisen vähentyessä, energian kulutus vähenee entisestään ja lihominen kiihtyy. Psykologinen jarrupyörä sisältää lihavuuden henkisen

kuormituksen, joillekin ylipaino voi olla niin suuri henkinen taakka, että se jäyttää itsetuntoa aiheuttaen masennusta. Tällöin painonhallintaan tarvittavia muutoksia ei välttämättä jakseta tehdä. Dieettikierteen jarrutuspyörässä viitataan vuosittain vaihtuviin muotidieettien kokeiluun ja niiden jälkeiseen painonnousuun, joiden kierteeseen osa ylipainoisista on joutunut. Matalan koulutustason ja siihen liittyvä heikko taloudellinen asema on laskettu mukaan, koska näiden tekijöiden vuoksi painonhallinnan osaaminen voi olla vähäistä ja kalliimpien terveellisten ruokien hankkimisien mahdollisuudet huonommat. (Nyländen 2011, Mustajoki 2008, 8-10. Pietiläinen, ym. 2015, 11–13, 29)



KUVA1. Karannut painojuna (Mustajoki 2008, 8)

Ylipaino lisää huomattavasti useita sairauksia ja oireyhtymiä pääasiassa aineenvaihdunnan kautta. "Sisälmysrasvan" eli vatsaontelon sisällä olevan rasvakudoksen aineenvaihdunta on haitallisempaa kuin ihonalaisen rasvan. Tämän vuoksi sairaudet liittyvät erityisesti vyötärölihavuuteen. Vuosien kuluessa aineenvaihdunta muuttuu hitaasti. Diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin johtaa usein metabolinen (=aineenvaihduntaan liittyvä) oireyhtymä, mikä määritellään seuraavasti: miehillä yli 94 cm:n vyötärön ympärys ja naisilla yli 80 cm:n sekä vähintään kaksi seuraavista asioista eli verenpaine 130/85 tai yli, veren triglyseridi 1,7 mmol/l tai yli, HDL-kolesteroli miehillä 1,03 mmol/l tai alle, naisilla 1,29 tai alle, veren paastoarvo

5,6 mmol/l tai yli. Riski sairastua valtimotautiin metabolisessa oireyhtymässä on 2-3 kertainen terveisiin verrattuna, diabeteksessa jo 3-5 kertainen. (Nyländen 2011; Mustajoki 2008, 92–93,95-96; Pietiläinen, ym. 2015, 16–18, WHO 2015)

Puolella ylipainoisista verenpaine on koholla. Ylipainoisilla riski sairastua 2-tyypin diabetekseen on kaksikymmenkertainen normaalipainoiseen verrattuna. Suomessa on noin 500 000 diabeetikkoa ja lisäksi noin 200 000 suomalaisella arvellaan olevan diagnosoimaton diabetes. Vuoden 2007 väestötutkimuksen mukaan 45–74-vuotiaista miehistä 18 prosentilla ja naisista 10 prosentilla on todettu varsinainen diabetes. Sen sijaan eritasoisia sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä oli huomattavasti enemmän; miehistä 57 prosentilla ja naisista 40 prosentilla. Diabeteksen taustalla on perimä, varsinaisen sairauden laukaiseva merkittävä tekijä on ylipaino. (Nyländen 2011; Mustajoki 2008, 94–95; Pietiläinen, ym. 2015, 16–18, WHO 2015)

Huomattava lihavuus vaikeuttaa jokapäiväistä elämää hankaloittaen liikkumista ja jaksamista. Lihavuudella voi olla vaikutusta keuhkojen toimintahäiriöihin, vajaatoimintaan, uniapneaan ja astmaan. Mahasuolikanavan sairaudet kuten sappikivitauti, maksan rasvoittuminen, närästys, ruokatorven tulehdus ja haimatulehdus voivat johtua lihavuudesta. Munuaissairauksien riski on suurentunut. Ylipaino rasittaa niveliä altistaen nivelrikoille. Lihavuudella voi olla myös masennusta ja hedelmättömyyttä aiheuttavaa vaikutusta. Eräiden syöpätautien riskin on todettu olevan koholla ylipainon myötä. Ainoa lihavuudesta todettu hyöty on, että se suojaa osteoporoosilta. (Mustajoki ym. 2007, 24–25, 37; Mustajoki 2008, 97–98; Pietiläinen, ym. 2015, 16–18. WHO 2015)

Lihavuuden aiheuttaessa monia sairauksia, on odotettavissa, että myös kuolemanvaara kasvaa. Riski suurenee painon noustessa ja on jopa puolitoistakertainen painoindeksissä 30, ja painoindeksissä 40 lähes kolmenkertainen. Mitä nuorempana lihavuus syntyy, lisääntyy myös suhteellinen kuolemanvaarakin. (Mustajoki 2008, 98–99)

2.2 Painonhallinta

Lihavuuden haitoista useimmat olisivat hoidettavissa lihavuuden tehokkaalla hoidolla. Käytännössä laihduttaminen on tähän usein paras ja toisinaan ainoa tehokas hoitokeino. Jos painoindeksi on yli 30, laihduttaminen on aina aiheellista jo terveydellisistä syistä. Painoindeksi 25–30 yhdistettynä keskivartalolihavuuteen, kohonneisiin rasva-arvoihin tai lähisuvussa esiintyvään diabetekseen on syy laihduttaa terveydellisistä syistä. (Nyländen 2011; Mustajoki ym. 2007.)

Jo 5-10 prosentin laihduttaminen vaikuttaa positiivisesti sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin. Laihduttamisen myötä glukoosiaineenvaihdunta paranee, verenpaine laskee, uniapnean oireet lievittyvät, keuhkojen toiminta paranee, kaikenlainen toimintakyky ja niveloireet helpottuvat. Jotta laihduttamisella olisi vaikutusta sairauksien kulkuun, tulee tavoitteena olla pysyvä laihtuminen. Paino laskee ensimmäisten 3-6 kuukauden aikana kaikissa laihdutusohjelmissä. Tämän jälkeen painon aleneminen pysähtyy, harvinaisia poikkeuksia lukuun ottamatta. Useimmiten paino pyrkii nousemaan puolen vuoden laihtumisen jälkeen. Mahdollisimman pysyvä tulos kuuluu onnistuneeseen laihduttamiseen. Painon pysyminen ennallaankin on parempi vaihtoehto kuin painonnousu, sillä jo 2-3 kg:n nousu voi lisätä huomattavasti diabetesriskiä. (Nyländen 2011; Mustajoki ym. 2007; Mustajoki 2008, 133–135.)

Lihavuuden hoidossa käytetään perushoitona elämäntapahoitoa eli pyrkimystä pysyviin elämäntapamuutoksiin. Kiinnitetään huomio ruokavalioon, syömisestä hallintaan ja liikunnan lisäämiseen. Lisäämällä liikuntaa, vähentämällä rasvaa, kunnollisen aamupalan syömisellä ja säännöllisellä itsensä punnitsemisellä, ovat toimivia ratkaisuja painonhallinnassa. Erittäin niukkaenerginen ruokavalio voi näiden ohella auttaa painonhallinnassa. Sopeutuminen uusiin elämäntapoihin voi kestää 2-3 vuotta. Alttius lihoa voi olla krooninen tila, mitä pitää valvoa koko elämän ajan. (Nyländen 2011; Mustajoki 2008)

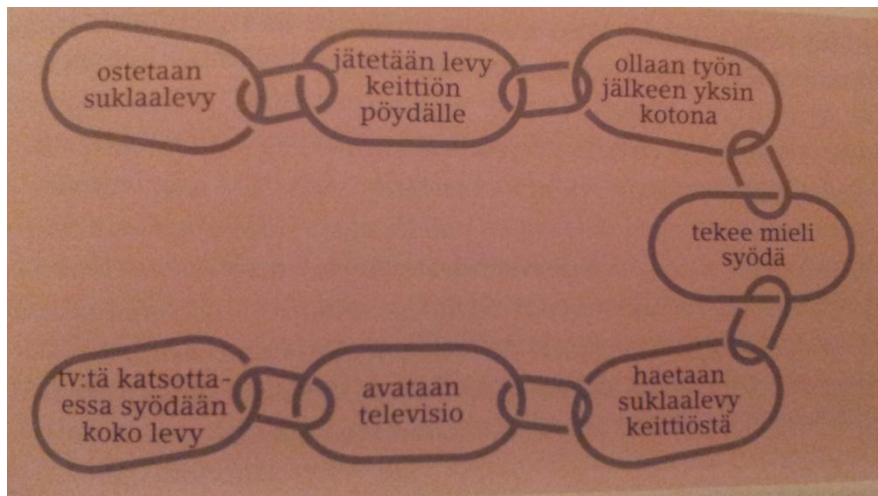
Ruokailutottumusten tarkastelussa tärkeää on miettiä omaa ateriarytmiä ja syömistilanteita ja – tapoja: syödäänkö säännöllisesti ja kohtuullisesti, vai onko tapana

napostella tai syödä tunteiden perusteella esimerkiksi stressitilanteissa. Syömistilanteista tulisi miettiä, miksi syödään eli tuleeko syötyä pelkästään nälkään vai koska muutkin syövät tai vain sen vuoksi, että ruokaa on tarjolla. Syömisen hallinnan pohtiminen on tärkeää laihdutuksen kannalta. Eli pystyykö laihduttaja hallitsemaan syömistään, kun tarjolla on herkkuja tai runsaasti ruokaa. Jo ruoan näkeminen on voimakas kiihoke syömiselle. Laihduttajan tulisi piittää näkyvällä vain painonhallinnan kannalta hyödyllisiä ruokia, kuten hedelmiä. Kuten taas runsas energiset ruoat ja herkut tulisi piittää poissa näkyvistä kaapin kätköissä. Ruokaostostottumisten muuttaminen on tärkeää, koska ostoskäyttäytyminen ruokakaupassa ratkaisee, mitä kotona syödään. Ensimmäisenä tulisi huomioida, ettei kauppaan lähdetä nälkäisenä ja, että kauppalista tehdään suunnitellusti jo kotona. Tällöin ostospäätökset ovat harkittuja, eikä esimerkiksi nälän aiheuttamia. (Laukkanen 2011; Mustajoki 2008, 184–185)

Syömisen hallinnan keinona korostetaan suunnittelua ja, että tilanteisiin varaudutaan etukäteen. Ylipainoisten alkaessa laihduttaa, ajattelevat he usein "tästä lähtien en syö liikaa". Pelkällä päätöksellä "en syö liikaa" kuvitellaan voivan muuttaa syömistottumuksia. Tutkimusten ja kokemusten perusteella keino toimii huonosti. Kiusausten ollessa kohdalla tahdonvoima ja oma kontrolli eivät toimi yleensä kuin korkeintaan vähän aikaa. Näihin tilanteisiin on hyvä varautua hyvällä suunnittelulla, koska suunnittelu on voimakkaampaa kuin tahdonvoima. Suunnittelulla on siis mahdollista hallita ruokailutilanteita. Usein luotetaan siihen, että esimerkiksi vierailulle mentäessä otetaan kahvin kanssa vain yksi pulla. Jos tarjolla onkin paljon herkkuja, niin kotiin palatessa voi huomata syöneensä enemmän kuin oli aikonut. Olo on pettynyt, kun tahdonvoima ei riittänytkaan hallitsemaan syömistä. Tärkeää on suunnitella oma selviytymisstrategia vaikeita tilanteita varten. (Laukkanen 2011; Mustajoki 2008, 184–187.)

Syömisen hallinnassa ei pitäisi kiinnittää huomiota pelkästään syömistilanteeseen, vaan syömistä edeltävien tapahtumiin. Ymmärtäessä, että syömistä edeltävät tapahtumat ratkaisevat suurimmaksi osaksi mitä ja kuinka paljon syödään, sekä auttavat hallitumpaan syömiseen. Syömishetken ympärille muodostuu ketju, siinä olennaista on se, että syömisen hallintaan voi vaikuttaa ketjun monessa eri kohdassa. Esimerkkinä

kuva 2. Kun tiedostaa ketjun eri vaiheet, voi miettiä missä kohdassa voi katkaista ketjun. Mitä useamman lenkin ketjusta onnistuu murtamaan, sen paremmin onnistuu syömisen hallinnassa. Keino hallita syömistä on myös riittävä keskittyminen siihen. Tehdessä samalla muuta, ei syömiseen keskitytä ja silloin syödään huomaamatta tavallista enemmän. Tämän toteutumiseksi tulisi ihmisten syödä kotona vain yhdessä paikassa, ruokapöydän ääressä. (Laukkanen 2011; Mustajoki 2008, 184–187)



KUVA 2 Syömisketju (Mustajoki 2008, 185.)

Tunnesyöminen on hyvin yleistä ylipainoisille. Se voi olla tiedostettua tai tiedostamatonta. Tunnesyöminen on helppo keino vastata tunteisiin, ruoasta saa tunteilleen välittömän palautteen. Ensisijaista olisi kuitenkin tunnistaa taustalla oleva tunne, joka saa aikaan syömisen. Esimerkiksi yksinäisyyden tunne voi laukaista syömisen. Todellisuudessa syöminen tässä tilanteessa toimii eräänlaisena lohtuna, vaikka todellinen tarve voi olla tuen tarve ja kokeminen, että muut välittävät. Syömisen sijaan olisi parempi ajatus ottaa yhteyttä johonkuhun tai vaikka lähteä käymään jonkun luona. On myös hyvä miettiä valmiiksi erilaisia keinoja, joilla ajatukset ruoasta saisi taka-alalle, kuten välipala ennen kotiin tuloa, hedelmien pureskelu muun ruoan sijasta tai joku muu etukäteen suunniteltu tekeminen syömisen sijaan. Myös kiireisenä, stressaantuneena ja väsyneenä voi lohduttautua syömällä. Todellinen tarve olisi kuitenkin enemmän lepo ja rentoutuminen sekä tunne siitä, että pystyy hallitsemaan omaa elämää. Ilokin voi laukaista syömisen. Ihmiset palkitsevat usein itseään syömällä onnistuessaan jossakin tai ollessaan onnellisia. Todellinen tarve voi olla kuitenkin juhlia

saavutuksiaan ja jakaa ilo läheisten kesken. (Laukkanen 2011, Mustajoki 2008, 185–187)

Laihduttajan kannattaa arvioida ruokamäärän sopivuutta: onko painoa viime aikoina tullut lisää, onko se laskenut vai pysynyt ennallaan. Arvioidaan myös, tuleeko ruokailutilanteissa syötyä kohtuullisesti vai liikaa ja onko tapana ottaa ruokaa lisää. Painonhallinnassa tulisi miettiä, mitä kehittämiskohteita itse havaitsee omissa ruokailutottumuksissa ja mitkä niistä ovat tärkeimpiä ja/tai helpoimpia toteuttaa. (Laukkanen 2011.)

Rasva ruokavaliossa vaikuttaa olennaisesti kolesteroliarvoihin. Tyydyttyneen eli kovan rasvan käyttöä tulisi välttää, sillä se lisää veren kolesterolipitoisuutta ja verenpainetta. Sen sijaan tyydyttymätön eli pehmeä rasva pienentää veren kolesteroliarvoa ja edistää näin ollen terveyttä. Pehmeä rasva sisältää tarpeellisia rasvahappoja sekä rasvaliukoisia vitamiineja ja voi parantaa myös sokeriaineenvaihduntaa. Etenkin ylipainoisilla rasvan käytön vähentäminen on tärkeää. (Suomen sydänliitto).

Kaiken kaikkiaan rasvaa suositellaan saatavaksi noin kolmasosa päivän kokonaisenergiansaannista. Makkararuokia suositellaan syötäväksi korkeintaan kerran viikossa. Yksi grillimakkara päivässä vastaa 600 grammaa rasvaa kuukaudessa. Lihasta suositaan vähärasvaista kokolihaa ja jauhelihaa. Salaatissa käytetään mieluummin öljypohjaista kastiketta kuin majoneesipohjaista. Salaattikastikkeeksi kannattaa kokeilla esimerkiksi appelsiinista puristettua mehua. Hyvä ruokajuoma on rasvaton maito. Pyritään muutenkin valitsemaan alle 1 prosenttia rasvaa sisältäviä tuotteita. Jälkiruoaksi sopivat esimerkiksi marjat ja hedelmät sellaisenaan kevyen vaniljakastikkeen kera. Jos kuitenkin tulee syötyä leivonnaisia, niistä kannattaa valita vähärasvaisimmat kuten korppu tai kotipulla. (Laukkanen 2011.)

Mustavalkoinen ajattelutyyli on tavallista laihduttajalle. Ruokavalio ymmärretään joko oikeana tai vääränä, hyvänä tai huonona. Epäterveellisten ruokien ajoittainen syöminen ei yleensä loppujen lopuksi merkitse koko dieetin kannalta kaloreissa ajateltuna paljon. Enemmän merkitsee oma reaktio dieetistä poikkeamiseen, mikä voi merkitä dieetin

kannalta paljon ja johtaa jopa koko dieetin lopettamiseen. Pitäisi pyrkiä hylkäämään mustavalkoinen ajattelutapa ja asettaa realistiset tavoitteet. Jos dieetin aikana tuntee syyllisyyttä jostakin, on tarpeen pysähtyä miettimään onko siihen syytä ja johtuuko se mustavalkoisesta ajattelutyylisestä. Onnistuneessa painonhallinnassa on tärkeä osata joustaa ja seurata painoaan eikä ajoittaisia repsahduksia. (Laukkanen 2011.)

2.3 Lihavuuden hoito

Lihavuuden hoidon yleinen tavoite on ehkäistä ja hoitaa lihavuuden aiheuttamia sairauksia sekä parantaa elämänlaatua (Pietiläinen, Mustajoki). Lihavuuden hoidossa huomattavasti ylipainoisilla voidaan käyttää tarvittaessa lääke- ja/tai leikkaushoitoa. Lääkitys tai leikkaus ei hoitosuositusta noudatettaessa saisi olla ensisijainen hoitomuoto, vaan ensisijaisena keinona tulisi olla energiatasapainoon vaikuttaminen (ruokavalio ja liikuntatottumukset). Lääkehoito toimii näiden muutosten tukena, siksi lääkehoito soveltuu vain henkilöille, jotka haluavat tehdä muutoksia elintapatottumuksiinsa. Viranomaiset ovat asettaneet painoehdot lääkehoidolle: terveen henkilön painoindeksi on oltava vähintään 30 ja vähintään 27–30, kun henkilöllä on jokin laihduttamista edellyttävä sairaus. Jos lääkehoito ei kuitenkaan 2-3 kuukauden aikana laskea yli 5 %, kannattaa lääkitys lopettaa. (Nylanden 2011. Mustajoki 2008. 194–198; Pietiläinen, ym. 2015, 16–20, 250–257)

Lihavuuden lääkehoidossa ainoa lääkevalmiste on Orlistaatti, joka estää haiman ravinnon rasvoja hajottavan lipaasi-entsyymin aktiivisuutta vähentäen rasvojen imeytymistä 30 prosentilla. Tämä edistää laihtumista ja ehkäisee laihtumisen jälkeistä lihomista. Lääkkeellä on sivuvaikutuksina rasvaiset, löysät tai öljymäiset ulosteet. Ilmavaivat, ulostamispakko ja rasvaiset ulostetahrat voivat myös liittyä tähän. Jos ruoka on rasvaista, esiintyy näitä oireita selvästi enemmän. Muita haittoja ei ole, koska lääke ei imeydy suolesta elimistöön. (Mustajoki 2008. 194–198; Pietiläinen, ym. 2015, 19, 250–251)

Lihavuusleikkauksia ovat kirurgit kehittäneet jo yli 50 vuotta. Leikkauksilla tehdyillä

muutoksilla ruuansulatus kanavoihin, on pyritty vähentämään energiansaantia. Lihavuusleikkauksia Suomessa on tehty viime vuosina noin 900. Leikkauksen käyttämistä lihavuuden hoitomuotona määritellään tarkoin lihavuuden hoitosuosituksessa. Leikkaukselle voi olla aihetta, mikäli painoindeksi on 40 tai yli 35 yhdistettynä vaikeaan lihavuudesta johtuvaan sairauteen, eikä muusta hoidosta ole ollut tarvittavaa hyötyä. Leikattavan on myös oltava 20–60-vuotias. Potilaan täytyy myös kyetä muuttamaan syömistapauksia leikkausta edellyttävällä tavalla, esimerkiksi vaikea ahmimistaipumus tai alkoholiongelma ovat esteitä leikkaukselle. Leikatuista 90 prosentilla paino laskee merkittävästi, 10 vuoden kuluttuakin paino on 14–25 prosenttia pienempi, keskimäärin laihdutaan 41 kg. Paino laskee leikkaushoidolla huomattavasti enemmän kuin ruokavaliolla laihdutettaessa. Myös pitkän ajan tulokset ovat pysyvämpiä. (Nyländen 2011. Mustajärvi 2008. 200–203; Pietiläinen, ym. 2015, 19–21, 254–257, 260–261)

Rasvaimu on myös yksivaihtoehto lihavuuden leikkaushoitoon. Rasvaimussa ihon läpi ruiskutetaan ihon alaiseen rasvaan nestettä, ja imetään nesteen pehmittämä rasvakudos pois. Tämä ei kuitenkaan lievitä lihavuuden aiheuttamia sairauksia, koska se ei vaikuta vatsaontelon sisällä olevaan viskeraaliseen rasvaan. Tämän vuoksi sitä ei käytetä lihavuuden hoitoon terveydenhuollossa. (Mustajoki 2008, 203–204.)

2.4 Erittäin niukkaenerginen dieetti

ENE-dieetistä käytetään myös nimitystä VLCD (very low calorie diet) Erittäin vähäenergistä dieettiä käytetään painohallinnassa, kun painoindeksi on vähintään 30 (Heinonen & Ilanne-Parikka 2009). Dieettiä noudatetaan kymmenen viikon ajan, minkä jälkeen tavoitteena on terveellinen normaali ruokavalio. Erittäin vähäenergisien dieetin aikana ruoka korvataan ravintovalmisteilla, jotka sisältävät energiaa päivittäin 400–800 kcal. 800 kilokalorisella tavallisella sekaruualalla ei saa tarpeeksi ihmiselle välttämättömiä ravintoaineita. Tämän vuoksi ENE-dieetti toteutetaan ravintovalmisteella, missä on tarvittavasti tiiviissä muodossa lisätty hivenaineita, vitamiineja, proteiineja ja muita ravintoaineita. Tällöin myöskään aliravitsemusta pääsee syntymään. Ravintovalmisteiden lisäksi tulee juoda energiaa sisältämättömiä nesteitä

vähintään kaksi litraa päivässä. Vähän energiaa sisältäviä juureksia ja vihanneksia saa syödä kohtuullisesti. Hedelmiä ei dieetin aikana saa syödä. Myös alkoholi on kiellettyä. Dieetin aikana pidetään päivittäistä ruokapäiväkirjaa ja mikäli suositeltua päiväannosta ei pysty syömään, tulee tästä kertoa ohjaajalle. (Mustajoki ym. 2007, 191–193; Mustajoki 2008, 133–135; Pietiläinen, Mustajoki, Borg 2015, 240,242–243, 18; Käypähoito; Duodecim; Aikuisten lihavuus- työryhmä)

ENE-dieetti on kehitetty korvaamaan kaikki päivän ateriat ja sitä käytetään terveydenhuollon ohjauksessa yhtäjaksoisesti yleensä 6-12 viikkoa. Dieetissä elimistö menee paastotilaan, nälän tunne häviää ja laihtuminen tapahtuu nopeasti. Nykyisten ohjeiden mukaan dieettiä voidaan noudattaa omin päin vain kaksi viikkoa kerrallaan. (Heinonen, Ilanne-Parikka 2009; Mustajoki 2008, 133–135; Pietiläinen, ym. 2015, 240–243, 18; Käypähoito; Duodecim; Aikuisten lihavuus- työryhmä)

Ennen kuin voi osallistua ENE-painonhallintaryhmään tarvitaan dieettiin perehtyneen lääkärin arvio osallistujan tilanteesta (Heinonen & Ilanne-Parikka 2009). Sairaus, jonka hoidossa tuntuva laihtuminen on merkittävää, puoltaa dieetin käyttöä. Näitä sairauksia ovat muun muassa aikuisiän diabetes, keskivaikea verenpainetauti ja uniapnea-oireyhtymä. Vasta-aiheita dieetille puolestaan ovat normaali paino, raskaus ja imetys, syömishäiriöt, vaikea munuais- tai maksasairaus, hoitamaton tai vasta hoidettu syöpä, psyykkinen epätasapaino, vaikeat infektiot ja 1 -tyypin diabetes. (Mustajoki ym. 2007, 196–197; Pietiläinen, ym. 2015, 241–243; Käypähoito; Duodecim; Aikuisten lihavuus- työryhmä)

ENE-dieetti lievittää usein lihavuuteen liittyvien sairauksien oireita ja aineenvaihdunnan korjaantumisen ansiosta lääkityksen tarve yleensä vähenee. Myös fyysinen toimintakyky ja elämänlaatu paranevat. Dieetti on keino pudottaa painoa nopeasti, mutta pelkällä ENE-dieetillä laihdutustulosten pysyvyys on heikko. Siksi ENE-dieetti sisältää lisäksi elintapojen ja ruokailutottumusten muuttamiseen pyrkivää ohjelmaa ja neuvontaa. ENE-ruokavaliolla laihdutaan yleensä 1,5–2,5 kg viikossa, mutta pitkäaikaistuloksen takaa ainoastaan pysyvä elämäntapamuutos. Ensimmäisellä viikolla nesteen poistumisen vuoksi paino laskee enemmän. Energiämäärän nauttimisen vuoksi,

laihtumisvauhtiin vaikuttavat henkilön koko ja ylipaino. Suurikokoiset ja hyvin ylipainoiset laihtuvat nopeampaa, koska heillä on suurempi energian kulutus pienempiin verrattuna. (Heinonen, Ilanne-Parikka 2009; Mustajoki 2007, 133–135; Pietiläinen, ym. 2015, 240–246, 18; Käypähoito; Duodecim; Aikuisten lihavuus- työryhmä)

ENE-dieetistä siirrytään normaaliin ruokavalioon asteittain, jotta ruoansulatuselimistölle jää aikaa sopeutua dieetin muuttumiseen. Asteittain siirtymisen on todettu olevan myös psykologisesti kannattavaa. (Heinonen, ym. 2009; Pietiläinen, ym. 2015, 244; Käypähoito; Duodecim; Aikuisten lihavuus- työryhmä)

2.5 Elämäntapaohjaus ryhmässä

Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen pulman ratkaisija. Ohjauksessa hoitaja pidättäytyy esittämästä valmiita päätöksiä ja tukee asiakasta. Ohjaus on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, sisältäen tarpeen vaatiessa tiedon antamista jos asiakas ei ole itse kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhde on tasavertainen ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjaus voi vaatia useita ohjauksetoimia, jotta se olisi tuloksellista. Hoitotyössä ohjauksen tunnistamisen ja tiedostamisen tekee ongelmalliseksi se, että ohjauksessa käytetään moninaisia käsitteitä ja usein epäselvästi. Asiakkaan tilanteen ja mahdollisuuden sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan, on välttämätöntä selvittää, jotta hänen yksilöllisiin tarpeisiin voitaisiin vastata ohjauksessa. (Kyngäs, ym. 2007, 25–27 ; Pietiläinen, ym. 2015, 230–232, 17–18; Kääriäinen, Turunen 2003, 13–15; Niemistö 2002, 69)

Terveydenhuollossa yksilöohjauksen ohella yksi eniten käytettävistä ohjausmenetelmistä on ryhmäohjaus. Sitä annetaan eri tarkoitusta varten kootuissa ja erikokoisissa ryhmissä. Ryhmien ja ryhmäläisten tavoitteiden mukaan syntyvät myös ryhmän tavoitteet. Ryhmäohjaus voi olla tehokkaampi oman kuntoutuksen tai terveyden edistämisen käynnistäjä kuin yksilöohjaus, yksilön näkökulmasta katsottuna. Siitä huolimatta ryhmäohjausta ei tulisi mieltää yksilöterapiaksi korvaavaksi muodoksi, vaan yksilöohjauksen tulisi kulkea täydentävänä muotona ryhmämuotoisen ohjauksen ohella.

(Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 25, 104–105; Turku 2007, 87. Pietiläinen, ym. 2015, 228, 230, 17–18; Kääriäinen ym. 2003, 13–15; Niemistö 2002, 69, 73)

Terveydenhuollon ohjaajia on viime vuosina työllistännyt erityisesti elämäntapaohjauksen toteutus ryhmämuotoisesti. Ryhmämuotoisella ohjauksella on ollut tarkoituksena karsia kuluja ja pystyä antamaan ohjausta sitä tarvitseville asiakkaille. Ryhmästä kumpuaa ohjaajan avuksi yllättäviä voimia ja tuen antajia. Ryhmäohjauksen edut, taloudellisten etujen lisäksi näkyvät muun muassa ryhmäläisten motivoinnissa ja liikkeelle lähdössä. Ryhmätapaamiset saavat ihmiset helpommin liikkeelle. Ajatus, ettei olekaan ainoa tukea tarvitseva, antaa uskoa mahdollisuuteen tehdä muutoksia, kun huomaa, että muutkin ovat siihen pystyneet. Ryhmien kokoontumiset saavat aikaan me-henkeä ja kokemusten vaihtojen avulla ryhmäläinen voi saada tarvittavaa tukea, turvaa ja toivon heräämistä yksilöohjauksista paremmin. Ryhmässä useampi henkilö on samassa pisteessä ja he voivat kokemuksia vaihtamalla saada uusia neuvoja ja kannustusta jatkamaan esimerkiksi dieetin noudattamista. (Turku 2007, 87–88. Kyngäs, ym. 2007, 25, 104. Pietiläinen ym. 2015, 228–230; Kääriäinen ym. 2003, 13–15)

Selviytymistä tukevia ryhmäkokemuksia tuo myös tunne siitä että, muut ymmärtävät selittämättä oman tilanteen. Ryhmäläisten avulla jokin asia voi saada aivan uuden painoarvon, toisin kuin ohjaajan esittämänä. Ravitsemusoppeja on voitu käydä läpi yksilöterapiassa kyllästymiseen asti ja vasta ryhmätilanteessa ohjattava sisäistää niiden todellisen merkityksen, jonkun toisen ryhmäläisen esittämänä. Jopa oppimistutkimukset ovat ryhmäohjauksen kannalla, koska siinä on havaittu parempia oppimistuloksia kuin yksilöohjauksessa, ryhmässä opitaan enemmän ja muistetaan opitut asiat paremmin. Ryhmä edesauttaa myös hyväksytyksi tulemisen tunnetta, ymmärtää että kelpaa myös tällaisena, juuri vertaistuen avulla. (Turku 2007, 88–89; Kyngäs, ym. 2007; 104–105. Pietiläinen ym. 2015, 228–230; Kääriäinen ym. 2003, 13–15)

Ryhmäohjauksessa keskeistä on sosiaalinen vuorovaikutus niin ryhmäläisten kuin ryhmäläisten ja ohjaajan kesken. Parhaimmillaan ryhmän dynamiikka tukee niin

motivaatiota kuin uuden oppimista. Kuitenkaan ryhmäohjauksen etuja ei saavuta automaattisesti, sulkemalla joukko ihmisiä samaan tilaan keskustelemaan. Ohjauksessa ryhmän toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen mukainen suunnittelu sekä toteutus ovat toimivuuden perusedellytykset. Esimerkiksi ryhmän koko on yksi vuorovaikutusta selkeästi määrittävä tekijä. Elämäntapaohjaukseen suuntautuvissa ryhmissä, joiden tavoitteena on kunkin ryhmäläisen motivoituminen omaan työskentelyyn ja vastaanottoon, on ryhmäkoko oleellinen lähtökohta. Ryhmäkooksi suositeltava lukumäärä olisi noin 8-12 henkilöä, jos tavoitteena on yksittäisen ryhmäläisen huomiointi ja elämäntapavalmennus. (Turku 2007, 88–89; Pietiläinen, ym. 2015, 230–232; Kääriäinen ym. 2003, 13–15; Niemistö 2002, 51–57)

Ryhmäläisten nopea ryhmäytyminen ja sitoutuminen ryhmätoimintaan näyttäisi olevan Turun mukaan yhteinen ominaisuus elämäntapaohjaukseen keskittyville ryhmille. Yleisesti ottaen ryhmissä vallitsee myönteinen työskentelyilmapiiri, hyvä ryhmähenki ja ryhmäläiset ovat innokkaasti sitoutuneet ryhmässä käymiseen. Useimmissa tapauksissa ryhmäläiset löytävät yhteisen sävelen kuin itsestään, mikä tuleekin osalle ohjaajista positiivisena yllätyksenä, koska tällöin ohjaajan ei tarvitse tehdä paljonkaan ryhmäytymisen tukemiseksi. Hyvästä ryhmään sitoutumisesta huolimatta, sitoutumisen innokkuus ei välttämättä merkitse korkeaa sitoutuneisuutta omaan muutosprosessiin, vaan jopa päinvastoin. Ryhmäkokoontumiset voivat tarkoittaa monelle seurustelua tuttujen kanssa ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ilman suurempaa muutostarvetta ja aktiivista valmiutta työskentelyyn, näin ollen usein muutosvalmius omien elämäntapojen arviointiin on olematonta. Ohjaajalta voi aktiivinenkin ryhmäläinen odottaa valmiutta ja helppoa ratkaisua tilanteeseensa ja reagoida pettyneesti, kun ei sitä saakaan. (Turku 2007, 90; Pietiläinen, ym. 2015, 228–230, 232; Kääriäinen ym. 2003, 13–15; Niemistö 2002, 67–70, 76)

Elämäntaparyhmien ohjaajan on hyvä valmistautua, että sitoutuminen ryhmäprosessiin ei automaattisesti johda henkilökohtaiseen muutosprosessiin sitoutumiseen. Terveyttä koskevat valinnat ja niistä vastuunottaminen on monelle ryhmäläiselle usein opettelu paikka. Ryhmässä ohjaaja voikin törmätä ryhmäläisten odotuksiin, että ohjaajan kuuluu kertoa, miten elämäntapamuutos kuuluu tehdä. Tämän vuoksi keskustelu ryhmässä

sovellettavasta ohjausideologiasta ja sen vaikutuksista ryhmäläisiin on tärkeää aloittaa heti alkuvaiheessa. Hyvä keino lähestyä aihetta ryhmälähtöisesti on esimerkiksi parityöskentely siitä, mitä odotuksia ja toiveita ryhmäläisillä on ohjaajaa kohtaa. Kertomalla avoimesti omaksumastaan ohjausideologiasta, ohjaaja voi selkeyttää omaa rooliaan suhteessa ryhmäläisiin. Tärkeää on myös tuoda heti alussa ryhmän tavoitteet esille, varsinkin jos tarkoituksena olisi herättää osallistujia ottamaan vastuuta omasta terveystyöskentelystä ja tekemään itsenäisiä päätöksiä sen suhteen. Silloin ryhmäläisiltä ei kulu turhaa energiaa selvittää, mitä heiltä odotetaan ja mitä ohjaaja tavoittelee omalla lähestymistavallaan. Työnjakokeskustelun käyminen edellyttää ohjaajalta tietoisuutta oman roolinsa ja ohjaustyylinsä taustoista. Ristiriitaiset rooliodotuksen pääsevät ryhmässä valloilleen, jos ohjaaja ei ole itsekään varma omasta roolistaan. Ryhmäprosessin edetessä näiden ristiriitojen purkaminen vie turhaa aikaa ryhmän muulta työskentelyltä. Huolimatta roolitusten varhaisesta esille ottamisesta, ei se tarkoita, etteikö teemaan tarvitsisi palata enää ryhmän myöhemmissä vaiheissa. (Turku 2007, 91; Pietiläinen ym. 2015, 230, 234; Kääriäinen ym. 2003, 13–15; Niemistö 2002, 67–70, 76, 78, 81.)

Ohjaaja huolehtii elämäntaparyhmien ohjauksessa paitsi ryhmädynamiikan säätelystä myös ryhmäläisten muutosprosessin ohjauksesta valmentavan ohjaustyylin mukaisesti. Kun ottaa huomioon, etteivät ryhmään tulijat ole koskaan samalla viivalla muutosvalmiuden suhteen, auttaa se ohjaajaa ohjaustyössä kohtaamaan ryhmäläiset yksilöinä kunkin muutosvalmiuden asteen mukaisesti. Henkilökohtaiseen työskentelyyn ja vastuunottoon ryhmäläisiä motivoi osaltaan se, että he tulevat kuulluksi myös yksilöinä. Ryhmän kesken arviointi tulee suorittaa avoimesti ja sallivaa ilmapiiriä korostaen, näin ehkäistään ryhmäläisten keskinäisiä vertailuja ja samaan muottiin pakottamista. Ryhmäpaineen synnyttämä kilpailutilanne ja työskentelyrauha saavutetaan, kun jokainen tekee oman näköistään suunnitelmaa itsenäisten arvioiden perusteella. Ohjaajien haasteeksi ryhmässä voi olla ryhmäläisiä, jotka ovat keskenään hyvin eri vaiheissa muutosprosessia. Tämä tulisikin osata kääntää ryhmän eduksi, niin että pidemmälle edenneet voivat antaa hyviä vinkkejä harkintavaiheessa oleville ja osaltaan nämä voivat tehdä aloittelijoiden kysymyksiä, mitkä ovat tärkeitä kaikille. Ihmiset etenevät ryhmissä kovin eri tavoin, koska uusien tapojen juurruttaminen osaksi

arkielämää pitkällä aikavälillä on aina yksilöllinen prosessi. (Turku 2007, 92. Pietiläinen, ym. 2015, 237; Kääriäinen ym. 2003, 13–15; Niemistö 2002, 67–81)

Erilaisten toiminnallisten ohjausmenetelmien valikoimaan kannattaa ryhmänohjaajan tutustua, jos hän soveltaa ryhmässään valmentavaa ohjaustyyliä. Elämäntaparyhmissä ryhmäläisten tekemien itsearviointien tukena käytetään toiminnallisia harjoituksia tekemään avoimiksi omia käsityksiä, mielikuvia ja asenteita terveyskäyttäytymisen sekä muutosprosessin suhteen. Ne tehostavat elämäntapojen muuttamiseen liittyvien teemojen käsittelyä sekä sisällöllisesti että ajallisesti. Toiminnallisten harjoitusten avulla päästään luontevasti puheista tekojen tasolle jo ryhmätapaamisten aikana, näin vahvistetaan edelleen ryhmäläisten toimintavalmiuksia ryhmän ulkopuolellekin. On hyvä siirtää ryhmässäkin painopistettä puheista tekoihin, kun ohjauksen tavoitteena ovat pienet muutokset arjen teoissa. Valmennettavassa muutosohjauksessa tukena käytettävät toiminnalliset menetelmät ovat parhaimmillaan hyvin yksinkertaisia. Muutosprosessien eri vaiheiden hyödyntäminen toiminnallisissa menetelmissä voi myös ohjata ja syventää ryhmäläisten tilannearviointien tekoa. Toiminnallisia menetelmiä käytettäessä ohjaajan tulee ottaa huomioon kulloisenkin ryhmän luonne ja koostumus. Iäkkäille ihmisille, jotka suhtautuvat elämäntapamuutoksiin vakavasti, voi jotkin harjoitukset olla turhanpäiväistä leikkiä. Ohjaaja kuitenkin oppii nopeasti tuntemaan ryhmänsä ja arvioimaan erilaisten menetelmien sopivuutta. Turhat arkailut uusien menetelmien suhteen tulisi kuitenkin unohtaa. Toiminnalliset harjoitukset voivat antaa ohjaajalle positiivisia yllätyksiä ryhmänsä suhteen. (Turku 2007, 94–95; Pietiläinen, ym. 2015, 236–237; Niemistö 2002, 67–81)

Ryhmien kokoamisvaiheessa on tärkeä laatia tietyt ryhmään tulon kriteerit, esimerkiksi ikä, sukupuoli, perussairaudet ja niin edelleen, riippuen siitä minkälaista ryhmää ollaan perustamassa. Tärkein kriteeri ylivoimaisesti on ryhmäläisten oma halukkuus ja orastava muutosvalmius. Usein pelkkä lääkärin lähete ja yksilöohjauksen ristitestissä todettu korkea pistemäärä, ovat heikkoja motiiveja ryhmätoimintaan sitoutumista ajatellen. Ohjaajan oma arvio tilanteesta on yleensä kaikkein luotettavin ryhmäläisten sopivuutta arvioitaessa. Ryhmään tuleville saatetaan tehdä useita haastatteluita ja kyselyitä, joiden avulla saadaan kartoitettua tulijan oma motivaatio muutokseen.

Ryhmään lupautuminen pelkästään ohjaajaa miellyttääkseen antaa turhauttavat jatkonäkymät työskentelylle. Yhteyden rakentaminen ryhmäläisten arkeen ja jokapäiväiseen toimintaan tukee kaikkein parhaiten ryhmäläisten sitoutumista. Kun ohjaaja tekee käsiteltävät aiheet tutuiksi ja helposti ymmärrettäväksi, ryhmäläisten on helpompi sitoutua seuraamaan niitä täyspainoisesti. (Turku 2007, 97–99; Pietiläinen, ym. 2015, 234; Niemistö 2002, 67–81)

Ryhmäläisten motivaation säilyttämisen vuoksi on tärkeää, että ohjaaja heti alussa varmistaa ryhmäläisten muutossuunnitelmien realistisuuden. Pienet riittävät osatavoitteet mahdollistavat positiivisen muutoksen kierteen, tällöin osatavoitteen saavuttaminen lisää pystyvyyden tunnetta ja itseluottamusta ja vahvistaa motivaatiota jatkotyöskentelyn suhteen. Ajoittaisen motivaation laskun ja repsahduksen laajeneminen on ehkäistävissä myös repsahdusvalmennuksella osana ryhmien muutosohjausta. Riittävän varhaisessa vaiheessa esille otettu repsahduksen mahdollisuus auttaa herättämään keskustelua ryhmäläisten kesken mahdollisista riskitilanteista ja mahdollisista repsahdusten hallintakeinoista. Yksi tapaaminen repsahdukseen liittyen ei kuitenkaan Turun mukaan ole riittävä, vaan tietoa on saatava myös useamman kerran tapaamisten aikana. (Turku 2007, 101–102; Niemistö 2002, 67–81)

Seurantatietojen kerääminen ryhmätapaamisten aikana on melko vaihteleva, ja ohjaajien keskuudessa paljon kysymyksiä herättävä. Epäselvyyttä on herättänyt muun muassa vievätkö seurannat liikaa aikaa ryhmäkokoontumisilta ja kuinka usein seurantoja tehdään. Alku- ja loppuselvitykset ovat tarpeellisia ja tehdään lähes aina, mutta joskus voi olla aiheellista tehdä välivaiheen seurantojakin. Ryhmän tulosten arviointi sekä yksilötasolla että yhteisesti on merkittävä osa ryhmän toimintaa. Sen suunnittelussa on tärkeää rakentaa kulloisenkin ryhmän seurantasysteemi ryhmälähtöisesti ja ryhmän toiveita kuunnellen. Huolimatta tehdäänkö tuloseurantaa julkisesti koko ryhmän kesken vai yksilöllisesti itselleen kirjaten, on väliarviointi syytä tehdä kaikkien kanssa. Siinä pyritään ryhmän keskivaiheilla arvioimaan kunkin itselleen alussa asettamien tavoitteiden toteutumista ja tarvittaessa muokataan suunnitelmia väliarvioinnin mukaisesti. (Turku 2007, 103; Pietiläinen, ym. 2015, 234; Kääriäinen ym. 2003, 13–15,

Niemistö 2002, 67–81)

2.6 ENE-dieetin toteutus Länsi-Pohjan keskussairaalassa

Erittäin niukkaenerginen dieetti on dieetti, jossa käytetään ravintovalmistetta, joka sisältää hyvin vähän energiaa ja jossa tarpeelliset ravintoaineet tiiviissä muodossa. Dieetin avulla on mahdollista laihtua muutamassa kuukaudessa huomattavasti, tämän vuoksi ENE-dieetti sopii henkilöille joiden painoindeksi on yli 35. Dieetin päätyttyä siirrytään asteittain normaaliin ruokailuun, kuitenkin huomioiden, että energiamäärä on alhaisempi kuin ennen dieettiä ruokaillessa. ENE-dieetissä valmistellaan pysyviä muutoksia ruokailu- ja liikuntatottumuksiin. Ennen ENE-dieetin aloittamista tehdään lihavuuden hoitoon perehtyneen lääkärin arvio sen soveltuvuudesta potilaalle. Länsi-Pohjan keskussairaalan ENED -painonhallintaryhmässä painoindeksin tulee olla vähintään 35, jotta voi osallistua ryhmään. ENE-dieetti toteutetaan lääkärin valvonnassa. Dieettiä toteutetaan ryhmissä, jotka kokoontuvat kerran viikossa. Jokaisen tapaamiskerran alussa katsotaan osallistujien sen hetkinen paino. (Laukkanen 2011; Pietiläinen, ym. 2015. 240; Käypähoitosuositus. Mustajoki, Fogelholm, Rissanen, Uusitupa 2006, 191–193; Duodecim; Aikuisten lihavuus- työryhmä)

Ennen ENE-dieettiin siirtymistä tavoitteena on antaa ryhmäläisille tietoa painonhallintaryhmän toteutussuunnitelmasta sekä valmiudet ENE-dieetin aloitukseen. Ennen dieetin aloitusta käydään läpi käytännön ohjeet dieettiin liittyen sekä annetaan osallistujille tietoa erilaisista ENE-dieettivalmisteista. Joka päivä tulee syödä suositeltu annos, jos tätä ei pysty tekemään, tulee siitä kertoa heti ohjaajalle. Annospussi nautitaan yksi kerrallaan säännöllisen väliajoin. Pussin sisältö sekoitetaan veteen ja sitä voidaan tarvittaessa maustaa hyvin vähäenergisillä mausteilla. Suolaa saa lisätä annoksiin ja vihanneksiin oman maun mukaan. Oma ruokavaliota ja energian saantia arvioidaan ruokapäiväkirjojen avulla ennen dieettiin siirtymistä. (Laukkanen 2011; Käypähoitosuositus; Pietiläinen, ym. 2015, 243; Mustajoki, ym. 2006, 191–193; Aikuisten lihavuus- työryhmä)

ENE-dieetti aloitetaan hieman omaa ruokavaliota keventäen. Tämän jälkeen aluksi korvataan yksi aterian päivän aikana ENED-valmisteella, josta vähitellen siirrytään seuraavan kymmenen viikon ajaksi noudattamaan ENE-dieettiä. Dieettivalmiste voi olla ainoana ravintona koko dieetin ajan, tai sen aikana voi syödä vähäkalorisia kasviksia ja nauttia kalorittomia juomia. Erittäin tärkeää on laihdutusjakson aikana huolehtia riittävästä nesteytyksestä, päivässä tulee juoda vähintään kaksi litraa kalorittomia nesteitä. Alkoholilla ei saa nauttia ollenkaan dieetin aikana. ENED-tapaamisissa keskustellaan siitä, mikä on hyvä paino. Jokainen arvioi itse painoaan eli missä painossa kokisi itse viihtyvänsä ja mitä mieltä on tämän hetkisestä painostaan ja mihin painoon toivoisi ENE-dieetin avulla pääsevänsä. (Laukkanen 2011; Pietiläinen, ym. 2015, 242, 243; Käypähoitosuositus; Mustajoki, ym. 2006, 192–193; Aikuisten lihavuus-työryhmä)

Ryhmäläiset saavat kotiin seuranta päiväkirjan, missä seurataan ENE-dieetin toteutumista päivän ajan. Päiväkirjaan merkitään, mitä dieettiin kuuluvaa ravintovalmistetta on syönyt ja minkä verran, mitä kasviksia on syönyt ja minkä verran sekä mitä on juonut ja minkä verran. (Laukkanen 2011.)

Joka tapaamiskerralla keskustellaan, miten dieetin noudattaminen on sujunut ja miten jatketaan eteenpäin. Yhdessä pohditaan miten selviytyä vaikeista tilanteista dieetin aikana ja myöhemmin sekä suunnitellaan syömistilanteiden hallintaa. Pohditaan, mitkä ovat vaikeita tilanteita syömisen hallinnassa, miten ryhmäläiset ovat aiemmin koettaneet selvittää vaikeista tilanteista ja minkälainen voisi olla oma selviytymisstrategia vaikeiden tilanteiden varalle ENE-dieetin aikana. Ryhmissä keskustellaan erilaisista tilanteista ja niiden mahdollisista hallintakeinoista. Ryhmäläiset käyvät yhdessä läpi erilaisia hyviä hallintakeinoja esimerkiksi kutsuille mentäessä. Tapaamisissa keskustellaan myös miten voidaan valmistaa ruokaa mahdollisimman kevyesti, ennen kaikkea keskitytään rasvankäyttöön painonhallitsijan ruokavaliolla. (Laukkanen 2011.)

Kokoontumisessa käydään läpi mustavalkoisen ajattelun haittoja. Tällä tarkoitetaan sitä, että ei esimerkiksi kannata ajatella, että noudattaa dieettiä koko ajan eikä missään tapauksessa poikkea siitä. Todellisuudessa poikkeamista usein tapahtuu. Kannattaa

mieluummin ajatella noudattavan uutta ruokavaliota niin hyvin kuin mahdollista, useimmissa tilanteissa se onnistuu. Eikä tällä tavalla ajateltuna tule niin suurta pettymystä, kun ei pystynytäkään täysin noudattamaan dieettiä. Täydellisyyteen pyrkimys voi johtaa pettymyksiin ja itsesyytöksiin ja näin vaikuttaa mielialaan ja kenties estää koko laihduttamisen. Kun päämäärä on paremmin todellisuutta vastaava, lopputulos on toinen. (Laukkanen 2011.)

Painonhallintaryhmässä keskustellaan siitä, mitkä asiat ovat tärkeitä ruokavaliossa painonhallinnan kannalta. Keskustellaan sopivasta ateriarytmistä sekä sokerin, muiden makeutusaineiden ja alkoholin käytöstä. Omaa jatkoruokavaliota suunnitellaan ja pohditaan, miten ENED-ruokavaliosta siirrytään tavallisen ruokavalion toteuttamiseen. Ryhmätapaamisissa tutustutaan eri ruoka-aineiden tuotepakkauksien sisältöön. Tavoitteena on oppia tuoteselosteiden perusteella valitsemaan painonhallinnan kannalta oikeita tuotteita kaupasta kotiin. (Laukkanen 2011; Mustajoki, ym. 2006, 194)

Ryhmäläiset tapaavat myös psykologin ja fysioterapeutin. Fysioterapeutin kanssa keskustellaan liikunnan merkityksestä terveydelle ja painonhallinnalle sekä mietitään erilaisia ennen kaikkea ylipainoisille sopivia liikuntamuotoja. Esimerkiksi uinti on erittäin tehokas liikuntamuoto painonhallintaan liitettäväksi. Dieetin aikana ei ole syytä olla harrastamatta liikuntaa tai lepäillä tavallista enempää, vaan sen aikana olisi hyvä harrastaa kohtuullista liikuntaa lihaskadon estämiseksi. (Laukkanen 2011; Pietiläinen, ym. 2015, 243; Mustajoki, ym. 2006, 194)

Viimeisellä tapaamiskerralla aiheena ovat jatkoselviytymisstrategiat sekä painonhallinnan keinot jatkossa. Viimeisellä kerralla käydään myös kurssiarviointia. Tapaamisessa kerrataan lisäksi painonhallinnan kannalta tärkeimpiä jo kurssilla opittuja asioita. Painotetaan vielä, että ei ole epäonnistunut painonhallinnassa, jos joskus tuleekin syötyä sellaista, mikä ei ole niin terveellistä. Yhdessä pohditaan, miten toimia sen jälkeen, kun on sortunut syömään epäterveellisesti. Tulisi ajatella, että seuraavana päivä on jälleen hyvä päivä jatkaa dieettiä. Ryhmäläisiä rohkaistaan kokemaan repsahdustilanne oppimistilanteena ja painonhallintaan kuuluvanakin asiana. Ei haittaa vaikka silloin tällöin jopa tietoisesti pitää vapaapäivän dieetin noudattamisessa.

(Laukkanen 2011.)

Ryhmäläiset saavat pohtia eri painonhallinnankeinoja ja miettiä, mitä niistä he itse ovat käyttäneet. Tärkeää on säännöllinen syöminen 5 kertaa päivässä ja puolen päivän ateria on tärkein illan syömisestä kannalta. Muita painonhallinnankeinoja ovat mm. painon seuranta vähintään viikoittain, ruokapäiväkirjan pitäminen, arkiliikunnan lisääminen, painokäyrän pitäminen, näläntunteen erottaminen mielihaluista, vaihtoehtoisten toimintojen keksiminen mielihalujen torjumiseksi, itsensä palkitseminen onnistumistilanteissa, ruoan pitäminen pois näkyviltä kotona, herkkuhetkien suunnittelu etukäteen, ei anneta periksi repsahdusten takia. Tärkeää painonhallinnassa on myös rasvan määrän minimoiminen, tuoteselosteiden tarkkailu kaupassa, syöminen vain keittiössä, hitaasti syöminen, huomion kiinnittäminen jokapäiväisten ruokien energian vähentämiseen, aterian korvaaminen tarvittaessa ENE-valmisteella, välttäminen syödessä tehdä samanaikaisesti muita asioita ja ajankuluksi syömisestä välttäminen. (Laukkanen 2011, Mustajoki, ym. 2006, 193–194; Duodecim)

ENED-painonhallintaryhmän päätyttyä ryhmäläisten tulisi seurata omaa painoaan jatkossakin. Mikäli paino nousee yli kaksi kiloa, ruokavaliota tulisi tiukentaa. Alle kahden kilon painon muutokseen ei kannata kiinnittää huomiota. Myös energian saantia kannattaa seurata. Välillä voi pitää ruokapäiväkirjaa ja laskea kaloreita, jotta huomaa mihin suuntaan oma ruokavalio on menossa. Korostetaan, ettei painonhallinta saisi kuitenkaan hallita koko elämää, asiat pitää laittaa tärkeysjärjestykseen ja valmius painonhallintaan pitää olla oman itsensä vuoksi, ei muiden. Sosiaalisen tuen merkitys on suuri ja painonhallintaryhmäläiset sopivat tapaamisen keskenään vielä myöhemmin samana vuonna vaihtaakseen kuulumisia ja keskustellakseen kokemuksistaan. (Laukkanen 2011; Duodecim, Aikuisten lihavuus- työryhmä)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kyselytutkimuksen avulla selvittää Erittäin Niukkaenergiseen Dieettiin osallistuneiden kokemuksia painonhallinnasta ja laihdutustulosten pysyvyydestä. Tutkimukseni tavoitteena on kyselylomakkeista saadun tiedon hyödyntäminen ja painonhallinryhmien sisällön ja ohjauksen kehittäminen niiden avulla.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- 1) Minkä painonhallintaryhmiin osallistuneet ovat dieetin aikana kokeneet eniten edistävän painonhallintaa?
- 2) Minkä painonhallintaryhmiin osallistuneet ovat dieetin aikana kokeneet eniten hidastavan painonhallintaa?
- 3) Missä painonhallintaryhmiin osallistuneet olisivat kaivanneet lisätukea?

Tutkimustehtäviin pyrittiin saamaan vastauksia selvittämällä jokaisen ryhmäläisen paino dieetin alussa, minkä verran paino on laskenut ENE-dieetin avulla ja onko painonpudotus ollut pysyvää. Tutkimalla miten ryhmäläiset ovat kokeneet ENE-dieetin ja siihen liittyvän ohjauksen ja ryhmän tuen auttaneen painonhallinnassa. Tutkimalla minkä jäsenet ovat kokeneet painonhallintaryhmässä vaikuttaneen merkittävimmin painonhallintaan sekä minkälaista ohjausta tai tietoa he kenties olisivat kaivanneet enemmän.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää osallistujien näkökulma ja olla kiinnostunut haastateltavien elämästä ja mielipiteistä. Miksi -, mitä-, ja mitenkysymykset tulisi ohjata tutkimusta. Nämä myös määräävät tutkimustehtävät, jotka voivat tarkentua tai jopa muuttua tutkimusta työstettäessä. Ihmisen käyttäytymisestä saadaan laaja ja syvälinen kuva tällä menetelmällä.

(Kylmä, Juvakka 2007, 22–29; Hirsjärvi, ym. 1996, 161, 164; Kankkunen, ym. 2013, 67)

Yleensä laadullisissa tutkimuksissa on osallistujia vähän, tällöin pyritään keräämään rikas aineisto aiheesta, koska aineiston on oltava laaja pienestä osallistujamäärästä huolimatta. Aineistoa voi kerätä erilaisten menetelmien kautta, esimerkiksi haastattelulla tai kyselylomakkeilla. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa teoriaa ja tietoa, tällöin lähtökohtana on, että tutkittavasta aiheesta on etukäteen mahdollisimman vähän tietoa. (Kylmä, ym. 2007, 22–29; Hirsjärvi, ym. 2012, 164; Kankkunen, ym. 2013, 66–67)

Tutkimus kohdistuu Länsi-Pohjan Keskussairaalassa pidettyihin vuosien 2008–2010 painonhallintaryhmiin. Yhteensä näissä ryhmissä on noin 30 osallistujaa. Aineistoa kerättiin kyselylomakkeiden avulla, jotka saatekirjeineen lähetettiin postitse tutkimukseen osallistujille. Tutkittavien yhteystiedot saatiin Länsi-Pohjan Keskussairaalan tietokannoista. Kyselylomakkeen kysymykset ovat avoimia kysymyksiä.

Tutkimustehtäviksi muodostuivat kysymykset 1. minkä painonhallintaryhmiin osallistuneet ovat dieetin aikana kokeneet eniten edistävän painonhallintaa, 2. minkä painonhallintaryhmiin osallistuneet ovat dieetin aikana kokeneet eniten hidastavan painonhallintaa, sekä 3. missä painonhallintaryhmiin osallistuneet olisivat kaivanneet lisätukea.

Kyselylomake muodostui yhteensä kolmestatoista kysymyksestä. Lomakkeessa

kartoitettiin ryhmäläisten sukupuolen, pituuden, painon ennen ENE-dieettiä ja heti sen jälkeen sekä vuosi dieetin jälkeen. Janojen avulla vastaajat arvioivat, kuinka tehokkaaksi osallistujat kokivat ENE-dieetin painonhallinnan kannalta, sekä kuinka tyytyväisiä he olivat tämän hetkiseen painoonsa.

Avoimilla kysymyksillä (liite 1) kysyttiin, mikä oli ryhmäläisten mielestä hyvää ja mikä huonoa tapaamisten sisällöissä ja ohjaajien toiminnassa. Lomakkeessa kysyttiin myös, minkälainen merkitys muilla ryhmänjäsenillä on ollut painonhallinnan tukemisessa, mikä erityisesti tuki painonhallintaa ja mikä taas vaikeutti painonhallintaa ENE-dieetin aikana, sekä missä asiassa he olisivat kaivanneet lisätukea.

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jolla kyselylomakkeet, esseet, ja haastattelut voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysin tavoitteena on ilmiön tiivis mutta laaja esittäminen. Sisällönanalyysi on yksinkertainen tekniikka, jolla tuotetaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia, tavoittamalla merkityksiä, sisältöjä ja seurauksia. Sisällönanalyysi voidaan ymmärtää yksinkertaiseksi keinoksi ja kvalitatiivisen aineiston analyysikonaisuuksien teoreettiseksi taustaksi. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 166–167; Kääriäinen, Turunen 2003, 31)

Henkilöt valittiin tutkimukseen tarkoituksen mukaisuuden perusteella, tutkimuksissa olivat mukana henkilöt joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Luokittelin tutkimustulokset vastausten mukaan aineistonanalyysia varten. Tuloksia ei esitetä tutkimuksessa sellaisenaan, vaan ne on myös tulkittu. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimustuloksia selkiytetään ja pohditaan sekä tehdään niistä johtopäätöksiä. On mietittävä, ovatko kysymykset aineistonkeruuvaiheessa olleet ymmärrettäviä ja miten tutkijoiden oma sanavalinta on saattanut vaikuttaa vastauksiin. On myös pohdittava, miten tutkijat itse ymmärtävät tutkimustulokset. Tulkintaerimielisyyksiä voi syntyä, sillä eri henkilöt eivät havaitse ja tulkitse asioita samalla tavalla. Tutkija, tutkittava ja tutkimuksen lukijakin voivat tulkita tutkimusta tai jotakin sen vaihetta omalla tavallaan. Kokonaisvaltaisessa tulosten tulkinnassa onkin hyvä harkita useampia tulkintavaihtoehtoja. Tulosten tulkinnan on annettava olennaisimmat vastaukset tutkimusongelmiin. Näiden perusteella tehdään johtopäätöksiä eli pohditaan mikä on

tutkimustulosten merkitys tutkimuksessa ja mikä laajempi merkitys tuloksilla mahdollisesti voi olla. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 1996, 224–225; Kankkunen, ym. 2013, 167–169)

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustehtävinäni oli selvittää kyselylomakkeita apuna käyttäen, minkä painonhallintaryhmiin osallistuneet olivat dieetin aikana kokeneet edistävän painonhallintaa ja minkä hidastavan, sekä missä painonhallintaryhmiin osallistuneet olisivat kaivaneet tukea. Kymmenen ihmistä 35:stä vastasi kyselylomakkeisiin, yksi vastanneista oli nainen. Ennen ENE-dieetin aloitusta, osallistujien painot olivat 89-167kg välillä. Dieetin päättymisen jälkeen paino oli 70-142kg välillä. Vuoden jälkeen dieetin päättymisestä painohaitari oli 80-149kg. Noin vuosi ENE-dieetin jälkeen, osallistujien painohaitari oli 80-127kg, painonpudotus oli osallistujilla -22,5 - +4kg lähtöpainosta. Seitsemän vastaajista oli onnistunut laskemaan painoa pysyvästi, mutta eivät olleet pysyneet samoissa tuloksissa, kuin ENE-dieetin päättyessä. Isoistakin painonpudotuksista huolimatta, vastaajista kukaan ei ollut täysin tyytyväinen omaan painoonsa, osa oli jopa erittäin tyytymättömiä.

5.1 Painonhallintaa edistäviä tekijöitä

Kyselyissä selvisi painonhallintaa eniten edistäneen tekijän olleen ryhmän tuki, vertaiskokemukset ja ryhmän henki.

"Oma motivaatio kasvoi toisten onnistumisien myötä, kun he onnistuivat, miksen minäkin"

"Suuri merkitys, ei kehdannut mennä vaakalle jos ei ollut laihtunut"

"Erittäin tärkeitä (erilaisia kokemuksia esim. miten saan laihdutusjuoman juotua parhaiten paha oloa tuntematta, positiivista palautetta ym.)"

"Parasta ettei tarvinnut olla yksin 'läskiensä' kanssa"

Edistäviin tekijöihin sisältyi ryhmäntuen lisäksi ohjaajien asiantuntevuus ja asiallisuus, kannustavat esitelmät, neuvot ja ohjeet, runsaan materiaalin mukaan saaminen. Osalle ryhmästä motivaattorina toimivat myös dieetin helppous, tiheät tapaamiset, viikoittaiset

punnitukset sekä ajatus paremmasta elämästä.

"Painonpudotus onnistui viikoittaisten punnitusten myötä -> lisäsi motivaatiota"

"Ajatus paremmasta elämästä kevyempänä"

"Helppous ja hyvin yksinkertaisilla tapamuutoksilla on mahdollista merkittäviin muutoksiin"

ENE-dieetin aikana kannustusta toi myös mahdollisuus lääkitapaamisiin

"Lääkäri oli tavattavissa (jos oli tarvetta henkilökohtaisesti)"

Vastauksista selvisi ohjaajien toiminnan olevan ammattitaitoista ja selkeää. He toivat myös monipuolisesti esille ohjauksen sisällön ja kannustivat osallistujia. Lääkäriin henkilökohtaisia tapaamisia ja niiden helppoa saatavuutta arvostettiin kovasti.

Vastaajat kokivat muilla ryhmänjäsenillä olleen myös iso merkitys. Kokemusten vaihto ja ryhmän kannustus toi heille tunteen, etteivät he ole yksin ongelmiansa kanssa. Heiltä sai myös neuvoja pussikeittojen suhteen, kuinka saada keitoista miellyttäviä ja syötyä niitä. Yksi kyselyyn vastannut koki, ettei voisi nousta puntarille koko ryhmän edessä jos paino ei ollut laskenut, tämäkin taas osalle nostatti motivaatiotasoa. Ryhmän onnistuminen ja positiivinen palaute kohotti myös omaa onnistumisen halua

"jos hekin onnistuvat, niin miksen minäkin".

5.2 Painonhallintaa hidastavia tekijöitä

Painonhallintaa vaikeuttavista asioista esille tuli pussiruokien vastenmielisyyt, normaaliruuan kaipuu sekä ryhmäläisen oma kokemus niukkaenergisestä dieetistä tulosten pysymättömyydestä. Useissa vastauksissa kerrottiin myös voimattomuuden ja ruoan kaipuun tuoneen vaikeuksia pysyä dieetissä.

"Nutrilettien syöminen oli painajainen"

"Ei oikein jaksanut käydä lenkillä, myös leivän kaipuu oli joskus vaikeaa ja myös suolaa kaipasin"

"Heikko olo"

Negatiivisia asioita olivat myös alkoholin käyttö, juhlat sekä ystävien tapaamiset. Perussairaus ja epäily sen lääkityksen ajan tasalla olemisesta vaikuttivat osaltaan negatiivisesti painonhallintaan.

"Juhlatilanteet, kun toiset söi herkkuja eikä itse voinut syödä"

"Minun kohdalla diabeteslääkitys ehkä ois pitänyt lopettaa kokonaan. ... Ehkä se meni jossain vaiheessa niin alas ja tuli heikko olo (otin sitten kielletyn leipäpalan ehkä kaksikin) jne."

5.3 Missä asioissa olisi kaivattu lisätukea

Ryhmäläiset kaipasivat erityisesti lisätukea tapaamisten ohella. Kyselyyn vastanneista enemmistö olisi kaivannut pidempää jaksoa ja tukea myös dieetin jälkeen. Ehdotuksina tulikin toiveita uusintakursseista tai jatkokursseja jo olleille ENED-ryhmille. Myös seurantaa dieetin jälkeen ehdotettiin, esimerkiksi muistutuksia puolen vuoden välein.

"Olisi ns. tukihenkilö kaverina"

"Kurssin aikana olisin tarvinnut lisätukea, mahdollisuus uuteen kurssiin tulisi saada"

Toisena tärkeänä asiana pidettiin ohjausta normaaliruuan suhteen ja kauppakassin kokoamiseen omien tarpeiden mukaan, josta ryhmäläiset kokivat jääneen paitsi. Normaaliruuan ja kauppakassin kokoamiseen liittyvän ohjauksen lisäksi, kyselyssä tuli vastauksissa esille, että mielenhallintaa tukevat esitelmät dieetin aikana olisivat olleet tarpeen. Kurssilta kaivattiin myöskin enemmän pitkäjänteisyyttä.

"No aikaa olisi pitänyt olla enempi, jatko kurssia toivoen, odottaen"

"Kauppakassin kokoaminen itselle omiin tarpeisiin"

"Pitempi jakso/tiheämmät tapaamiset/punnitukset"

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN TARKASTELU

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkittavasta mahdollisimman luotettavaa tietoa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tehostaa tutkijoiden tarkka ja avoin selostus tutkimuksen toteutuksesta. Tutkimusta tehdessä luotettavuuden arviointi on välttämätöntä. se voidaan toteuttaa erilaisten kriteerin kautta, kuten siirrettävyydellä, reflektiivisyydellä, vahvistettavuudella ja uskottavuudella. Tämä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Aineiston analyysissä käytettävässä luokittelussa on lukijalle kerrottava luokittelujen perusteet. Tulosten tulkinnassa olisi kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkinnat, sekä millä perusteella johtopäätökset on tehty. Tutkimusta voi selkeyttää esimerkiksi suoralla haastattelun vastauslainauksella. (Hirsjärvi ym. 2007, 227–228. Kylmä ym. 2007, 127; Kankkunen, ym. 2013, 197; Hirsjärvi, ym. 1996, 231)

Kaksi tärkeää tutkimuksen luotettavuuden mittaria ovat reliiabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetillä tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimusta voidaan pitää reliiabiliteetillä esimerkiksi, kun samaa asiaa tutkitaan kahdella eri tutkimuskerralla ja päädytään samaan tulokseen. Uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty, mitkä ovat sen rajoitukset ja vahvuudet. Tulosten ja aineiston suhteen kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Validiteetillä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa käytetty tutkimusmenetelmä kykenee mittaamaan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja tutkimusmenetelmät eivät aina vastaa sitä, mitä tutkijan on tarkoitus tutkia. Esimerkiksi kyselylomakkeessa vastaajat ovat saattaneet ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on tarkoittanut. Jos tutkija edelleen käsittelee saadut vastaukset oman ajattelumallinsa mukaisesti, tuloksia ei voi pitää luotettavina. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227; Kankkunen, ym. 2013, 197; Hirsjärvi, ym. 1996, 231–233)

Erityisesti tässä tutkimuksessa, kun on kyse arasta ja erittäin yksityisestä asiasta kuin oma paino, tulee huomioida tuloksia analysoitaessa ihmisten tapa kaunistella asioita ja omaa painoaan. Kyselyyn vastanneiden määrä oli tässä tutkimuksessa vähäinen, joten se myös vaikuttaa tulosten luotettavuuteen.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISET LÄHTÖKOHDAT

"Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin." (Kankkunen, ym. 2013, 211.)

Opinnäytetyötä tehtäessä on huomioitava tutkimuksen eri vaiheiden eettiset vaatimukset. Koko prosessin ajan tulee pohtia miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Jo opinnäytetyön aiheen valinta on eettinen kysymys. Tutkimukselle on löydettävä perustelut: miksi tutkitaan juuri tätä asiaa, onko tutkimukselle tarvetta ja mikä on tutkimuksesta saatava hyöty. Tutkimusaihe ja tutkimusongelmat tulevat olla sellaisia, etteivät ne loukkaa ketään eivätkä esimerkiksi sisällä väheksyviä oletuksia jostain potilas- tai ihmisryhmästä. Tutkimuksen tietolähteiden valinnassa on mietittävä ensin, minkälaiseen ongelmaan halutaan saada vastaus. Tietolähteiden valinta on tärkeää tutkimuksen yleisen luotettavuuden sekä eettisen luotettavuuden kannalta. On osattava valita tutkimuksen kannalta juuri tutkimusongelmaan vastauksen mahdollistavat tietolähteet. (Leino-Kilpi, ym. 2003, 284–285, 288–289; Kankkunen, ym. 2013, 211–212; Hirsjärvi, ym. 1996, 23–26)

Tutkimuksessa on kiinnitettävä huomio tutkittavien henkilöiden oikeuksiin ja kohteluun. Painonhallinta voi monelle olla arka ja yksityinen asia, joten tässä tutkimuksessa eettisyyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tutkittavia ihmisiä tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Tutkittavilta on pyydettyä suostumus tutkimukseen osallistumisesta sekä informoitava mahdollisimman monipuolisesti ja rehellisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja kulusta. Tutkittaville on selvitettävä heidän oikeutensa ja annettava mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta sekä antaa mahdollisuus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkittavien henkilötietoja ei saa paljastaa missään vaiheessa tutkimusta. Tutkittavan anonymiudesta on tärkeä huolehtia koko tutkimuksen ajan. Anonymiteetti toteutuu ohjaamalla kyselylomakkeet suoraan tutkijalle anonymisti, tällöin ei tutkimuksessa esille nostetut yksityiskohdat paljasta kyselyyn vastaajaa. Tutkimustuloksia ei myöskään käytetä muuhun kuin osallistujat ovat antaneet luvan. (Leino-Kilpi, ym. 2003, 290; Kankkunen, ym. 2013, 218–219; Hirsjärvi, ym. 1996, 23–26)

Tutkimusaineiston käsittelyssä ja analysoinnissa eettisesti keskeistä on, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti hyödyntäen koko tutkimusaineisto. Tulosten raportoinnissa olennaisinta on rehellisyys. Tutkimustuloksiin ei saa vaikuttaa tutkijan omat ennakkokäsitykset tai asenteet tutkittavaa asiaa kohtaan. Pitää välttää mahdollisesta ennakkoasenteesta johtuvaa vääristymää, mikä ei välttämättä ole tutkijalla edes tietoinen virhelähde. Tutkijalla voi olla ennakkoasenteita tai tiettyjä odotuksia tai epäilyjä tutkittavaa asiaa kohtaan. On tärkeää tunnistaa tämänkaltaiset ennakkoasenteet ja pyrkiä vapautumaan niistä. Eettisessä ja luotettavassa tutkimuksessa on välttämätöntä, että raportoinnissa ja julkistamisessa huomioidaan, ettei tutkija ole missään tapauksessa muokannut tutkimustuloksia haluamaansa suuntaan, väärentänyt niitä tai kopioinut aikaisempaa tutkimusta. (Leino-Kilpi, ym. 2003, 292–293; Kankkunen, ym. 2013, 211–212; Hirsjärvi, ym. 1996, 23–26)

Opinnäytetyötä varten tarvittiin tutkimuslupa ylihoitajalta. Käytännössä tämä tarkoittaa osapuolten välistä sopimusta opinnäytetyön tekemisestä. Sopimuksen allekirjoittivat lisäksi toimeksiantajan edustaja sekä ammattikorkeakoulun edustaja. Yhteyshenkilömme oli myös saatava lupa tutkittavilta heidän yhteystietojensa luovuttamiseen. Tutkimuksen aikana tuli muistaa koko ajan vaitiolovelvollisuus. Myös tutkimukseen osallistuville korostettiin, ettei tutkimuksesta käy ilmi heidän henkilötietojansa ja, että tutkimuksessa ilmenneitä asioita käytetään ainoastaan tutkimusta varten. Lisäksi osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Liikalihavuus on kasvavissa määrin yhteiskunnassamme. Sain työstä hyviä esimerkkejä ja perehdytystä tulevaa ammattia varten. Teoria pohja antoi ymmärrystä niin liikalihavuuteen kuin ryhmäohjauksen tarpeesta ja toimivuudesta. Ymmärsin myös helpommin kuinka tärkeä tekijä liikalihavuus on muidenkin sairauksien suhteen. Laihduttamisen avulla ihminen voi päästä eroon pitkäaikaisista sairauksista ja lääkityksistä, kuten esimerkiksi diabeteksesta.

Länsi-Pohjan keskussairaalan erittäin niukkaenergisestä dieetistä ja ryhmän ohjauksesta jäi minulle kuva, ettei se toiminut kovin pitkäjänteisesti ja ennakoivasti. Vastausten perusteella tulin siihen johtopäätökseen, ryhmän tuoma tuki ja ohjaajien ammattimaisuus oli isossa roolissa dieetin onnistumisessa. Dieettiin osallistujan oma ajatusmaailma paremmasta ja kevyemmästä tulevaisuudesta yhdessä tiheiden tapaamisten ja punnitusten lisäksi vahvistivat osallistujien onnistumisen tunnetta. Kuitenkin pääasiallinen tunne osallistujien kokemuksista kertoi ryhmäohjauksen olleen liian lyhyellä ajalla toteutettu. Tällöin osallistujat kokivat niin sanotusti tietoähkyn, jonka osa osallistujista kyselyissä totesi. Tuloksia tulkittaessa huomasin myös, että tulosten pysyvyys oli heikkoa. Tätä moittivat myös useat kyselyyn osallistujat. 7/10 kuitenkin oli saanut pidettyä painon lähtöpainoon verrattuna, mutta vain muutamia kiloja matalampana. Useat osallistujat myös kertoivat ruokien olleen vastenmielisiä ja vaikeita nauttia sekä aiheuttaneen heikkouden tunnetta ja kaipuun tavallisen ruuan aiheuttamaan suutuntumaan. Tarkemmin ENE-dieettiin perehtyessäni tuli myös ilmi asioita joita olisi myös Länsi-Pohjan keskussairaalan ryhmäohjauksessa saattanut tuoda parempia tuloksia. Pertti Mustajoki kuvailee tapausesimerkkiä ENED painonhallintaryhmään osallistuneesta Heikistä. Heikillä oli useita samoja haittavaikutuksia mitä on tullut omissa tutkimustuloksissakin esille. Näihin Heikki sai helpotusta ohjaajien antamalla ohjauksella, esimerkiksi uupuminen saattoi johtua nestehukasta, ja tällöin Heikki huomasi piittää myös nestepäiväkirjaa. Heikin painonhallintaryhmä kokoontui useita kertoja vielä painonhallintavalmisteiden nauttimisen lopetettuakin ja sai tällöin paremmin tukea normaaliin ruokavalioon siirryttäessä ja uusia neuvoja liikuntatottumuksiin. Länsi-Pohjan ENED-ryhmän kyselyitä tutkittaessani, huomaan, että Heikin ryhmän keinoja käytettäessä olisivat

tutkittavat voineet saada tarvitsemaansa tukea myös arkielämään palatessa. Myös parempi ohjaus laihdutusvalmisteiden uudelleen maustamiseen olisi voinut tuoda myös parempia tuloksia ja helpompaa ruokailutilanteista heille, jotka kokivat ruokailut vastenmielisiksi. Osallistuneiden kokemusten perusteella ja tulosten heikkoudesta voisi päätellä myös, että pitkäjänteisemmällä ohjauksella ja pidemmällä seurantajaksoilla vielä dieetin jälkeenkin voisi olla parempia tuloksia. Osallistujat myös itse kaipasivat jatkokursseja ja pidempiä seurantajaksoja heidän onnistumisensa tueksi. Tärkeää olisi painonhallinnan ohjauksen lisäksi myös painottaa mielenhallintaan ja tukeen normaali ruokaan siirryttäessä, ohjeistukseen tavalliseen elämään siirryttäessä. (Pietiläinen, ym. 2015, 243–244.)

Opinnäytetyötä työstettäessä haasteena oli työn yksin tekeminen parini lopetettua opinnot. Haastavaksi työn teki myös, kun kyselyihin ei osallistunut kuin murto-osa ryhmästä. Tulosten tultua jouduin arvioimaan saanko vastauksista tarpeeksi luotettavia tuloksia. Painosta keskustelu on monelle ihmiselle arka aihe, ja erityisesti silloin jos omassa dieetissään ei ole pysynyt, tämä herättääkin ajatuksia, että olisivatko kyseiset syyt aiheuttaneet vastauksien kyselyssä. Jos näin on, niin kokisin, että painonhallinta ryhmässä pitäisi panostaa henkilön yksilöllisyyteen ja tarjottava myös terapeutteja palveluita oman itsetunnon kohottamiseksi ja ongelmien kohtaamisen helpottamiseksi.

9 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Liikalihavuus on kasvamassa ylenevässä määrin ja dieetit ovat muodostuneet melkein jo trendi-ilmiöksi. Ryhmänohjausryhmät ovat taas taloudellisen laskun vuoksi kasvamassa säästösyistä. Jatkotutkimusaiheita ja mahdollisuuksia yllämainittujen syiden vuoksi riittää.

Erilaiset ryhmänohjaukset painonhallinnassa ovat kasvussa ja olisikin tärkeää tarkemmin tutkia onko muissa painonhallintaryhmissä pysyviä tuloksia painonhallinnassa ja mitä kehitys kohteita muissa ryhmissä huomattiin. Ovatko vain ENED-ryhmän painon pysyvyys tulokset heikkoja vai onko heikkoja tuloksia muissakin painonhallintaryhmissä, onko siis ohjauksessa kehittämisen varaa vai dieetissä.

Länsi-Pohjan Keskussairaalan ENED-ryhmän ohjauksekansio on myös vielä paperisessa muodossa, olisiko esitysten muuttaminen sähköiseen muotoon parempi ja kiinnostavampi esitys muoto ryhmään osallistujille. Helpottuisiko myös ohjaajan esitysten päivittyminen ja pystyisikö ohjaaja lisäämään omaa henkilökohtaista tukea esitysmateriaalin päivitysten myötä ja parantaisiko päivitys sen tuloksia. Saisiko kansioista tehtyä erillistä ohjausopasta paperimuodossa tai vaikka digi-muodossa annettavaksi ryhmään osallistujille.

Ajatuksia herätti myös, että olisiko mahdollista tehdä erillistä "keittokirjaa" dieettiin osallistujille? Opas voisi sisältää tarkemman avauksen ENE-dieetin vaatimasta ruokavaliosta sisältäen muutaman ruoka-ohjeen pussikeittojen miellyttävyyden lisäksi. Dieetin aikana sai käyttää vähäenergiaisia kasviksia ja myös mausteita, niin näitä hyväksi käyttäen voisi pussikeitoista saada miellyttävän makuisia ja tuoda sitä kaivattua suutuntumaa.

LÄHTEET

Aikuisten lihavuus- työryhmä, 2010. Erittäin niukkaenergiaisen (ENE) dieetin käytännön toteutus ja tulokset. Luettu 20.05.2015

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00169

Heinonen, Liisa & Ilanne-Parikka, Pirjo 2009. Erittäin niukkaenerginen (ENE) dieetti. Päivitetty 15.9.2009. Luettu 28.1.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00703>

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1996. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo, 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy

Kääriäinen, Sirpa & Turunen, Marianne. 2003. Tavoitteena painonhallinta- ryhmäläisten kokemuksia osallistumisesta painonhallintainterventioon. Kuopion yliopisto

Laukkanen, Hilikka 2011. Diabeteshoitaja. ENE-painonhallintaryhmän aineisto 2011.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim Pertti Mustajoki, 1993. Erittäin niukkaenergiainen ruokavalio - lihavuuden uusi hoitomuoto. Luettu 20.05.2015 http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo30242&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Mustajoki, Pertti, 2008. Ylipaino. Duodecim, Helsinki.

Mustajoki, Pertti & Fogelholm, Mikael & Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti 2006. Lihavuus- ongelma ja hoito. Duodecim, Helsinki

Mustajoki, Pertti & Fogelholm, Mikael & Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti 2007. Lihavuus –ongelma ja hoito. 3. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki.

Mustajoki, Pertti & Lappalainen, Raimo 2001. Painonhallinta ohjaajan opas. Kustannusyhtiö Duodecim, Helsinki

Niemistö, Raimo 2002. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Palmenia-Kustannus, Tampere

Nyländen, Pirkko 2011. Lääkärin PowerPoint-luento ENE-painonhallintaryhmässä.

Pietiläinen, Kirsi. Mustajoki, Pertti. Borg, Patrik 2015. Lihavuus. Duodecim. Porvoo.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Lihavuus (aikuiset), Käypähoitosuositus. 2013. Duodecim

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=039235A6D31E70B7C5177BA00410F159?id=hoi24010#s14>

Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2011. Erittäin niukkaenergiainen ruokavalio (ENE). Luettu 20.05.2015

http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=121271

Suomen sydänliitto ry. Rasvan laatu kohdalleen. Luettu 18.5.2011.
<<http://www.sydanliitto.fi/pehmeat-rasvat>>

Turku, Riikka 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Edita.

World Health Organisation. 2015. Obesity and overweight. Luettu 30.10.2015.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

LIITELUETTELO

Liite 1

Arvioikaa alla olevan janan avulla kuinka tehokkaaksi koitte ENE-dieetin painonhallinnan kannalta? Merkitkää rasti valitsemaanne kohtaan.

Ei lainkaan 0 _____ 10 Erittäin
tehokas tehokas

Liite 2

Arvioikaa kuinka tyytyväinen olette painoonne tällä hetkellä merkitsemällä rasti alla olevalle janalle.

En lainkaan 0 _____ 10 Erittäin
tyytyväinen tyytyväinen

Liite 3

Hyvä ENED-painonhallintaryhmään osallistunut.

Länsi-Pohjan Keskussairaalan sisätautipoliklinikka on pyytänyt Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun opiskelijoita tutkimaan kokemuksia painonhallintaryhmistä. Terveystenhoitajaopiskelija, Pauliina Kauppila-Hopeevaara, tekee sisätautipoliklinikan antaman aihealoitteen pohjalta opinnäytetyötä painonhallintaryhmien hyödyistä painonhallinnassa.

Lähehtämällä täytettynä ohessa olevan kyselylomakkeen, osallistutte osaltanne tutkimukseen ja painonhallintaryhmien kehittämiseen.

Toivomme Teidän vastaavaan oheiseen kyselyyn 21.10.2011 mennessä. Vastauskuoren postimaksu on valmiiksi maksettu. Toivomme Teidän suhtautuvan myönteisesti kyselyymme, sillä avullanne saamme arvokasta tietoa tutkimustamme varten.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eli missään vaiheessa tutkimukseen osallistuvien henkilötiedot eivät käy ilmi.

Annan mielelläni lisätietoa tutkimuksesta.

Hilkka Laukkanen

Diabeteshoitaja

Sis.tautienpoliklinikka, L-PKS

puh. 016-243512

ma, ke, to-pe klo. 9-10,

ti klo.15-16

Toivomme Teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin.

1. Sukupuoli mies ___ nainen ___

2. Painonne **ennen** ENE-dieettiä: _____ kg

3. Painonne **heti** ENE-dieetin **päättymisen jälkeen**: _____ kg

4. Painonne **noin vuosi** ENE-dieetin **päättymisen jälkeen**: _____ kg

5. Pituus _____ cm

6. Arvioikaa alla olevan janan avulla kuinka tehokkaaksi koitte ENE-dieetin painonhallinnan kannalta? Merkitkää rasti valitsemaanne kohtaan.

Ei lainkaan 0 _____ 10 Erittäin

tehokas

tehokas

7. Arvioikaa kuinka tyytyväinen olette painoonne tällä hetkellä merkitsemällä rasti alla olevalle janalle.

En lainkaan 0 _____ 10 Erittäin

tyytyväinen

tyytyväinen

Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin. Tarvittaessa voitte jatkaa vastauksianne paperin kääntöpuolelle.

8. Mitä mieltä olette ENED-painonhallintaryhmän tapaamisten sisällöstä? Mikä oli hyvää ja mikä huonoa?

9. Mitä mieltä olette ENED-painonhallintaryhmän ohjaajien toiminnasta? Mikä oli hyvää ja mikä huonoa?

10. Minkälainen merkitys mielestänne muilla ryhmänjäsenillä on ollut painonhallinnan tukemisessa?

11. Minkä erityisesti koitte tukevan painonhallintaanne ENE-dieetin aikana?

12. Minkä koitte ENE-dieetin aikana vaikeuttavan painonhallintaanne?

13. Missä asiassa olisitte kaivanneet lisää tukea ENE-dieetin aikana?

Kiitos ajastanne!

Liite 4

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Länsi-Pohjan Keskussairaala Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Hiikka Laukkanen	
	Työn aihe Opinnäytetyö, Erittäin Niukka Energinen Dieetti	
Tekijä	Nimi Pauliina Kauppila-Hopeevaara	Opiskelijanumero K0851168
	Katuosoite Kyllikkinraitti 13 E 19	Postinumero 94700
	Puhelin 0408351298	Postitoimipaikka KEMI
	Suoritettava tutkinto Hoitotyönkoulutusohjelma, Terveystieteiden	Sähköpostiosoite Pauliina.Kauppila-Hopeevaara@edu.lapinamk.fi
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Meinilä Arja Puro Anne	Ryhmätunnus 5AMK39TH
	Toimipaikka ja osoite Lapin AMK	Tehtävänimike Lehtori
	Puhelin 050 310 9498 Arja 050 310 9353 Anne	Sähköpostiosoite arja.meinila@lapinamk.fi, anne.puro@lapinamk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakouluilla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä <i>KEMI 5.4.16</i>	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	<i>DIAB. HOIT. HILKKA LAUKKANEN Hilikka Laukkanen</i>	
Tekijä	<i>Kemi 5.4.16</i>	
Lapin AMK	<i>Arja Meinilä Anne Puro</i>	