



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# YLIPAINOISTEN JA LIHAVIEN LASTEN JA NUORTEN RAVITSEMUSHOITO

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Juuli Niemelä

Venla Määttänen

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2018  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

NIEMELÄ JUULI & MÄÄTTÄNEN VENLA:  
Ylipainoisten ja lihavien lasten ja nuorten ravitsemushoito  
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 5 sivua  
Huhtikuu 2018

---

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin koota yhteen tutkittua tietoa lasten ja nuorten lihavuudesta ja ylipainosta, ravitsemushoidosta sekä elämäntapamuutokseen liittyvistä motivaatiotekijöistä. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, millaisia syitä on 2–18-vuotiaiden lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä heikkoon ohjautuvuuteen käyttämään ravitsemusterapeutin palveluita. Lisäksi opinnäytetyössä selvitettiin, millaisilla keinoilla perheet saataisiin käyttämään aiempaa enemmän ravitsemusterapeutin palveluita. Opinnäytetyön tavoitteena oli koota Ylöjärven terveyskeskukselle tutkittua tietoa siitä, miksi ravitsemusterapeutin palveluiden käyttö on vähäistä 2–18 -vuotiailla, ja tarvitaanko terveyskeskuksen toimintatapoihin muutoksia.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Ylöjärven terveyskeskuksen kanssa. Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineiston haku toteutettiin syksyn 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana. Tiedonhaussa käytetyt tietokannat olivat Medic, CINAHL, MEDLINE (EBSCO) sekä Joanna Briggs Institute EBP Database. Opinnäytetyöhön valittiin seitsemän tutkimusta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustulokset osoittivat, että heikkoon ohjautuvuuteen ravitsemusterapeutille vaikuttavat paino-asioiden arkaluontoisuus, puutteellinen elintapaohjaus, vanhempien motivaation puute ja vanhempien tunteet. Ravitsemusterapeutille ohjautumista edistäviä keinoja ovat vertaistuki, hoidon perhekeskeisyys, teknologia-avusteinen ohjaus ja selkeät elintapaohjeet. Lisäksi ohjautumista edistää perheen ja hoitohenkilökunnan välinen hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde.

Ravitsemusterapeutille ohjautuvuudesta on melko vähän tutkittua tietoa. Aiheesta voitaisiin saada tarkempaa tietoa, jos asiaa tutkittaisiin haastatteluiden avulla. Perheitä ja vanhempia haastatteleamalla voitaisiin saada työelämäyhteydelle lisää soveltamiskelpoista tietoa siitä miksi ravitsemusterapeutille ohjautuminen on heikkoa ja mitkä tekijät motivoisivat perheitä käyttämään enemmän ravitsemusterapeutin palveluita.

---

Asiasanat: ylipaino, lihavuus, lapset, perhe, ravitsemushoito, motivaatio

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Nursing

NIEMELÄ JUULI & MÄÄTTÄNEN VENLA:  
Nutritional Therapy for Overweight and Obese Children and Adolescents  
Descriptive literature review

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 5 pages  
April 2018

---

The purpose of this study was to gather evidence-based information on children's and adolescents' obesity and overweight, nutrition therapy and motivation. The objective of this study was to examine why children and adolescents do not use dietician's services much and how they could use services more.

The study was carried out as a descriptive literature review. The data were collected using Medic, CINAHL, MEDLINE (EBSCO) and Joanna Briggs Institute EBP Database. The data were analyzed by means of a content analysis. Seven researches were chosen to this study process.

The results of this study indicate that seeking a dietician's services is not active, because weight is a sensitive issue, healthy lifestyle promotion is low and parents may have weak motivation and negative feelings. Peer support, family-centred interventions, practical life style instructions and technological interventions can increase children's and adolescents' interest/activity towards dietician's services. In addition, it is important that families and health care workers have a confidential relationship.

The existing researched information on dietary guidance is somewhat limited. More detailed information could be gathered if a study was conducted as a survey. Interviewing families could yield more usable information for health care providers, as for example why seeking dietician's services is not that common and which factors would motivate families to use more nutrition services.

---

Key words: overweight, obesity, children, family, nutrition therapy, motivation

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT & TAVOITE.....	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
	3.1. Teoreettiset käsitteet .....	9
	3.2. Lasten ja nuorten lihavuus ja ylipaino .....	10
	3.2.1 Painoindeksi ja pituuspaino .....	10
	3.2.2 Lasten ylipainon ja lihavuuden riskitekijät .....	11
	3.2.3 Lihavuuteen liittyvät sairaudet ja häiriöt.....	12
	3.3. Ravitsemushoito.....	13
	3.3.1 Ravitsemusterapeutti .....	14
	3.3.2 Ravitsemushoidon tarpeen arviointi ja toteutus .....	15
	3.3.3 Ravitsemusohjaus.....	17
	3.3.4 Lasten ja nuorten ravitsemushoito .....	19
	3.3.5 Ravitsemushoidon seuranta.....	21
	3.4. Elämäntapamuutokseen motivoivat menetelmät .....	22
	3.4.1 Muutosmotivaation vahvistaminen lapsen ja nuoren lihavuuden hoidossa .....	22
	3.4.2 Motivoiva haastattelu .....	24
	3.4.3 Muksuoppi .....	25
	3.4.4 Painokas työkalupakki .....	26
4	MENETELMÄ .....	27
	4.1. Kirjallisuuskatsaus .....	27
	4.2. Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen.....	28
	4.3. Kirjallisuushaku ja aineiston valinta.....	28
	4.4. Tutkimusten arviointi.....	30
	4.5. Aineiston analyysi ja synteesi .....	31
	4.6. Tulosten raportointi.....	32
5	TULOKSET .....	33
	5.1. Syitä heikkoon ravitsemusterapeutille ohjautumiseen.....	33
	5.2. Ravitsemusterapeutin palveluiden käyttöä lisäävät keinot .....	35
6	POHDINTA.....	37
	6.1. Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu.....	37
	6.2. Eettisyys ja luotettavuus .....	39
	6.3. Haasteet ja jatkotutkimusehdotukset.....	41
	LÄHTEET.....	43

LIITTEET .....	47
Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset .....	47
Liite 2. Analyysirunko.....	50

## 1 JOHDANTO

Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä (Mustajoki 2016). Yhdysvalloissa 16,9 % nuorista olivat lihavia vuosina 2011–2012 (Ogden, Carroll, Kit & Flegal 2014, 809). Viimeisen 30 vuoden aikana ylipainoisten määrä 12–18-vuotiaiden keskuudessa on kolminkertaistunut Suomessa (Tarnanen & Komulainen 2012). Ylipaino ja lihavuus määritellään kehon suurentuneeksi rasvan määräksi (Vanhala 2012, 15). Yleisesti lihavuuden lisääntymisen syynä on pidetty liikunnan vähenemistä. Energiansaannin ja kulutuksen välinen epätasapaino aiheuttavat lihavuutta. (Vanhala 2012, 13.)

Lasten ja nuorten kasvua, eli pituuden ja painon suhdetta seurataan pituuden ja painon kasvukäyrällä. Lisäksi kehon painoindeksillä, eli body mass indexillä (BMI) mitataan pituuden ja painon suhdetta. Painoindeksi antaa viitteitä lapsen ja nuoren kehon rasvamäärästä. Pelkästään painoindeksiä ei voida kuitenkaan käyttää sellaisenaan lasten ja nuorten lihavuuden määrittämiseen. (Tarnanen & Komulainen 2012.) Lasten mittasuhteet ovat erilaiset kuin aikuisilla, ja ne muuttuvat koko ajan lapsen kehittyessä. Tämän vuoksi lapsen painoindeksiluku ei ole verrattavissa aikuisen painoindeksin kanssa. (Dunkel, Saarelma & Mustajoki 2016.) Nykyään käytetään lapsille sovellettua ISO-painoindeksiä, jolla voidaan arvioida erityisesti lasten ja nuorten ylipainoa. (Tarnanen & Komulainen 2012.)

Lasten ja nuorten lihavuuden hoidossa käytetään elämäntapaohjausta, johon yhtenä osana alueena kuuluu ravitsemushoito (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 123). Ravitsemushoito on terveyttä edistävä tekijä ja hyvä ravitsemustila on hyvinvoinnin edellytys. Ravitsemusterapeutti arvioi asiakkaan ravitsemustilaa ja ravinnon tarvetta, tekee ravintoanamneesin, antaa ravitsemusohjausta ja asettaa potilaan kanssa tavoitteita ravitsemuksen parantamiseksi. Ravitsemushoito on asiakaslähtöistä ja omaisilla on keskeinen merkitys ravitsemushoidon onnistumisessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 16–17).

Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä kirjallisuuskatsaus, joka selvittää, miksi perheet käyttävät heikosti ylipainoisille lapsille ja nuorille tarkoitettuja ravitsemusterapeutin palveluja. Opinnäytetyön aihe on työelämästä lähtöisin ja työelämäyhteytenä toimii Ylöjärven

terveyskeskus. Ylöjärven terveyskeskuksella on oma ravitsemusterapeutti mutta ongelmana on, että 2–18-vuotiaat lapset ja nuoret eivät ohjaudu ravitsemusterapeutin palveluiden pariin. Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT & TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä kirjallisuuskatsaus, joka selvittää miksi perheet käyttävät heikosti ylipainoisille lapsille ja nuorille tarkoitettuja ravitsemusterapeutin palveluita. Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia syitä on 2–18 -vuotiaiden lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä heikkoon ohjautuvuuteen käyttämään ravitsemusterapeutin palveluita?
2. Millaisilla keinoilla perheet saataisiin käyttämään aiempaa enemmän ravitsemusterapeutin palveluita?

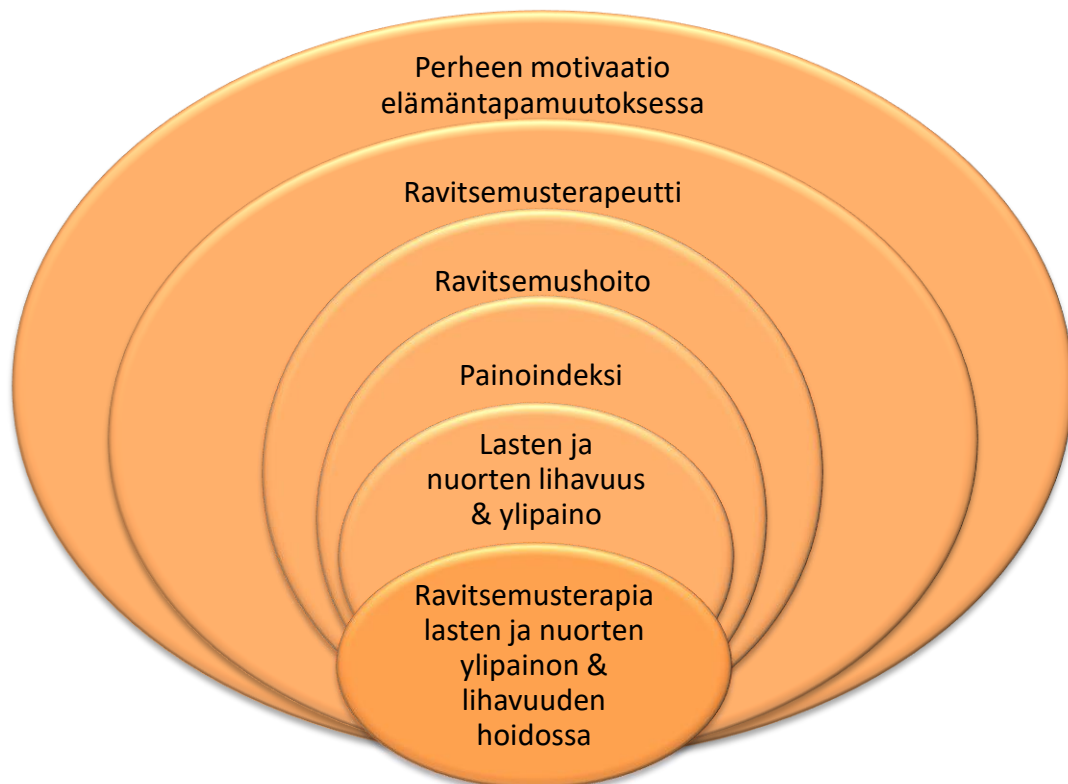
Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Ylöjärven terveyskeskuksen käyttöön tutkittua tietoa siitä, miksi ravitsemusterapeutin palveluiden käyttö on vähäistä 2–18 -vuotiailla, ja tarvitaanko Ylöjärven terveyskeskuksen toimintatapoihin muutoksia.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1. Teoreettiset käsitteet

Tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat ravitsemusterapeutti, ravitsemushoito, lasten ja nuorten lihavuus ja ylipaino, painoindeksi ja perheen motivaatio (Kuvio 1).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään yleistynyttä lasten ja nuorten ylipainoa ja lihavuutta sekä niiden hoitoa. Ravitsemushoito on merkittävä osa paino-ongelmien hoitoa. Tässä opinnäytetyössä ravitsemushoitoa käsitellään yleisellä tasolla, sillä lasten ja nuorten sekä aikuisten ravitsemushoidossa on samanlaisia periaatteita. Ravitsemusterapeutti on osa teoreettisia lähtökohtia, sillä ravitsemushoidossa keskeinen toimija on ravitsemusterapeutti. Opinnäytetyössä perheen motivaatiolla tarkoitetaan kaikkia perheen ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat perheen muutoshalukkuuteen lihavan tai ylipainoisen lapsen hoidossa ja elämäntapamuutoksessa. Perheen motivaatio elämäntapamuutoksen onnistumisessa on tärkeässä roolissa. Lasten ja nuorten lihavuuden hoitoon kuuluu elämäntapamuutos, jossa koko perheen osallisuus ja motivoitunut asenne on tärkeää.



Kuvio. 1 Teoreettinen viitekehys

### 3.2. Lasten ja nuorten lihavuus ja ylipaino

Lasten ja nuorten lihavuus on lisääntynyt viime vuosikymmenien aikana. Noin joka neljäs yli 12-vuotiaista lapsista on ylipainoinen. (Mustajoki 2016.) Tämä on huolestuttavaa, sillä lihavuuteen liittyy useita terveydellisiä riskitekijöitä (Saha 2009, 1967). Lapsuuden aikainen ylipaino ja lihavuus vaikuttavat merkittävästi sekä fyysiseen, että psyykkiseen terveyteen (Sahoo ym. 2015).

#### 3.2.1 Painoindeksi ja pituuspaino

Lasten ja nuorten lihavuutta seurataan pituuspainon ja painoindeksin avulla. Pituuspaino tarkoittaa painoa suhteessa samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainoon. Pituuden ja painon välistä suhdetta seurataan käyrällä. (Tarnanen & Komulainen 2012.) Pituuspainokäyrää käytetään neuvolassa, kouluterveydenhuollossa ja lääkärin vastaanotolla (Kautiainen 2009, 134).

Pituuspainon lisäksi lasten painoa arvioidaan painoindeksillä, joka ottaa huomioon lapsen iän. Tämä lasten painoindeksi on nimeltään ISO-BMI ja sitä käytetään 2–18 -vuotiailla. Tavallinen painoindeksi ei ole lapsilla toimiva, sillä kasvun aikana pituuden ja painon suhteet muuttuvat. Pituuden ja painon lisäksi laskuriin syötetään lapsen syntymäaika, sekä punnitsemispäivämäärä. Näiden tietojen avulla painoindeksilaskuri muuttaa lapsen painoindeksin aikuisen painoindeksiä vastaavaksi, jolloin pystytään käyttämään samoja raja-arvoja kuin aikuisilla. ISO-BMI:n avulla pystytään arvioimaan lapsen yli- ja alipainoa, sekä rasvaprosenttia. (Mustajoki 2016.)

ISO-BMI:n normaalipainon raja-alue on 17–25 (Taulukko 1). Lapsen osuessa näiden arvojen välille, on hän todennäköisesti normaalipainoinen. Lapsi on todennäköisesti ylipainoinen, jos painoindeksi on 25–30 . Poikkeuksena pitkät ja lihaksikkaat lapset, joiden painoindeksi voi olla yli 25, vaikka heidän rasvaprosenttinsa on normaali. Lapsen painoindeksin ollessa 25–30, perheen on hyvä tarkistaa ruoka- ja liikuntatottumuksiaan. Tärkeää on, ettei lapsen painoindeksi enää nouse. (Mustajoki 2016.)

Lapsen painoindeksin ollessa 30–35, voidaan puhua lihavuudesta. Lihavuutta tulee hoitaa ruoka- ja liikuntatottumusten muutoksilla. Kasvavan lapsen painoa ei tarvitse alkaa pudottamaan, sillä pituuskasvu normaalistaa painon vähitellen. Tärkeää on, ettei paino nouse. Kun lapsen painoindeksi on yli 35, puhutaan huomattavasta lihavuudesta. Tällaisessa tilanteessa tulee hakea apua terveydenhuollon ammattilaisilta. (Mustajoki 2016.)

TAULUKKO 1. ISO-BMI ja painoindeksi-arvot (Mukaiillen Mustajoki 2016.)

MÄÄRITELMÄ	PAINOINDEKSI
Normaalipaino	17–25
Ylipaino	25–30
Lihavuus	30–35
Huomattava lihavuus	yli 35

### 3.2.2 Lasten ylipainon ja lihavuuden riskitekijät

Lasten ylipainon kehittymiseen on liitetty monia riskitekijöitä, jotka liittyvät lapsen elintapoihin ja perheen taustatekijöihin. On todettu, että ylipainoisten vanhempien lapsilla on suurempi riski ylipainoon, kuin normaalipainoisten vanhempien lapsilla. Vanhempien lihavuus ennen lapsen syntymää lisää riskiä lapsen ylipainoisuuteen. Vanhempien ylipainon lisäksi myös vanhempien sosioekonominen asema vaikuttaa lapsen painoon. Alhainen sosioekonominen asema lisää lapsuus- ja aikuisiän lihavuuden riskiä. Toisaalta joissakin kehittyvissä maissa perheen hyvätuloisuus lisää lapsen lihavuuden riskiä. (Vanhala 2012, 23.)

Lasten elintapatekijöistä ylipainon riskiin vaikuttavat fyysisen aktiivisuuden ja unen määrä, ateriarytmi ja ruoka-annosten koko. Tutkimusten mukaan fyysinen aktiivisuus on yhteydessä lasten ja nuorten pienempään lihavuuden riskiin. Erityisesti aerobisen liikunnan on havaittu ehkäisevän sisäelinten ympärille kertyvän rasvan muodostumista. Vähäisen unen määrän on todettu lisäävän lihavuuden ja ylipainon riskiä lapsilla. Nuorilla lyhyet yöunet voivat aiheuttaa lisääntyntä näläntunnetta ja alentunutta sokerinsietoa. Epäsäännöllinen syöminen voi lisätä lasten ylipainon riskiä. Joissakin tutkimuksissa on havaittu lasten ylipainon riskin pienenevän kun aterioiden lukumäärä kasvaa. Useat tutkimukset osoittavat, että suurempien ruoka-annosten tarjoaminen johtaa lapsilla suurempaan energiansaantiin. (Vanhala 2012, 23–25, 29.)

### 3.2.3 Lihavuuteen liittyvät sairaudet ja häiriöt

Lihavuuteen liittyvät sairaudet ja häiriöt kehittyvät hitaasti vuosien kuluessa. Tästä syystä niitä ei ehdi kehittyä lapsille niin paljon kuin aikuisille. Kuitenkin huomattavasti lihavilla yli 10-vuotiailla on todettu paljon sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä. (Mustajoki 2016.) Lapsilla ja nuorilla todetaan myös aiempaa enemmän 2. tyypin diabetesta (Saha 2009, 1967). Lihavilla lapsilla on siis suurempi riski sairastua 2. tyypin diabetekseen, kuin normaalipainoisilla lapsilla.

Lihavuuteen liittyy myös vahvasti vyötärölihavuus, johon liittyvät veren rasvahäiriöt. Näitä ovat alhainen HDL-kolesteroli ja korkea triglyseridipitoisuus. (Mustajoki 2016.) HDL-kolesterolilla tarkoitetaan niin sanottua ”hyvää” kolesterolia. Se kuljettaa LDL-kolesterolia eli ”huonoa” kolesterolia pois valtimoista. (American heart association 2018.) Monissa tutkimuksissa on todettu, että suuri HDL-kolesterolin pitoisuus on hyväksi valtimosairauksien ehkäisyssä. Pieni HDL-kolesterolin pitoisuus suurentaa valtimosairauksien riskiä. (Eskelinen 2016.) Triglyseridit ovat kehon rasvoja. Korkea triglyseridipitoisuus yhdistettynä alhaiseen HDL-kolesterolin pitoisuuteen lisää sydänkohtauksen ja aivohalvauksen riskiä. (American heart association 2018.) Lapsuusiän lihavuus voi lisätä myös valtimotaudin riskiä (Lihavuus (lapset): Käypä hoito-suositus 2013). Valtimotaudilla tarkoitetaan verta kuljettavien valtimoiden ahtautumista, jolloin veren kulku valtimossa häiriintyy. Valtimotaudissa valtimoiden sisäpintaa verhoavan sisäkalvon alle alkaa kertyä pääasiassa LDL-kolesterolista peräisin olevaa plakkia. Plakin kertyminen on hidasta ja se voi alkaa jo nuorella iällä. (Mustajoki 2016.)

Ei-alkoholiperäinen rasvamaksa on yleistynyt nuorilla ja aikuisilla. Ei-alkoholiperäinen rasvamaksa on tila, jossa rasvaa kertyy maksan sisälle. Normaalitilassa maksasoluissa on vähäinen määrä rasvaa, mutta rasvamaksasta puhutaan, kun rasvaa on huomattava määrä maksasoluissa. Viime vuosikymmeninä rasvamaksasta on tullut yleisin lasten ja nuorten krooninen maksasairaus. (Children’s Liver Disease Foundation 2011.) Yleisimmät rasvamaksalle altistavat tekijät ovat vyötärölihavuus, 2. tyypin diabetes sekä ruokavalio, joka sisältää runsaasti sokeria ja hiilihydraatteja. Rasvamaksassa veren maksa-arvo alaniniaminotransferaasi (P-ALAT) on yli 2–3 kertaa yli normaalirajan. Jos henkilöllä on vyötärölihavuutta sekä koholla olevia arvoja niin rasvamaksan todennäköisyys on suuri. (Mustajoki 2017.)

Lihavilla lapsilla esiintyy myös verenpaineen nousua (Mustajoki 2016).

Allemand-Janderin tutkimuksessa (2010) 35,4 % tutkimukseen osallistuvista ylipainoisista lapsista kärsi korkeasta verenpaineesta. Pienillä lapsilla systolisen arvon eli yläpaineen raja on alle 100mmHg ja alapaine eli diastolinen paine on n. 60mmHg. Kouluikäisen systolisen paine on n. 110–120mmHg luokka ja diastolinen paine n. 75mmHg. Murrosiässä verenpainearvot nousevat aikuisen tasolle. Korkean verenpaineen rajaan vaikuttaa lapsen koko ja ikä. Lapsen verenpainearvot, jotka ovat yli 140/90, ovat poikkeavan korkeita. (Jalanko 2017.)

Terveysvaikutusten lisäksi lihavuus altistaa myös muille haitoille. Lihavuudesta johtuva suurikokoisuus aiheuttaa kömpelyyttä, mikä rajoittaa osallistumista urheiluun ja leikkeihin. Lihavat lapset joutuvat myös normaalipainoisia useammin ulkopuolisiksi kaveriporukoissa, sekä ovat useammin kiusaamisen kohteina. (Mustajoki 2016.)

Lasten lihavuus ja ylipaino jatkuvat usein aikuisikään asti (Sahoo ym. 2015). Tällöin lihavuuteen liittyvät häiriöt jatkuvat. (Mustajoki 2016). Jos painonhallinnassa onnistutaan lapsuus- ja nuoruusiässä, ovat lihavuuteen liittyvien häiriöiden kehittyminen aikuisena estettävissä (Valle & Jääskeläinen 2016, 2413). Jos lapsen ylipainoista päästään eroon jo lapsuuden aikana, säilyy hänen terveytensä yhtä hyvänä kuin koko ikänsä normaalipainoisina olleilla lapsilla. Pienten lasten ylipainoon on hyvä suhtautua rauhallisesti, sillä usein lievillä toimenpiteillä pystytään estämään lapsen lihominen. Kaikkein otollisin ikä hoitaa lasten lihavuutta on 6–12 vuoden iässä. Teini-iässä ylipainon hoitaminen on jo huomattavasti vaikeampaa. (Mustajoki 2016.) Tässä opinnäytetyössä lapsilla ja nuorilla tarkoitetaan 2–18-vuotiaita työelämäyhteyden hoitoprotokollan mukaisesti.

### **3.3. Ravitsemushoito**

Ravitsemushoito on tärkeää väestön terveyden ja elämänlaadun edistämisen kannalta. Ravitsemushoidolla tuetaan potilaan terveyttä ja estetään virheravitsemuksen syntymistä. (Haapa & Pölonen 2002, 17.) Ravitsemushoidon tavoitteena on tukea potilaan terveyttä, estää vajaa- ja virheravitsemuksen kehittyminen sekä parantaa potilaan huonontunutta ravitsemustilaa. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 11.) Virheravitsemuksella tarkoitetaan

tilaa, jossa ihmisen ravitseminen on epätasapainossa. Virheravitsemukseksi lasketaan vaajaravitseminen, ylipaino ja lihavuus sekä puutteellinen ruokavalio, josta ei saada tarvittavia ravinto-aineita. (World Health Organization 2017.)

Ravitsemushoidolla voidaan tukea potilaan elämänhallintaa ja edesauttaa vastuunkantoa oman terveyden hoitamisesta (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 11). Ravitsemushoidolla on merkittävä rooli potilaan kokonaisuhoiton kannalta. Ravitsemushoito on potilaan elämänlaatuun vaikuttava tekijä ja toimivalla ravitsemushoidolla voidaan helpottaa potilaan pärjäämistä oman sairautensa kanssa. (Haapa & Pölönen 2002, 17.)

### 3.3.1 Ravitsemusterapeutti

Ravitsemusterapeutti on ravitsemushoidon ammattilainen. Ravitsemusterapeutti työskentelee laaja-alaisesti eri-ikäisten ihmisten ravitsemuksellisten tarpeiden parissa. Ravitsemusterapeutin tutkinto suoritetaan yliopistossa. (Ammattinetti 2017.) Helsingin yliopistossa voi suorittaa ihmisen ravitsemuksen ja ruokakäyttäytymisen maisteriohjelman. Itä-Suomen yliopistossa voi kouluttautua ravitsemustieteen ammattilaiseksi eli ravitsemusterapeutiksi. (Agronomiliitto n.d.) Ravitsemusterapeutti voi erikoistua fysiologiseen ravitsemukseen, kansanravitsemukseen ja ruokapalveluiden johtamiseen. Opinnoissa perehdytään myös sairauksiin, niiden ehkäisyyn ja ravitsemushoitoon. Valvira eli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto myöntää ravitsemusterapeuteille toimiluvat. Lailistetut ravitsemusterapeutit ovat terveydenhuolto-alalla ainoa ammattiryhmä, jolla on ravitsemushoitoon ja ravitsemusterapiaan erikoistunut yliopistotutkinto. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry n.d.)

Ravitsemusterapeutit työskentelevät terveydenhuollossa, terveyskeskuksissa, sairaaloissa, työterveyshuollossa ja kuntoutuslaitoksissa. Lisäksi ravitsemusterapeutti voi toimia tutkimustyössä, sekä tuotekehitys- ja markkinointitehtävissä elintarvike-alalla. Ravitsemusterapeutti voi toimia myös yrittäjänä. Ravitsemusterapeutti voi työskennellä myös opetustehtävissä tai järjestötehtävissä, kuten elintarvike- ja kotitalousalan järjestöjen suunnittelu- ja johtotehtävissä. (Ammattinetti 2017.)

Ravitsemusterapeutin tehtäviin kuuluvat asiakkaan ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon suunnittelu. Ravitsemushoitoa arvioidaan ja seurataan yhteistyössä lääkäreiden ja muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa. Ravitsemusterapeutti pitää ravitsemusohjausta asiakkaille ja heidän omaisilleen. Ravitsemusterapeutin työnkuvaan kuuluvat myös ravitsemuskoulutukset ja konsultaatiot, sekä ravitsemushoidon kehittäminen. (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2010, 18.) Ravitsemusterapeutilta saa luotettavaa ja asiantuntevaa tietoa ravitsemuksesta ja toiminta perustuu aina tutkittuun tietoon. Ravitsemusterapeutti antaa tietoa ravitsemuksen ja terveyden yhteydestä sekä eri sairauksien ravitsemushoidosta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry n.d.) Ravitsemusterapeutin työ on moninaista ja ravitsemusterapeutin pitää tuntea erilaiset ravitsemusterapiat, ravitsemustilan kartoittamismenetelmät, erilaiset ravitsemushoidot sekä elintarvikkeet ja ravintosisällöt. Lisäksi ravitsemusterapeutti seuraa jatkuvasti ravitsemusalan kehittymistä kotimaassa ja ulkomailla. (Ammattinetti 2017.)

On monia terveysongelmia, joissa ravitsemusterapeutti voi auttaa. Ravitsemusterapeutille voi hakeutua muun muassa paino-ongelmien, ruoansulatusongelmien, korkean kolesterolin, iho-ongelmien ja autoimmuunisairauksien takia. Lisäksi ravitsemusterapeutille voi hakeutua jos kokee, että haluaa ravitsemuksellisia neuvoja yleisen hyvinvoinnin kohottamiseen. (Nutrition Therapists Of Ireland n.d.) Ravitsemusterapeutin vastaanotolle pääsee terveyskeskuksessa lääkärin tai hoitajan läheteellä, erikoissairaanhoidossa lääkärin läheteellä ja työterveyshuollossa lääkärin tai hoitajan läheteellä. Asiakkaan on myös mahdollista hakeutua yksityisen ravitsemusterapeutin vastaanotolle. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry n.d.)

Yleisimpiä ravitsemusterapeutin tehtävänimikkeitä ovat ravitsemusasiantuntija, ravitsemussuunnittelija ja ravitsemustutkija. Ravitsemusterapeutti voi toimia myös omalla toimimella. (Agronomiliitto n.d.)

### **3.3.2 Ravitsemushoidon tarpeen arviointi ja toteutus**

Ravitsemusongelman tunnistamisessa avainasemassa ovat asiakkaan läheiset, koska he ovat läsnä asiakkaan arkielämässä. Ravitsemukseen liittyvän ongelman tunnistamisen jälkeen on tärkeää, että potilas ohjautuu tai hänet ohjataan ravitsemusterapeutin vastaan-

otolle. Varhain aloitettu ravitsemushoito on taloudellisinta ja tuloksellisinta. Varhain aloitetulla ravitsemushoidolla voidaan tehokkaasti ehkäistä vajaa- ja virheravitsemustilan kehittymistä. (Haapa & Pölönen 2002, 17–18.) Tuloksellisen ravitsemushoidon tunnuspiirteitä ovat ravitsemushoidon oikea-aikaisuus ja laadukkuus sekä se, että ravitsemushoito on asiakaslähtöistä (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 94).

Ravitsemushoidon toteutus lähtee liikkeelle potilaan ravitsemushoidon tarpeen arvioinnilla eli siitä, miksi potilas tarvitsee ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidon tarve voidaan selvittää ravitsemustilan arvioinnilla. Potilaan ravitsemustilaa voidaan arvioida painon ja painoindeksin mittauksella, ravitsemusanamneesin ja laboratoriotutkimusten avulla. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 98–100.) Laboratoriotutkimuksiin kuuluu plasman rasva-arvojen mittaaminen. Mahdollinen häiriö rasva-aineenvaihdunnassa on peruste yli-painon hoidolle. Myös maksaentsyymi ALAT:in pitoisuus voidaan mitata rasvamaksan poissulkemiseksi ja sokeriarvoja voidaan seurata, jos suvussa on diabetesta. (Salo & Keskinen n.d.)

Lapsen ravitsemuksen kartoittamisessa voidaan käyttää apuna ruokapäiväkirjan täyttämistä ja ruokavaliohaastattelua. Lisäksi voidaan käyttää haastattelulomakkeita, joista suurin osa on neuvolatyöhön suunnattuja. Ruokapäiväkirjaan merkitään tarkasti kaikki syödyt ruoat ja annosten koot. Ravitsemusterapeutin tai lääkärin on helpompi käyttää ruokapäiväkirjaa lapsen hoidon tukena, jos se on täytetty oikein. Lapsen ruokavalion ja syömistottumusten kartoittamiseen soveltuu ruokavaliohaastattelu. Ruokavaliohaastattelussa perhettä pyydetään kuvailemaan tavallisen päivän aterioita ja ateriointiaikoja. Haastattelulla saadaan selville perheen ruoka-ainevalintoja. (Arffman & Hujala 2010, 128–129.)

Lisäksi ravitsemustilan arvioinnissa voidaan käyttää antropometrisia mittauksia, joihin kuuluvat vyötärön ympärysmitta, olkavarren ympärysmitta sekä ihopoimiumittaukset. Antropometrisilla mittauksilla voidaan arvioida elimistön rasva- ja lihasmäärää. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 98–100.) Suomalaisille lapsille ei ole vielä vyötärön ympärysmitalle omia viitearvoja. Kansainvälisesti lapsilla vyötärön ympäryksen ja pituuden suhde on normaalin rajoissa, jos se on  $<0,5$ . (Lihavuus (lapset): Käypä hoito-suositus 2013.)

Ravitsemusterapeutin tekemään ravitsemusanamneesiin kuuluu ravinnon saannin arviointi ja potilaan ruokakäytön selvittäminen. Ravintoanamneesin avulla selvitetään potilaan ruokailutottumuksia eli ruoan määrää, laatua ja aterioiden rytmittämistä. Tarvittaessa voidaan laskea potilaan ruokavaliosta saatavan energian ja ravintoaineiden määrä. Ravitsemusanamneesi toteutetaan potilaan haastattelulla ja tarvittaessa ruokapäiväkirjan ja siihen liittyvän keskustelun avulla. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 30.)

Ravitsemushoidon tarpeen arvioinnin lisäksi kartoitetaan potilaan terveydentila, mahdolliset sairaudet ja niiden hoito. Lisäksi selvitetään potilaan mahdollisuudet ruokavalion toteuttamiseen ottaen huomioon potilaan fyysisen- ja psyykkisen toimintakyvyn, asenteet ja olosuhteet. Ravitsemushoidon tarpeen- ja tilannearvion pohjalta potilaalle voidaan tehdä ravitsemushoitosuunnitelma. (Haapa & Pölönen 2002, 19.) Ravitsemussuunnitelmassa otetaan huomioon asiakkaan yksilölliset ravitsemustarpeet, tuen tarve ravitsemushoidon aikana ja ravitsemushoidon tavoitteet (United for clinical nutrition n.d).

Potilaan ravitsemushoito suunnitellaan aina asiakaskohtaisesti. Suunnittelussa otetaan huomioon mahdolliset erityisruokavalion tarpeet ja potilaan muut mahdolliset ruokaan liittyvät erityispiirteet, kuten esimerkiksi soseutetun ruoan tarve. Lisäksi tulee ottaa huomioon, onko potilaalla uskonnon tai eettisen vakaumuksen takia muita erityistarpeita. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 35–37.)

### **3.3.3 Ravitsemusohjaus**

Ravitsemushoito on yhdistelmä ravitsemusohjausta ja ravinnon suunnittelua. Ravitsemusohjauksen tavoite on muuttaa asiakkaan ruokailutottumuksia pysyvästi. (Haapa & Pölönen 2002, 19–21.) Lapsen ravitsemushoitoon ja ravitsemusohjaukseen liittyvät lapsen elintapojen kartoitus sekä lapsen ja perheen motivoiminen. Lapsen elintapojen kartoitus kuuluu yksilökeskeiseen ravitsemusohjaukseen. (Affman & Hujala 2010, 127.)

Alkukartoituksessa tulee selvittää perheen elinolot, elämäntilanne ja elintavat. Elinoloilla tarkoitetaan elinympäristön ja perheen rakennetta. Elämäntilanteesta selvitetään perheen taloudellinen tilanne, työttömyys, sairaudet ja voimavarat. Elintavoista kartoitetaan lii-

kunta-, ruoka-, uni- ja ulkoilutottumuksia, sekä harrastuksia, tupakointia ja perheen yhteistä aikaa. Näiden asioiden lisäksi alkukartoituksessa selvitetään tiedot lapsen kehityskulusta, sairauksista, lääkityksestä ja nykytilan oireista. (Valle & Jääskeläinen 2016, 2417.) Syömistottumusten selvittämisen laajuuden tarve on potilaskohtaista. Joskus syömistottumusten kartoittamiseen riittää lyhyt haastattelu ja joskus tarvitaan laajempaa selvitystä ruokavalion sisältöön ja syömiseen liittyvistä asioista. (Affman & Hujala 2010, 127.) Ravitsemusohjaus on hoitohenkilökunnan ja ravitsemusterapeuttien tehtävä. Ravitsemusohjaus voidaan toteuttaa yksilö- ja ryhmäohjauksena tai yhdistelemällä näitä. (Aapro, Kupiainen & Leander, 111–112.)

Elintapamuutoksen toteuttamisessa auttavat terveydenhuoltoalan ammattilaiset ja painonhallinnan yksilö- ja ryhmäohjaus. Elintapamuutokseen kuuluu erilaisia elintapamuutoksen edistämisen periaatteita kuten motivaation herättely ja perheen omien toiveiden ja arvojen pohtiminen. On tärkeää, että perhe huomaa elintavoissaan muutostoiveita ja löytää siitä myös hyviä puolia, joiden halutaan säilyvän. Elintapamuutokseen kuuluu tavoitteiden asettaminen. Tavoitteiden on hyvä olla täsmällisiä ja realistisia, kuten liikunnan määrän lisääminen. Tavoitteiden asettamisen jälkeen alkaa toiminta elintapojen muuttamiseksi. Toiminnan tueksi on tärkeää, että perheen tietoisuutta elintapamuutoksesta lisätään ja perheelle tarjotaan työvälineitä muutokseen. Työväline voi olla esimerkiksi liikuntapäiväkirja. Tavoitteiden saavuttamisesta seuraa palkitseminen. Perhe voi sopia millä tavalla saavutettuja tavoitteita voidaan juhlistaa. Elintapamuutoksessa perhettä tukeva ammattilainen voi kannustaa perhettä antamalla palautetta perheenjäsenille. Lisäksi kyvykkyyden- ja yhteenkuuluvuuden tunteen vahvistaminen on tärkeää. (Anglé & Nuutinen 2015, 286–287.)

Lapsen ja nuoren lihavuuden hoito on perhekeskeistä. Vanhemmat osallistuvat hoitoon vastaanottamalla ohjeistuksia, toteuttamalla ravitsemusohjeita ja asettamalla rajoja lapselle. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 124.) Lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden ravitsemusohjaus vaatii pitkäaikaista sitoutumista sekä lapselta itseltään että perheeltä. Lapsen lihavuus voi olla perheelle arka asia, joten siihen puuttuminen tulee olla hienovaraista ja syyllistämätöntä. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 122–123.)

Ravitsemusohjauksessa vapautunut ilmapiiri ja hoitajan empaattisuus ovat tärkeitä piirteitä (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 111–112). Ravitsemusohjaus määritellään vuorovaikutukselliseksi ja tavoitteelliseksi viestinnäksi, jossa neuvotellen haetaan yhdessä

potilaalle sopivaa ratkaisua ruokavaliomuutokseen (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 19–22). Ravitsemusohjaus on parhaimmillaan aktiivista ja tavoitteellista keskustelua, jossa potilas ja ohjaaja etsivät yhdessä keinoja ja työkaluja tavoitteiden saavuttamiseksi (Arffman & Hujala 2010, 133). Ohjaustilanteessa ohjaaja ja potilas ovat tasa-arvoisessa asemassa. Ravitsemusohjauksen tulee olla myös käytännönläheistä ja havainnollista. Ohjaaja voi käyttää keskustelun tukena kirjallista materiaalia ja antaa potilaalle mukaan materiaalia. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 19–22.)

Ravitsemustottumusten muuttaminen on prosessi, joka vaatii useamman ohjaustapaamisen. Ensimmäisellä kerralla asetetaan yhdessä laaditut tavoitteet, joita potilas sitoutuu noudattamaan. Tavoitteiden tulee olla selkeästi laadittuja, jotta potilaan on helpompi noudattaa niitä. Seuraavilla ohjauskerroilla seurataan tavoitteiden täyttymistä ja asetetaan mahdollisesti uusia tavoitteita. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 20–21.)

### **3.3.4 Lasten ja nuorten ravitsemushoito**

0–18 -vuotiaiden lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden seulonta ja hoito tapahtuu pääasiassa neuvoloissa sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Jos lihavuuden tai ylipainon hoidossa ilmenee haasteita, voidaan hoito toteuttaa tiimityönä eri ammattiryhmien, esimerkiksi lääkärien ja ravitsemusterapeuttien kanssa. Lapsien ja nuorien lihavuuden ja ylipainon hoito on perhekeskeistä ja perustuu elintapamuutoksiin. Tärkeää on pyrkiä perhettä kunnioittavaan, keskustelevaan ja hyvähenkiseen vuorovaikutukseen. (Valle & Jääskeläinen 2016, 2417–2419.) Lasten ja nuorten lihavuuden hoidossa pyritään saamaan koko perhe mukaan. Perhe voi yhdessä tavoitella pysyviä elämäntapamuutoksia ja näin edesauttaa lapsen painonhallintaa. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 297.)

Lasten ja nuorten lihavuuden hoito on yksilöllistä. Yhtä kaikille sopivaa hoitomuotoa ei ole. Lasten lihavuuden hoidossa tavoitteena on lapsen hyvinvoinnin ja terveyden tukeminen. Lisäksi tavoitteena on saavuttaa lapselle sopiva paino ja minimoida mahdollisten lihavuudesta johtuvien lisäsairauksien riski. Hoito on perhekeskeistä ja se lähtee liikelle perheen elämäntilanteesta ja totutuista elämäntavoista. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 286.)

Lasten ja nuorten lihavuuden hoidon tärkein päämäärä on lapsen elintapojen kohentaminen. Hoidossa kiinnitetään huomiota ravinnon laatuun, ateriarytmiin, annoskokoihin ja päivittäiseen liikkumiseen. Lisäksi huomioidaan riittävä unen saanti. (Pietiläinen, Mustajoki & Berg 2015, 286.) Pitkään jatkunut riittämätön unen määrä voi aiheuttaa lihomista ja vaikeuttaa laihduttamista. Lapselle sopiva määrä unta on 9–10 tuntia ja nuorelle noin 8 tuntia. Lapsen laihduttamisessa tavoitteena ei ole nopea laihduttaminen vaan kasvuikäisellä tavoitteeksi riittää painon pysyminen samana. Laihtumisessa onnistumisen mahdollisuus kasvaa, kun liikuntaa lisätään ja ruokavaliota parannetaan terveellisempään suuntaan. (Salo & Keskinen n.d.)

Yksi elämäntapamuutoksen periaatteista on syömisen säätelyssä kehittyminen. Perheen kotona sitä voidaan vahvistaa ruokailuun keskittymällä eli tekemällä ruokailusta häiriötön perheen yhteinen hetki. Lisäksi siihen liittyy syömisnopeus ja näläntunteen arvioiminen ruokailun eri vaiheissa. Elintapamuutoksessa tukeva ammattilainen voi auttaa kylläisyyden ja nälän tunnistamisessa muun muassa nälkämittarin avulla ja ohjaamalla tietoisien syömisen taitoja. Tietoisien syömisen taitoihin kuuluvat ruoan erilaisten merkitysten huomioiminen, nälän ja kylläisyyden rajojen tunnistaminen sekä ruokailuun keskittyminen. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 286–287.)

Lapsen ravitsemustilan arvioinnissa paras mittari on lapsen kasvu. Tärkeimpiä mittauksia ovat paino ja pituus. Painon ja pituuden mittauksella sekä kasvukäyrästä havaittavalla kasvunopeudella voidaan arvioida lapsen ravitsemustilaa. Lisäksi lapsen puberteettikehitys on riippuvainen ravitsemustilasta, joten myös sitä tarkkaillaan. (Hyytinen, Mustajoki, Partanen & Sinisalo-Ojala 2009, 30–31.) Säännöllinen ja monipuolinen ruokavalio on tärkeää murrosiän aikana kasvun ja kehityksen kannalta. Murrosiän aikana nuori tarvitsee riittävästi energiaa. Lapsen tai nuoren ylipainoisuus saattaa aiheuttaa varhaisen puberteetin ja alipaino taas vastaavasti saattaa hidastaa puberteetin alkamista. (Väestöliitto 2018.)

Lapsen ja nuoren kasvun ja kehityksen kannalta ruokavalio on tärkeässä roolissa. Lapsen terveellisessä ruokavaliossa on tärkeää kiinnittää huomiota ruoan sisältämiin hiilihydraatteihin. Hiilihydraatteja on sekä lyhyt- että pitkäketjuisia. Lyhytketjuiset hiilihydraatit sulavat elimistössä lyhyessä ajassa, ja näin luovuttavat energiaa nopeasti. Pitkäketjuiset hiilihydraatit sulavat pitkän ajan kuluessa ja luovuttavat energiaa hitaasti. Pitkäketjuiset hiilihydraatit pitävät näin verensokeritason tasaisena ja niitä kannattaa suosia lapsen ruoka-

valiossa. Pitkäketjuisia hiilihydraatteja on muun muassa täysjyväruislevissä ja täysjyväpastassa. Lyhyketjuisia hiilihydraatteja on esimerkiksi valkoisessa sokerissa, vaaleassa pastassa ja perunassa. Lyhyketjuisia hiilihydraatteja tulee välttää lapsen ruokavaliosta. Hiilihydraattien lisäksi on tärkeää kiinnittää huomiota proteiineihin. Proteiinit ovat lapselle tärkeitä rakennusaineita ja energianlähteitä. Hyviä proteiininlähteitä ovat muun muassa kala, broileri, kananmunat sekä maito. (Silvola 2010, 67–68.)

Painonhallinnassa säännöllinen syöminen on erittäin tärkeää, ja se tulee huomioida ravitsemusohjauksessa. Aamiaisen, lounaan ja iltapalan tulee ajoittua suunnilleen samaan aikaan joka päivä, ja välipala tulee syödä korkeintaan kaksi kertaa päivässä. Syömisen ollessa säännöllistä, ehkäisee se syömistä muina aikoina. Vanhempien on hyvä syödä samaa ruokaa lapsien kanssa, ja syödä heidän kanssaan pöydän ääressä. Jos ruoka syödään esimerkiksi televisiota katsellessa, yhdistävät lapset helposti syömisen television katseluun. Tämä voi johtaa siihen, että lapset alkavat syömään aina televisiota katsellessaan, vaikka he eivät ole nälkäisiä. (Croker 2007, 27.)

### **3.3.5 Ravitsemushoidon seuranta**

Ravitsemushoitoon liittyy hoidon seuranta. Ravitsemushoidon toteutumista, hoidon edistymistä ja potilaan ravitsemus- ja terveydentilaa arvioidaan ja seurataan koko ravitsemushoidon ajan. Ravitsemushoidon edetessä arvioidaan ravitsemushoidon onnistumista ravitsemussuunnitelmaan verrattuna. Lisäksi seurataan potilaan omia kokemuksia ravitsemushoidosta ja sen toteutumisesta. Potilaan oma arvio tilanteestaan on tärkeä. Tarvittaessa ravitsemushoitosuunnitelmaan voidaan tehdä muutoksia. (Haapa & Pölönen, 2002, 21.)

Ravitsemushoidon seuranta on tärkeää, jotta potilaan hoidossa voidaan saavuttaa paras mahdollinen lopputulos. Tarkka ravitsemushoidon seuranta, kontrollikäynnit ja kirjaaminen voivat parantaa ravitsemushoidon tehokkuutta. Ravitsemushoidon seuranta toteutetaan havainnoimalla ja mittaamalla. Seurantaan kuuluvat ruokavalion ja ravinnon saannin arvioiminen, painon mittaaminen ja tarvittaessa laboratoriokokeilla eri veriarvojen kontrollointi. (United for clinical nutrition n.d.)

Tarkka kirjaaminen ravitsemushoidosta potilastietoasiakirjoihin varmistaa, että ravitsemushoitoa pystytään seuraamaan ja arvioimaan. Kirjattujen tietojen perusteella voidaan arvioida potilaan kanssa asetettujen tavoitteiden täyttymistä ja tarvittaessa tehdä muutoksia ravitsemushoitoon. Ravitsemushoidossa seurannan jatkuvuus on tärkeää joten tulee huolehtia siitä, että myös mahdollinen seuraava jatkohoitopaikka saa tarvittavat tiedot. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 110.)

### **3.4. Elämäntapamuutokseen motivoivat menetelmät**

Ammattilaisen kyky luoda ja kehittää hyvää yhteistyötä perheen kanssa ja perheenjäsenten kesken on tärkeää elintapamuutoksen motivaation kannalta. Elintapamuutoksessa ohjaavan ammattilaisen vuorovaikutustaidot ovat tärkeä väline motivaation edistämiseksi. Hyvä vuorovaikutus syntyy herkkyydestä reagoida keskustelukumppanin kokemukseen ja ilmaisuihin. Potilaslähtöistä ohjaustyötä tehdään oman persoonan ja omien vahvuuksien avulla. On useita tapoja ohjata perhettä hyvien elintapamuutoksen tekemisessä. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 299.)

#### **3.4.1 Muutosmotivaation vahvistaminen lapsen ja nuoren lihavuuden hoidossa**

Motivoimisen taito on tärkeää elintapaohjauksessa. Potilaan motivaatiota voidaan vahvistaa itsemääräämisen tunteen, kyvykkyyden tunteen ja yhteenkuuluvuuden tunteen vahvistamisella. (Anglé 2010, 2691, 2694.) Tunne itsemääräämisestä on motivaation kannalta tärkeää, koska muutos joka tehdään omaa itseä varten, on usein pysyvämpi kuin muutos joka tehdään muiden miellyttämiseksi (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 300). Itsemääräämisen tunnetta voidaan vahvistaa selvittämällä mikä on potilaalle tärkeää, ja millaista muutosta tämä toivoo. Ei tule esittää neuvoja, vaan niiden sijaan muutosehdotuksia tarjoamalla erilaisia vaihtoehtoja tilanteeseen. (Anglé 2010, 2694.)

Potilaan kyvykkyyden tunnetta pystytään vahvistamaan etsimällä potilaan vahvuuksia ja voimavaroja, ja antamalla näistä positiivista palautetta. Erittäin tärkeää on potilaan kuunteleminen, koska saa potilaan tuntemaan olonsa kunnioitetuksi ja kyvykkääksi. Yhteenkuuluvuuden tunnetta pystytään vahvistamaan hyvällä hoitosuhteella. Potilaan kokemus

ymmärretyksi ja kunnioitetuksi tulemisesta, sekä tunne että hoitohenkilökunta aidosti välittää ovat tärkeitä motivaation muodostumisen kannalta. (Anglé 2010, 2694–2695.)

Elintapaohjauksessa ammattilaisen tulee olla varovainen antaessaan neuvoja mitä perheen kannattaisi tehdä. Laaja tietämys aiheesta ja toimintamalleista voi saada ammattilaisessa aikaan halun kertoa perheelle tarkat ohjeet. Perheet voivat tulkita tällaiset hyvätah-toisetkin ohjeet ja neuvot itsemääräämistä loukkaaviksi. Seurauksena voi olla halu vastustaa annettuja ohjeita. Ammattilaisena on hyvä lähestyä perhettä kysymysten avulla neuvojen ja ohjeiden sijaan. Ammattilaisen on hankala antaa perheelle käyttökelpoisia ohjeita, jos perheen toiveista ei ole otettu selvää. Kysymysten esittämisessä tulee välttää kuulustelumaista lähestymistapaa. Kysymykset kannattaa asettaa avointen kysymysten muotoon siten, ettei niihin voi vastata vain kyllä tai ei. Hoitotapaamisen voi aloittaa esimerkiksi kysymällä perheen odotuksia tapaamisesta. Näin ammattilainen voi osoittaa kiinnostusta perhettä kohtaan. Lisäksi perheelle vahvistuu tunne siitä, että he ovat päävastuussa ja muutoksen tekeminen lähtee perheestä itsestään. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 300.)

Kysymysten esittämisen lisäksi ohjaajan taito kuunnella on perheen motivaatioon vaikuttava tekijä. Ammattilaisen on tärkeää olla läsnä, kuunnella ja reagoida kuulemaansa. Reagointi voi tapahtua pyytämällä keskustelijaa kertomaan lisää tai toistamalla jo sanottua omin sanoin. Jos keskustelijoita on useita, voi toimiva keino olla keskeisten asioiden koaminen yhteenvedoksi. Yhteistyö ja ymmärrys perheen kanssa vahvistuvat, kun kaikki elintapaohjauksessa mukana olevat tuntevat tullessa kuulluiksi. Näin keskustelun ydin ja yhdessä sovitut asiat tulevat paremmin esille ja perheen motivaatio vahvistuu. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 300.)

Pystyvyyden tunne motivoi muutokseen. Lihavan lapsen tai nuoren lihavuuden hoidossa perhe tekee elämäntapoihinsa, tapoihinsa ja tottumuksiinsa muutoksia. Elämäntapamuutoksessa onnistumiseen tarvitaan uskoa omiin kykyihin ja pystyvyyteen. Voimavarakeskeinen ohjaus edistää perheenjäsenten pystyvyyden tunnetta. Voimavarakeskeisessä ohjauksessa huomioidaan perheen toiveet ja kysytään perheen omista ideoista tilanteen parantamiseksi. Kartoitetaan mitä perhe on jo tehnyt elämäntapamuutoksen onnistumiseksi ja ovatko keinot toimineet. Perheenjäsenten voimavaroja ja vahvuuksia kartoitetaan ja pohditaan yhdessä, miten niitä voitaisiin hyödyntää elämäntapamuutoksessa. Pientenkin

edistysaskeleiden huomaaminen lapsen tai nuoren lihavuuden hoidossa ja elämäntapamuutoksessa on tärkeää. Edistysaskeleiden huomaaminen luo uskoa onnistumiseen ja näin ollen lisää muutosmotivaatiota. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 300.)

### **3.4.2 Motivoiva haastattelu**

Motivoiva haastattelu on ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutustilanne, jossa pyritään löytämään, vahvistamaan ja kasvattamaan asiakkaan motivaatiota. Alun perin motivoiva haastattelu on kehitetty päihdeongelmien hoitoon, mutta se soveltuu hyvin myös elämäntapaohjaukseen. (Järvinen 2014.)

Motivoiva haastattelu voi auttaa asiakasta omassa muutosprosessissaan, joka liittyy elämäntapoihin. Motivoivassa haastattelussa ei ole tarkoitus selittää asiakkaalle terveellisten elämäntapojen merkitystä, vaan ohjata asiakasta löytämään motivaatiota muutokseen. Motivoiva haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa vältetään arvostelua, syylistämistä, pakottamista ja väittelyä. Edellä mainittujen sijasta asiakasta autetaan havaitsemaan ristiriitoja nykyiseen toimintatapaan ja sen seurauksiin. Keskustelussa asiakas voi oivaltaa parempia toimintamalleja. (Arffman & Hujala 2010, 132.) Motivoivassa haastattelussa on tärkeää saada potilas havaitsemaan ristiriita nykyisen käyttäytymisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä. Tilanteen epäkohdat tulee tuoda esiin, sekä auttaa potilasta itse haluaamaan muutosta. (Järvinen 2014.)

Asiakkaan kykyjen vahvistaminen on tärkeää. Motivoivassa haastattelussa pyritään tuomaan aina hyviä asioita esille asiakkaan kyvyistä ja kannustetaan pienistäkin edistysaskeleista. Motivoivassa haastattelussa on tärkeää potilaan itseluottamuksen, sekä hänen omien kykyjensä vahvistaminen. (Järvinen 2014.)

Motivoivan haastattelun peruseräisiin kuuluvat avoimet kysymykset, refleктоiva kuunteleminen sekä yhteenvedot. Avointen kysymysten tavoite on, että asiakas saa olla äänessä enemmän kuin ammattilainen. Avoimilla kysymyksillä pyritään aktivoimaan asiakkaan omaa ajattelua ja saamaan selville potilaan omia ajatuksia. Refleктоiva kuunteleminen tarkoittaa heijastavaa kuuntelua. (Järvinen 2014.)

Motivoiva haastattelu on onnistunut, jos sen päätyttyä potilas on rakentanut mielessään suunnitelman elämäntapamuutokseen ryhtymisestä. Joskus motivoiva haastattelu herättää potilaassa pienen ajatuksen muutoksesta, ja joskus se saa aikaan heti suuren muutoksen. Motivoituminen on siis yksilöllistä. (Järvinen 2014.)

### 3.4.3 Muksuoppi

Muksuoppi on psykiatrian erikoislääkäri Ben Furmanin aikaansaama menetelmä, joka perustuu ratkaisukeskeiseen psykologiaan. Menetelmällä keskitytään ongelmien sijasta puuttuviin taitoihin, joita lähdetään harjoittelemaan yhdessä lapsen kanssa. Muksuoppi on tarkoitettu erilasten käyttäytymiseen liittyvien asioiden kehittämiseen eli se sopii hyvin syömiseen liittyvien ongelmien avuksi. Muksuoppi on kehitetty erityisesti 3–12-vuotiaille lapsille, mutta sovellettuna se sopii myös nuorille. Muksuopin periaatteisiin kuuluu, ettei lapsi saa tuntea hänessä olevan mitään vikaa vaan hän tarvitsee lisää harjoitusta jossakin taidossa. Periaatteisiin kuuluu myös, ettei vanhempien tarvitse tuntea syyllisyyttä tai häpeää. (Arffman & Hujala 2010, 137.)

Muksuopin mukaan lapsi ei saa tuntea olevansa määrätty tai pakotettu opettelemaan uusia taitoja. Muksuopin lähtökohtana on yhteistyö lapsen kanssa. Yhdessä neuvotellaan mitä taitoa lapsen olisi hyvä vielä harjoitella. On tärkeää, että lapsi on innokkaasti mukana uuden oppimisessa. (Arffman & Hujala 2010, 137.)

Muksuoppi koostuu 15 askeleesta. Ensin ongelmat käännetään taidoiksi, sitten sovitaan taidosta lapsen kanssa ja mietitään mitä hyötyä taidosta on. Sitten taito nimetään ja lapsi saa valita niin sanotun voimaolennon, joka auttaa häntä taidon opettelussa. Tämän jälkeen lapsi valitsee itselleen sopivat kannustajat auttamaan uuden taidon opettelussa. Askeleisiin kuuluu myös itseluottamuksen vahvistaminen, jota vahvistetaan keskustelulla lapsen kanssa. Keskustelussa voidaan miettiä uskooko lapsi oppivansa taidon. Muksuoppiin kuuluu opitun taidon juhlistaminen. Lapsen kanssa mietitään miten hän haluaisi juhlistaa saavutusta. Juhlistamisen suunnittelu motivoi lasta oppimisessa. Yksi askelista on taidon näyttäminen. Lapsi näyttää kannustajille opittua taitoa. Lapsi voi esitellä taidon esimerkiksi silloin, kun kylässä tarjotaan ruokaa. Loput muksuopin askeleet ovat julkistaminen,

takapakkeihin varautuminen, harjoittelemine, juhlistamine ja kiittäminen, taidon opettaminen muille ja viimeisenä seuraavan taidon oppimine. (Arffman & Hujala 2010, 138–139.)

Muksuopin kehittäjä Ben Furman on kehittänyt muksuoppiin liittyviä innovatiivisia sovelluksia ja pelejä. Sovelluksia on kehitetty perheiden lisäksi myös terapia- ja kasvatusalan ammattilaisille käytettäväksi. (Muksuoppi n.d.)

#### **3.4.4 Painokas työkalupakki**

Painokas on Turun kaupungin ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehittämishanke, joka toteutettiin vuosina 2006–2008. Painokas-projektin taustalla oli huoli lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden lisääntymisestä Suomessa. Projektissa etsittiin keinoja, joilla voidaan tukea lapsen normaalia kasvua ja ehkäistä ylipainoa sekä siihen liittyviä terveysriskejä. Hankkeen tavoitteena oli lasten lihavuuden ehkäisy ja koko perheen terveyden edistäminen. Lisäksi tavoitteisiin kuului tukea perheen elämäntapojen muuttamiseen. (Painokas n.d.)

Painokas-työkalupakki kehitettiin hankkeessa helpottamaan elämäntapojen muuttamista. Työkalupakin avulla perheen ruokavalio- ja liikuntatottumuksia ja voimavaroja pystytään käsittelemään pelinomaisesti. Perheenjäsenet voivat oivaltaa pelin ohjeiden ansiosta perheen muutoksen tarpeita. Painokas-työkalupakki helpottaa terveyteen liittyvien asioiden muuttamista neuvolassa. (Arffman & Hujala 2010, 141.)

## 4 MENETELMÄ

### 4.1. Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tämä valittiin tutkimusmenetelmäksi, koska kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan ymmärtää tutkittava ilmiö kokonaisvaltaisesti. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23). Menetelmä valittiin myös siksi, että työelämäyhteydellä ei ollut erityistä tarvetta tuotokselle. Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä kirjallisuuskatsaus, joka selvittää miksi perheet käyttävät heikosti ylipainoisille lapsille ja nuorille tarkoitettuja ravitsemusterapeutin palveluita. Tarkoituksen toteuttamiseksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käyttäminen tutkimusmenetelmänä on paras vaihtoehto.

Kirjallisuuskatsauksen tulee pohjautua kattavaan aihealueen tuntemukseen, sekä olla toistettavissa. Sen avulla on mahdollista sijoittaa oma tutkimus aiempien tutkimusten kenttään, tai kuvata jostakin aiheesta tehtyjä aiempia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan luoda kokonaiskuva jostain tietystä aihealueesta, sekä tunnistaa ongelmia valitussa ilmiössä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.) Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen päätyyppiin erilaisista käyttötarkoituksista johtuen. Näitä ovat kuvailevat ja systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-analyysi. (Stolt ym. 2016, 8.)

Kaikki kirjallisuuskatsauksen tyypit sisältävät tietyt vaiheet, jotka muodostavat katsauksen aikaisemmasta kirjallisuudesta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on luoda kokonaiskuva aiemmin tehdystä tutkimuksesta. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.) Niela-Vilénin ja Hamarin (2016, 23) mukaan kaikki kirjallisuuskatsauksen koostuvat viidestä eri vaiheesta. Näitä vaiheita ovat katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja synteesi, sekä tulosten raportointi (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23).

## **4.2. Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen**

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on sen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Niiden määrittäminen antaa suunnan kirjallisuuskatsausprosessille. Tutkimusongelman tulee olla valittuun aiheeseen nähden olennainen sekä sopivasti kohdennettu ja täsmällinen. Tutkimusongelma ei saa olla liian laaja, sillä se tuottaa liian paljon aineistoa. Liian suppealla kysymyksellä aineistoa ei löydy tarpeeksi. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat määrittyivät pian työelämäpalaverin jälkeen. Tutkimusongelmien määrittämisessä otettiin huomioon työelämäyhteyden tarpeet ja toiveet. Opinnäytetyön tarkoitus on kerätä yhteen tutkittua tietoa lasten lihavuudesta, ravitsemusterapiasta ja sen käytöstä, sekä vanhempien motivaatiosta. Opinnäytetyön tutkimusongelmina oli selvittää, minkälaisia syitä on 2–18 -vuotiaiden lasten ja nuorten ja heidän perheidensä heikkoon ohjautuvuuteen käyttämään ravitsemusterapeutin palveluita, sekä millaisilla keinoilla perheet saataisiin käyttämään aiempaa enemmän ravitsemusterapeutin palveluita. Tutkimusongelmien tulosten perusteella, opinnäytetyön työelämäyhteys voi saada käyttöönsä käyttökelpoista tietoa. Työelämätaho voi käyttää tietoa toimintansa kehittämiseen.

## **4.3. Kirjallisuushaku ja aineiston valinta**

Toinen vaihe on kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Tämä vaihe sisältää varsinaisen tiedonhaun sekä olennaisen kirjallisuuden valintaprosessin. Tiedonhaunprosessi on erittäin tärkeää kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta. Tiedonhaussa tehdyt virheet aiheuttavat vääristyneitä johtopäätöksiä. Kirjallisuuskatsauksen aineistona käytetään ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia. Tiedonhakuja voi tehdä sähköisten tietokantojen kautta, sekä manuaalisesti. Tutkija määrittelee itse työnsä keskeiset käsitteet joita voidaan käyttää hakusanoina hakiessa tietoa. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25.)

Aineistonkeruun alkuvaiheessa määriteltiin tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 2). Opinnäytetyön sisäänottokriteereissä määritellään julkaisuvuodet. Opinnäytetyössä voidaan harkinnanvaraisesti käyttää vanhempia lähteitä jos tieto on sellaista, ettei se muutu vuosien varrella.

TAULUKKO 2. Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen- tai englanninkieli	Muu kuin suomen- tai englanninkielisyys
Lähteet korkeintaan 10 vuotta vanhoja	Yli 10 vuotta vanhat lähteet
Aineisto vastaa tutkimuskysymyksiä	Lähteen poikkeavuus aiheesta
Tieteelliset ja vertaisarvioidut lähteet	Aineiston maksullisuus
Tutkimukset jotka käsittelevät 2–18- vuotiaita lapsia ja nuoria	Aihe ei kosketa hoitotyötä

Tämän opinnäytetyön tiedonhaku suoritettiin sähköisesti terveysalan tietokannoissa. Käytettyjä tietokantoja olivat Medic, CINAHL ja MEDLINE (EBSCO) ja Joanna Briggs Institute EBP Database. Opinnäytetyön tiedonhaussa käytetyt hakusanat muodostuivat tutkimuskysymysten pohjalta. Hakusanoja muodostettiin Medical Subject Headings (MeSH)-tietokannan avulla. Hakusanojen muodostamisessa apua saatiin Tampereen ammattikorkeakoulun informaattikolta. Tiedonhaussa käytetyt suomenkieliset hakusanat olivat vanhemmat, lapset, motivaatio, lihavuus, ylipaino ja ravitsemusterapia (taulukko 3). Englanninkieliset hakusanat olivat diet therapy, nutrition therapy, pediatric obesity, overweight, fat, obese, unhealthy weight, motivational interview, high bmi, child, children ja childhood (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Tietokannat ja hakusanat

Tietokanta	Hakusanat
Medic	vanhem* motivaatio AND laps* AND lihav* ylipaino*
Cinahl	((((MH "Diet Therapy")) OR ("nutrition therapy") OR ("diet therapy")) AND (((MH "Pediatric Obesity")) OR ((obesity OR overweight OR fat OR obese OR "unhealthy weight" OR "high bmi") AND (child* OR pediatric))))
Joanna Briggs Institute EBP Database	((obesity or overweight) AND child* AND nutrition*)
Medline (EBSCO)	motivational interviewing AND obese AND overweight AND child

Rajausten jälkeen hakutuloksia oli yhteensä 200. Otsikon perusteella valittiin 27 tutkimusta. Näistä tutkimuksista luettiin tiivistelmät ja valittiin 13 tutkimusta. Medic-tietokannasta valittiin kaksi tutkimusta, joista toinen ei ollut saatavilla sähköisesti. Tämä tutkimus lainattiin erikseen Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastosta. Tutkimuksista kirjoitettiin ylös pääkohtia ja lopulta jäljelle jäi 7 tutkimusta (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Tiedonhaun rajaukset ja tulokset eri tietokannoissa

Tietokanta	Rajaus	Tutkimukset yhteensä	Valitut tutkimukset
Medic	Englannin tai suomen kieli	13	2
	Julkaisuvuosi: 2007–2017		
Cinahl	Englannin tai suomen kieli	92	4
	Julkaisuvuosi: 2007–2017		
	Vertaisarvioitu		
	Koko teksti		
Medline (EBSCO)	Julkaisuvuosi: 2007–2017	25	1
	Englannin kieli		
Joanna Briggs Institute EBP Database	Julkaisuvuosi: 2007–2017	70	0
	Englannin kieli		

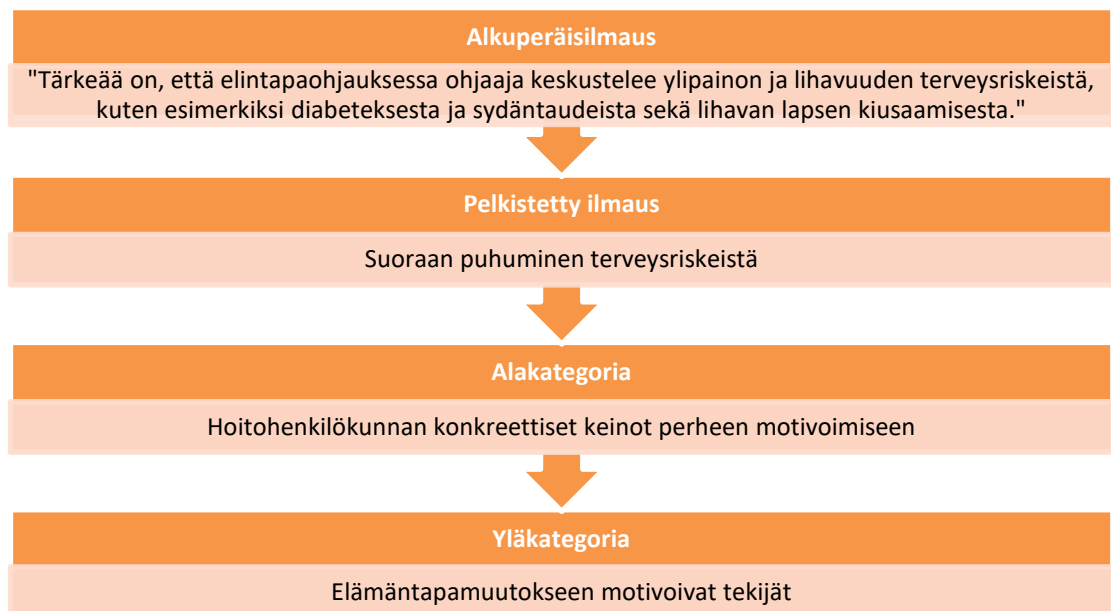
#### 4.4. Tutkimusten arviointi

Kirjallisuuskatsauksen kolmannessa vaiheessa arvioidaan hakuprosessissa valittuja tutkimuksia. Tarkoituksena on tarkastella tutkimuksien tiedon kattavuutta ja tuloksia. Tärkeää on myös tutkia, onko tutkimusten tieto olennaista oman tutkimusongelman kannalta. Tutkimusten arviointia tehdään myös, jotta voitaisiin välttää virheellisesti painottuneita päätelmiä, sekä kirjallisuuskatsauksen tulosten vinoumia. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset vastaavat tutkimusongelmiin ja ovat olennaisia opinnäytetyön aiheen kannalta. Opinnäytetyön molemmat tekijät lukivat tutkimukset läpi, ja keskustelivat yhdessä tutkimusten sisällöistä. Englanninkieliset tutkimukset käännettiin yhdessä suomen kielelle.

#### 4.5. Aineiston analyysi ja synteesi

Kirjallisuuskatsauksen neljäs vaihe on aineiston analyysi ja synteesi. Vaiheen tarkoitus on järjestää ja tehdä yhteenvetoa tiedosta, joka vastaa kirjallisuuskatsauksen tutkimusongelmiin. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa katsauksen tekijät järjestävät ja luokittelevat aineistoa, sekä etsivät eroja ja yhtäläisyyksiä. Lopuksi tekijän tulee tulkita tuloksia niin, että niistä pystytään muodostamaan ymmärrystä lisäävä kokonaisuus. Tätä ymmärrystä lisäävää kokonaisuutta kutsutaan synteetiksi. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistoa analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla (Kuvio 2). Molemmat opinnäytetyön tekijät lukivat kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset uudelleen läpi ja niistä etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia alkuperäisilmauksia. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, jonka jälkeen ilmauksista muodostettiin alakategoriat. Sisällönanalyysissä luokat tai kategoriat muodostetaan yhdistämällä ja vertaamalla samankaltaisuuksia ja niille annetaan nimi, joka kuvaa sisältöä parhaiten (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 31). Alakategorioiden nimien tulee olla kuvaavia ja kattaa kaikki niihin kuuluvat asiat. Alakategorioiden muodostamisen jälkeen muodostettiin yläkategoriat. Sisällönanalyysistä tehtiin taulukko, joka selkeytti analysointia.



Kuvio 2. Esimerkki sisällönanalyysistä alkuperäisilmauksesta yläkategoriaan

#### 4.6. Tulosten raportointi

Viimeinen vaihe on tulosten raportointi. Tässä vaiheessa kirjallisuuskatsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Tulosten raportoinnissa on oleellista raportoida kaikki kirjallisuuskatsauksen vaiheet mahdollisimman tarkasti. Raportointi tulee tehdä tarkasti, jotta tutkimus on toistettavissa, ja että lukija pystyy arvioimaan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta raportin perusteella. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32.)

Kirjallisuuskatsaukseen tulee liittää taulukko, josta näkyvät valitut tutkimukset. Tämä havainnollistaa kirjallisuuskatsauksen tulosten ja käytettyjen alkuperäistutkimusten yhteyttä. Ideaalinen tilanne on, että kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat syvällisiä ja tuottavat enemmän tietoa tutkitusta aiheesta, kuin jos lukija olisi lukenut katsauksessa käytetyt tutkimukset yksittäin. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32–33.) Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt seitsemän tutkimusta on taulukoitu. Taulukosta ilmenee tutkimusten tekijä, julkaisuvuosi, nimi, sekä tutkimusten tarkoitus, menetelmä, aineiston keruu ja tulokset. (Liite 1.)

## 5 TULOKSET

### 5.1. Syitä heikkoon ravitsemusterapeutille ohjautumiseen

Syitä lasten ja nuorten heikkoon ohjautumiseen ravitsemusterapeutille olivat henkilökunnan vaikutukset sekä perheen sisäiset tekijät. Henkilökunnan vaikutukset sisälsivät hoitohenkilökunnan työhön liittyviä, ja hoitosuhteeseen liittyviä tekijöitä. Perheen sisäiset tekijät sisälsivät vanhempien kielteiset tunteet ja vanhemmista johtuvat tekijät. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Esimerkki heikkoon ravitsemusterapeutille ohjautumisen syiden ylä- ja alakategorioista

Hoitohenkilökunnan työhön liittyviin rajoituksiin kuuluivat puutteellinen elintapaohjaus, hoitajien kiire ja hoitajien tiedonpuute. Terveysthuollon ammattilaisten asenteet ja uskomukset lasten lihavuuden ja ylipainon hoidosta eivät olleet muuttuneet samaan tahtiin kuin paino-ongelmat olivat yleistyneet (Söderlund ym. 2009, 447). Tämä voi viitata siihen, että terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat enemmän ajankohtaista tietoa lasten lihavuudesta ja ylipainosta sekä sen syistä. Tietämys lisäsi hoitohenkilökunnan itsevarmuutta lasten paino-ongelmien hoidossa. (Söderlund ym. 2009, 447.) Ravitsemusohjaus voi jäädä antamatta, jos hoitajat joutuivat työskentelemään paineen alla ja kiireessä (Lazarou & Kouta 2010, 645).

Hoitosuhteeseen liittyviin tekijöihin kuuluivat ylipainoon puuttumisen vaikeus, pelko lapsen järkyttämisestä, hoitajien pelko perheen loukkaamisesta, epävarmuus asiaan puuttumisessa, sekä paino-ongelmien arkaluontoisuus. Paino koettiin araksi aiheeksi ja monet

terveydenhuollon työntekijät kokivat lapsen ylipainosta huomauttamisen vaikeaksi (Croker 2007, 25). He eivät tienneet kuinka asiaa pitäisi lähestyä ja käsitellä. Terveystyöntekijät pelkäsivät myös järkyttävänsä lasta puuttuessaan ylipainoon. (Croker 2007, 25.) Ylipaino ja lihavuus eivät kuulu nykyajan sosiaalisiin normeihin, joten paino-ongelmaiset lapset voivat kokea syrjintää. Tämän vuoksi hoitajille tuli helposti tarve kiertää painoasioista puhumista, koska pelättiin lapsen ja vanhempien loukkaantumista. (Söderlund ym. 2009, 447.)

Vanhempien kielteisiin tunteisiin kuuluivat epäonnistumisen ja syyllisyyden tunne, häpeä, sekä pelko lapsen riittämättömyyden tunteista. Hoitajien puuttuessa lapsen ylipainoon vanhemmat tunsivat epäonnistuneensa tehtävässään vanhempina, häpesivät tilannetta ja tunsivat syyllisyyttä (Hanssen-Bauer & Knutsen 2017, 4–5). Vanhemmat ymmärsivät, että heidän tulee tehdä muutoksia estääkseen lapsen ylipainon lisääntyminen mutta samalla he olivat huolissaan siitä, että lapsi kokee riittämättömyyden tunteita. Samalla vanhemmilla oli pelkoja liittyen lapsen tunteisiin. He pelkäsivät, että lapsi kokee negatiivisia tunteita kehoaan kohtaan. Vanhemmat pelkäsivät myös hoitajien kritisoiden omaa painoaan lapselle apua haettaessa. (Hanssen-Bauer & Knutsen 2017, 4–5.)

Vanhemmista johtuviin tekijöihin kuuluivat perheen erilainen näkökulma verrattuna hoitohenkilökunnan näkökulmaan, motivaation puute, sekä vanhempien oma ylipaino. Hoitajat kokivat perheiden motivoinnin ongelmalliseksi (Söderlund 2009, 445). Perheiden motivoiminen oli haasteellista sellaisissa tilanteissa, joissa vanhemmilla ei ollut ollenkaan motivaatiota tai halukkuutta puhua koko ongelmasta. (Söderlund 2009, 445.) Lihavan lapsen elämäntapamuutoksessa vanhempien motivaatiota voi estää puutteellinen elintapojen ohjaus. Motivoitumista estivät harvat tapaamiskerrat hoitohenkilökunnan kanssa ja vähäinen tiedonsaanti elintapoihin liittyen. Elintapaohjauksessa oli tärkeää jatkuvuus, perusteellinen tiedonanto ja ravitsemusterapeutin tapaaminen jo ohjauksen alkuvaiheessa. (Väisänen ym. 2013, 146–148.)

Vanhempien oma ylipaino voi olla motivaatiota vähentävä tekijä, koska heillä saattaa olla epäonnistuneita kokemuksia omista laihdutusyrityksistään. (Väisänen ym. 2013, 146–148). Huonojen yritysten vuoksi he eivät välttämättä kannustaneet omia lapsiaan elintapojen muutokseen. (Väisänen ym. 2013, 146–148). Ylipainoiset vanhemmat kertoivat, että oli hankalaa auttaa lastaan asiassa mihin ei ollut itse pystynyt (Hanssen-Bauer & Knutsen 2017, 4).

## 5.2. Ravitsemusterapeutin palveluiden käyttöä lisäävät keinot

Perheitä saataisiin käyttämään enemmän ravitsemusterapeutin palveluita käyttämällä elämäntapamuutokseen motivoivia keinoja. Nämä keinot jaettiin hoitosuhdetta edistäviin tekijöihin, hoitohenkilökunnan konkreettisiin keinoihin motivoida perhettä, sekä vanhempien muutoshalukkuutta lisääviin tekijöihin. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Esimerkki ravitsemusterapeutin palveluiden käyttöä lisäävien keinojen ylä- ja alakategorioista

Ravitsemusterapeutille ohjautumista voidaan edistää hoitosuhdetta edistäville tekijöillä. Hoitosuhdetta edistäviin tekijöihin kuuluivat hoitoon sitoutuminen, keskinäinen kunnioitus, tuki, kannustus, perheen vastuu, sekä asenteet. Perheen motivaatiolla oli tärkeä rooli hoitoon sitoutumisessa, sekä nuorten lihavuuden hoidon onnistumisessa (Ball ym. 2017, 1). Hoidon onnistumiseen vaikutti myös ratkaisevasti hoitohenkilökunnan ja perheen välinen suhde. Hoitosuhteessa oli tärkeää keskinäinen kunnioitus, tuen antaminen ja kannustus. Oli tärkeää antaa päävastuu lihavuuden hoidosta perheelle, mutta antaa heille silti tarvitsemaansa tukea ja ohjausta. Kun päävastuu nuorten lihavuuden hoidosta oli perheellä, vanhemmat pystyivät kyseenalaistamaan omia asenteitaan, uskomuksiaan ja käyttäytymismallejaan. Näihin tekijöihin paneutuminen voi vaikuttaa koko perheen asenteisiin elämäntapamuutoksesta. (Ball ym. 2017, 1, 2, 7.)

Hoitohenkilökunta voi edistää ravitsemusterapeutille ohjautumista konkreettisilla keinoilla. Näitä keinoja olivat ylipainoon puuttuminen, terveystarpeista suoraan puhuminen, selkeät elämäntapaohjeet, motivoiva haastattelu sekä teknologia avusteinen ohjaus. Ylipainoon puuttuminen voi tuntua vaikealta mutta sen huomiotta jättäminen ei ole hyvä vaihtoehto (Croker 2007. 25). Lapsen tulee saada tukea painonpudotukseen, eikä yrittää

laihduuttaa omin päin (Croker 2007, 25). Lihavuuden terveystarpeista kuten diabeteksestä ja sydänsairauksista, sekä koulukiusaamiselle alttiiksi joutumisesta on hyvä puhua vanhemmille suoraan. Tämä voi edesauttaa vanhempien muutoshalukkuutta. (Väisänen, Kääräinen, Kaakinen & Kyngäs 2013, 146.)

Vanhemmat toivoivat konkreettisia ravitsemusohjeita kuten millainen annoskoko on sopiva lapselle. Lisäksi vanhemmat halusivat tietää miksi joitakin elintarvikkeita ei kannata sisällyttää ruokavalioon. Vanhemmat tarvitsivat tukea ja hallintakeinoja lapsen reaktioihin, kun ruokavalio ja liikunnan määrä muuttuikin totutusta erilaiseksi. (Väisänen ym. 2013, 146.) Motivoiva haastattelu oli toimiva keino silloin kun hoitaja ja vanhemmat olivat yhtä mieltä lapsen hoidon tärkeydestä (Söderlund 2009, 445).

Kouluikäisten lihaviiden ja ylipainoisten lasten elintapoihin on käytetty internetissä tapahtuvaa teknologia-avusteista ohjausta. Yksilöllisesti toteutetun teknologia-avusteisen ohjauksen avulla voitiin vaikuttaa kouluikäisten lasten ruokavalioon ja fyysiseen aktiivisuuteen. Teknologia-avusteisten interventioiden avulla kouluikäisten lasten hedelmien ja vihannesten osuus ruokavaliossa kasvoi, liikunta lisääntyi merkittävästi ja ruoan ahmiminen vähentyi. (Kaakinen yms. 2014, 24–25, 28.)

Vanhempien muutoshalukkuutta edistävät tekijät lisäävät lasten ja nuorten ohjautuvuutta ravitsemusterapeutille. Nämä tekijät jaettiin vertaistukeen, huoleen lapsen terveydestä, tiedonsaannin haluun, sekä hoidon perhekeskeisyyteen. Vanhempien motivaatiota lisäsivät vertaistuki ja tieto siitä, että muissakin perheissä elämäntapamuutoksessa oli onnistuttu (Väisänen ym. 2013, 146). Motivoituminen lapsen elämäntapamuutokseen liittyi tilanteeseen, joissa vanhemmilla oli suuri huoli lapsen terveydestä. (Väisänen ym. 2013, 146). Vaikka lapsen ylipaino herätti vanhemmissa häpeän ja syyllisyyden tunteita, halusivat vanhemmat silti saada tietoa lapsen painonnousuun liittyvistä asioista (Hanssen-Bauer & Knutsen 2017, 4). Lasten ylipainon hoidossa on tärkeää, että elintapamuutokset koskevat koko perhettä, eivätkä pelkästään lasta (Croker 2007, 25).

## 6 POHDINTA

### 6.1. Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin tutkitun tiedon pohjalta, minkälaisia syitä on 2–18 -vuotiaiden lasten ja nuorten ja heidän perheidensä heikkoon ohjautuvuuteen ravitsemusterapeutille. Tämän lisäksi selvitettiin miten perheet saataisiin käyttämään aiempaa enemmän ravitsemusterapeutin palveluita. Opinnäytetyöhön valittiin tieteellisiä tutkimuksia, joista lähes kaikki olivat kansainvälisiä. Tutkimukset käsittelivät hoitohenkilökunnan ja perheen sisäisten tekijöiden vaikutuksia ravitsemusterapeutille ohjautumiseen. Lisäksi käytetyt tutkimukset käsittelivät perheen motivaatiotekijöitä perheen elämäntapamuutoksessa ja hoitohenkilökunnan keinoja vahvistaa perheen motivaatiota.

Sisäänotto- ja poissulkukriteereiden puitteissa löytyi 7 tutkimusta, joita opinnäytetyössä käytettiin. Tietoa perheiden vaillinaiseen ravitsemusterapeutille ohjautuvuuteen vaikuttavista tekijöistä löytyi tutkimuksista hyvin. Tutkittua tietoa siitä, miten perheet saataisiin käyttämään enemmän ravitsemusterapeutin palveluita, löytyi oletettua vähemmän.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan todeta, että syyt heikkoon ravitsemusterapeutille ohjautumiseen liittyvät vanhempiin, sekä terveydenhuollon työntekijöihin. Tuloksissa huomattiin, että paino on arka aihe, ja työntekijät pelkäsivät loukkaavansa lasta ja tämän vanhempia ottaessaan asian puheeksi. Käytännössä tämä voi tarkoittaa sitä, että hoitaja saattaa kierrellä aihetta tai jättää paino-ongelmaan puuttumisen kokonaan. Tuloksista käy ilmi, että työntekijät tarvitsevat lisää tietoa lasten ja nuorten lihavuudesta ja ylipainosta. Tietämyksen kasvaessa työntekijöiden itsevarmuus lisääntyy lasten paino-ongelmien hoidossa. Tämän tiedon perusteella käytännössä hoitajien koulutus ylipainoisten ja lihavien lasten ja heidän perheidensä kohtaamiseen voisi edistää puheeksi ottamista ja ongelmiin puuttumista.

Työntekijöiden kiire ja työskenteleminen paineen alla vähentävät myös ravitsemusohjauksen antamista. Ravitsemusohjauksen antaminen on erittäin tärkeä osa ylipainon ja lihavuuden hoidossa ja siksi ohjauksen tulisi tapahtua kiireettömästi ja rauhallisessa tilassa, jotta voitaisiin taata ohjauksen onnistuminen. Konkreettisesti ohjaukselle olisi siis hyvä varata riittävästi aikaa ja resursseja.

Useassa opinnäytetyössä käytetystä tutkimuksesta käy ilmi, että vanhempien motivaatiolla on suuri rooli lapsen ja nuoren ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Vanhempien motivaatiota kuitenkin vähensi vanhempien oma ylipaino. Lapsen ylipainoon puuttuminen herätti vanhemmissa häpeän ja epäonnistumisen tunteita. Tämän tiedon perusteella voidaan ajatella, että vanhemmat saattavat kokea syyllisyyttä lapsen paino-ongelmista. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tukea vanhempia ja keskustella heidän tuntemuksistaan. Käytännössä hoitajan voi olla vaikea helpottaa vanhempien syyllisyyden tunnetta lapsen paino-ongelmista.

Hoitajat kokevat perheiden motivoimisen haastavaksi erityisesti tilanteissa, joissa vanhemmilla ei ole motivaatiota muutokseen, eivätkä he halua puhua asiasta. Vanhemmille tulee puhua suoraan lihavuuteen liittyvistä terveysriskeistä, sillä se voi lisätä vanhempien halua muutokseen. Vanhempien motivoiminen lapsen paino-ongelmien hoidossa on tärkeää. Schwartzin, Hamren ja Dietzin tutkimuksessa (2007) tutkittiin motivoivan haastattelun vaikutuksia lasten lihavuuteen. Tutkimus osoitti, että motivoivaa haastattelua käyttämällä tutkimuksessa mukana olleiden lasten painoindeksi laski. Lisäksi 94 % tutkimuksessa mukana olleista vanhemmista ilmoitti, että motivoiva haastattelu auttoi heitä muuttamaan perheidensä ruokailutottumuksia. (Schwartz, Hamre & Dietz 2007, 497.) Käytännössä siis hoitohenkilökunta voi omalla toiminnallaan vaikuttaa siihen, kuinka tärkeänä vanhemmat pitävät lapsen tai nuoren paino-ongelman hoitoa. Motivoivan keskustelun avulla vanhemmissa voidaan herättää huolta lapsen terveydestä, joka motivoi vanhempia muutokseen.

Opinnäytetyössä selvitettiin myös keinoja, joilla perheet saataisiin käyttämään aiempaa enemmän ravitsemusterapeutin palveluita. Tuloksista havaittiin, että hoidon onnistumiseen vaikuttaa suuresti perheen ja hoitohenkilökunnan välinen suhde. Vastuun antaminen vanhemmille lapsen ylipainon ja lihavuuden hoidossa lisää vanhempien motivaatiota. Tästä voidaan päätellä, että hoitohenkilökunta voi lisätä vanhempien vastuuta lapsen hoidossa antamalla esimerkiksi erilaisia tehtäviä vanhemmille tai koko perheelle. Tehtävien ei tarvitse olla suuria, kunhan vanhemmat kokevat roolinsa lapsen hoidossa tärkeäksi. Tehtävät voisivat olla esimerkiksi liikuntahetken lisääminen päivään tai terveellisen välilipalan valmistaminen. Opinnäytetyön tuloksista havaittiin myös, että vanhempien motivaatiota lapsen lihavuuden ja ylipainon hoidossa lisää vertaistuki. Motivaation lisäämiseksi hoitohenkilökunta voisi antaa tietoa vertaistukimahdollisuuksista perheelle hoitokäynnillä tai hoitava taho voisi itse järjestää vertaistukiryhmän.

Tuloksista käy ilmi, että vanhemmat toivovat käytännönläheisiä elämäntapaohjeita. Yhdessä opinnäytetyössä käytetyssä tutkimuksessa selvitettiin teknologia avusteisen ohjauksen vaikutusta kouluikäisten lasten elintapoihin. Opinnäytetyön tuloksista huomattiin, että teknologia-avusteisella ohjauksella on positiivisia vaikutuksia lasten ruokavalioon, sekä fyysiseen aktiivisuuteen. Tästä voidaan päätellä, että konkreettinen materiaali ja internetin käyttö tukevat perhettä elämäntapamuutoksessa. Konkreettista materiaalia voi olla erilaiset esitteet ja ohjeet. Hoitohenkilökunta voi ohjata vanhempia erilasten nettisivujen- ja sovellusten käyttöön, joista perhe voi saada tietoa ja tukea elämäntapamuutokseen.

## 6.2. Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat luotettavasti toteutettu tiedonhaku ja muiden tutkijoiden työn arvostaminen (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2012, 6). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat luotettava tutkimusmenetelmä ja tiedonhaku, joka perustuu oman alan kirjallisuuteen ja tietolähteisiin (Vilkkä 2015, 41–42). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan parantaa käyttämällä tiedonhaussa asiantuntijan apua (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 51). Tämän opinnäytetyön tiedonhaku on suoritettu hoitotyöhön erikoistuneilla tietokannoilla. Tiedonhaussa hyödynnettiin Tampereen Ammattikorkeakoulun informaation vinkkejä ja työpajoja.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa on olennaista käyttää sisäänottokriteerejä aineiston valinnassa. Tutkimuksia seulomassa olisi hyvä olla kaksi itsenäistä tutkijaa virheiden välttämiseksi. (Johansson ym. 2007, 51.) Opinnäytetyön tekijät suorittivat tiedonhakua pääasiassa itsenäisesti välillä kokoontuen kartoittamaan tiedonhaun tilannetta. Haettava aineisto on valittu asetettujen sisäänotto- ja poissulkukriteereillä sekä luotettavuutta arvioiden. Teoreettisen viitekehysten kohdalla sisäänottokriteereissä asetetussa aikarajassa joustettiin yhden lähteen kohdalla. Lähteen tieto on mielestämme muuttumatonta ja luotettavaa tietoa ravitsemuksesta ja harkinnan jälkeen sitä päätettiin käyttää opinnäytetyössä. Opinnäytetyön sisäänottokriteereihin kuului suomen- tai englanninkielisyys. Ressurssien vuoksi muilla kielillä julkaistuja tutkimuksia ei voitu käyttää, joten on mahdol-

lista, että osa tutkimuskysymyksiin vastaavasta pätevästä tiedosta on voinut jäädä käyttämättä. Englanninkielisten tutkimusten kääntäminen on voinut vaikuttaa tuloksiin, sillä se ei ole opinnäytetyön tekijöiden äidinkieli.

Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta tukee tutkimusluvan hankkiminen ja tutkimuksen suunnitteleminen (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2012, 6). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu huolellisesti tehty tutkimussuunnitelma (Vilka 2015, 45). Ennen varsinaisen opinnäytetyön aloitusta tehtiin asianmukainen opinnäytetyösuunnitelma. Suunnitelma raportoitiin eteenpäin ja opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa Tampereen ammattikorkeakoulun käytäntöjen mukaan.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja käsitteet tulee määritellä lukijalle selkeästi ja tarkasti. Teoreettisella viitekehyksellä ja käsitteillä luodaan tutkimukselle näkökulmaa ja raameja. Teorian ja käsitteiden hyödyntäminen eri tutkimusvaiheissa on tärkeää johdonmukaisuuden kannalta. (Vilka 2015, 37–38.) Tässä opinnäytetyössä teoreettinen viitekehys on toteutettu huolellisesti ja se on esitetty mahdollisimman selkeästi ja johdonmukaisesti. Käsitteet tulevat selvästi esille niille osoitetussa kuviossa. Opinnäytetyön teoreettinen osuus esittelee lukijalle luotettavasti ja tarkasti tietoa valituista käsitteistä. Teoriaa on hyödynnetty myös opinnäytetyön menetelmäosuudessa. Pohdinnassa heijastuu tulosten ja teorian yhteys.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tulosten esittämisessä. Tutkijan on toimittava rehellisesti ja kunnioittavasti muita tutkijoita kohtaan ja merkittävät lähdeviitteet huolellisesti (Vilka 2015, 42.) Tämän opinnäytetyön tulokset on esitetty niin, että tieto alkuperäistutkimuksesta säilyi muuttumattomana. Opinnäytetyöhön on liitetty taulukko (Liite 1), josta käy ilmi kaikki tuloksissa käytetyt tutkimukset ja tutkimusten tiedot. Kaikki opinnäytetyössä käytetyt lähteet on merkitty asianmukaisilla lähdeviitteillä ja lähdeluettelomerkinnöillä. Tässä kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta heikentävänä tekijänä, voidaan pitää opinnäytetyöntekijöiden tekijöiden kokemattomuutta tutkimusten laadunarvioinnissa ja laadunarviointikriteerien käytössä. Laadunarvioinnissa käytettiin ulkopuolista apua luotettavuuden varmistamiseksi. Kaikki opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ja tutkimusartikkelit ovat vertaisarvioituja.

Tutkimuksen uskottavuutta lisää sisällönanalyysiprosessin selkeä kuvaaminen. Lukijan tulee ymmärtää, miten analyysi on tehty. Sisällönanalyysin mahdollisimman tarkkaa kuvausta edistävät erilaiset taulukot ja liitteet. Luotettavuutta lisää analyysin etenemisen kuvaaminen alkuperäisilmauksista alkaen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä edistää työhön liitetty analyysirunko (Liite 2) ja analyysikuvio (Kuvio 2), jossa havainnollistamiseksi sisällönanalyysiä kuvataan alkuperäisilmauksesta yläkategoriaan.

### **6.3. Haasteet ja jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyön haasteena olivat kriteerit täyttävien kansainvälisten tutkimusten hakeminen. Opinnäytetyön teossa käytettiin useita erilaisia hakuohjelmia ja tiedonhaussa hyödynnettiin siihen erikoistuneen informaattikon apua. Lasten ja nuorten lihavuudesta sekä ravitsemusterapiasta yksinään löytyi hyvin tutkimustietoa, mutta ravitsemusterapeutille ohjautuvuudesta ei löytynyt kriteerejä täyttävää tutkittua tietoa. Opinnäytetyön tiedonhaussa selvisi jo varhaisessa vaiheessa, että perheen ja vanhempien motivaatio lapsen ja nuoren lihavuuden hoidossa sekä elämäntapamuutoksessa on erittäin merkittävässä roolissa. Kansainvälistä kriteerit täyttävää tutkimustietoa edellä mainituista löytyi, joten se nousi tärkeäksi osaksi opinnäytetyön tuloksia. Perheen motivaatiota edistävät ja estävät tekijät vaikuttavat ravitsemusterapeutille ohjautumiseen, joten se vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Opinnäytetyöhön haastetta toi menetelmäksi valikoitunut kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Se osoittautui haastavaksi, sillä opinnäytetyön tekijöillä ei ollut siitä aiempaa kokemusta. Kirjallisuuskatsaus oli menetelmänä molemmille opinnäytetyön tekijöille vieras, joten siihen perehtyminen vei paljon aikaa ja resursseja. Menetelmä sovittiin yhdessä työelämäyhteyden kanssa ja se sopi kaikille asianomaisille. Haastattelututkimus oli toinen menetelmävaihtoehto työelämäpalaverissa. Tästä vaihtoehdosta luovuttiin aikataulun ja resurssien vuoksi. Opinnäytetyön molemmat tutkimuskysymykset olisivat sopineet hyvin myös haastattelututkimuksena tehtäväksi. Jatkotutkimusehdotuksena pidetään tutkimuksen tekemistä haastatteluiden avulla. Haastattelututkimuksena työelämätaho olisi saanut tarkempaa tietoa miksi juuri heidän asiakaskunnassaan lasten ja nuorten ohjautuminen ravitsemusterapeutille on vähäistä. Haastattelututkimuksella oltaisi voitu saada myös

vanhemprien omia näkemyksiä siitä, mikä motivoisi perheitä käyttämään ravitsemusterapeutin palveluita.

## LÄHTEET

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Affman, S. & Hujala, N. 2010. Ravitsemus neuvolatyössä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Agronomiliitto. n.d. Ravitsemus- ja terveystieteet. Luettu: 15.2.2018. <https://www.agronomiliitto.fi/opiskelijat/tietoa-opinnoista/ravitsemus-ja-terveystieteet/>

l'Allemand-Jander, D. 2010. Clinical diagnosis of metabolic and cardiovascular risks in overweight children: early development of chronic diseases in the obese child. *International Journal of Obesity* 34, 32–36. <https://www.nature.com/articles/ijo2010237>

American heart association. 2018. HDL (Good), LDL (Bad) Cholesterol and Triglycerides. Luettu 16.1.2018. Päivitetty 11.1.2018. [https://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Cholesterol/HDLTriglycerides/HDL-Good-LDL-Bad-Cholesterol-and-Triglycerides\\_UCM\\_305561\\_Article.jsp](https://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/Cholesterol/HDLTriglycerides/HDL-Good-LDL-Bad-Cholesterol-and-Triglycerides_UCM_305561_Article.jsp)

Ammattinetti. 2017. Ravitsemusterapeutti. Luettu 29.12.2017. [http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/262\\_ammatti?link=true](http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/262_ammatti?link=true)

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä: ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomen lääkirlehti-Finlands läkartidning* 65 (34), 2691–2696.

Ball, G., Spence, N., Browne, N., O'Connor, K., Srikameswaran, S., Zelichowska, J., Ho, J., Gokiert, R., Mâsse, L., Carson, V., Morrison, K., Kuk, J., Holt, N., Kebbe, M., Gehring, N., Cesar, M., Virtanen, H., & Geller, J. 2017. The readiness and motivation interview for families (RMI-Family) managing pediatric obesity: study protocol. *BMC Health Services Research*, 17, 1– 9.

Ben Furman. Tietokoneohjelmat ja Appsit. Luettu 17.1.2018 <http://www.benfurman.com/tietokoneohjelmat/>

Children's liver disease foundation. 2011. Non-alcoholic fatty liver disease. Luettu 27.2.2018. <https://www.childliverdisease.org/Information/Medical-stuff/Information-on-liver-diseases/Non-Alcoholic-Fatty-Liver-Disease>

Crocker, H. 2007. Tackling overweight and obesity in children. *Practice Nurse* 33 (10), 25–31.

Dunkel, L., Saarelma, O. & Mustajoki, P. 2016. Lasten painoindeksi (ISO-BMI). *Lääkärikirja Duodecim*. Päivitetty 25.4.2016. Luettu 16.10.2017. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01073](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01073)

Eskelinen, S. 2016. HDL-kolesteroli eli "hyvä kolesteroli" (fP-Kol-HDL). *Lääkärikirja Duodecim*. Luettu 16.1.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk03083](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03083)

Haapa, E. & Pölonen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Luettu 10.10.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70066/rav-hoito.pdf?sequec>

Hanssen-Bauer, MW. & Knutsen, IR. 2017. How parents react when their child is overweight. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*, 1–10

Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. 2009. Ravitsemushoito-  
opas. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Jalanko, H. 2017. Verenpaine lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 2.12.2017. Luettu 6.4.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00547](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00547)

Johansson, K., Axelin, A., Stol, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. 51/2007. Turun Yliopisto: Digipaino.

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä Hoito. Lisätietoa. Päivitetty 18.6.2014. Luettu 1.2.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>

Kaakinen, P., Elo, S., Ruotsalainen, H., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Teknologia-avusteisten interventioiden vaikuttavuus ylipainoisten ja lihaviiden koululaisten elintapoihin ja painoindeksiin: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 12 (4), 22–32.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kautiainen, J. 2009. Näkökulmia lasten ja nuorten lihavuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 134–138.

Lihavuus (lapset). 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 27.2.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50034#K1>

Lazarou, C, & Kouta, C 2010. The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal Of Nursing*, 19 (10), 641–647.

Muksuoppi. n.d. Luettu: 19.1.2018. <http://www.muksuoppi.fi/>

Mustajoki, P. 2016. Lasten ja nuorten lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 29.2.2016. Luettu 3.10.2017. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00443](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00443)

Mustajoki, P. 2017. Rasvamaksa. Lääkärikirja Duodecim. Päivitetty 31.10.2017. Luettu 27.2.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00070](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00070)

Mustajoki, P. 2016. Valtimotauti (ateroskleroosi). Lääkärikirja Duodecim. Luettu 2.2.2018.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print, 23–34.

Nutrition Therapists Of Ireland. n.d.. What is nutritional therapy? Luettu 17.1.2018 <http://www.ntoi.ie/what-is-nutritional-therapy/>

Ogden, C., Carroll, M., Kit, B. & Flegal, K. 2014. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011–2012. *Jama* 311 (8), 806–814.

Painokas. n.d. Painokas-projekti 2006–2008. Luettu: 12.1.2018. <http://www.painokas.fi/>

Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. 2015. Lihavuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry n.d.. Yleistä ravitsemustieteen opinnoista. Luettu 25.10.2017. <http://rty.fi/yhdistys/tietoa-opiskelualasta/>

Saha, M-T. 2009. Lihava nuori. *Duodecim* 125 (18), 1967–1971.

Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A., Sofi, N., Kumar, R. & Bhadoria, A. 2015. Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of family medicine and primary care* 4(2), 187–192.

Salo, M. & Keskinen, P. n.d. Lihavuus. Tietoa potilaalle ja vanhemmille. Potilasohje. Tays lastenkliniikka.

Shwartz, R., Hamre, R. & Dietz, W. 2007. Office-Based motivational interviewing to prevent childhood obesity. *American medical association* 161(5), 495–501.

Silvola, K. 2010. Joka karkkia säästää se lastaan rakastaa. Juva: Tammi.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Juvenes Print: Turku.

Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilse, P. 2009. Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children. *Health Education Research*. 24 (3), 442–449 .

Tarnanen, K. & Komulainen, J. 2012. Lihavuus (lapset ja nuoret). Käyvän hoidon potilasversiot. Päivitetty 30.7.2012. Luettu 14.9.2017.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 19.3.2018.

United For Clinical Nutrition by Fresenius Kabi. n.d. Monitoring of nutrition therapy. Luettu 16.1.2018.

<https://www.unitedforclinicalnutrition.com/en/monitoring-nutrition-therapy>

United For Clinical Nutrition by Fresenius Kabi. n.d.. Nutritional therapy plan. Luettu 30.1.2018 <https://www.unitedforclinicalnutrition.com/en/nutritional-therapy-plan-0>

Valle, M. & Jääskeläinen, J. 2016. Lasten ja nuorten lihavuuden arviointi ja hoito. Suomen lääkirlehti-Finlands läkartidning 71 (39), 2413–2420.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vanhala, M. 2012 Lapsen ylipaino – riskitekijät, tunnistaminen ja elintavat. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Väestöliitto. 2018. Elämäntapojen vaikutukset murrosikään. Luettu 6.4.2018. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/murrosian-kasvu-ja-kehitys/elamantapojen-vaikutus/>

Väisänen, H., Kääriäinen, M., Kaakinen, P. & Kyngäs, H. 2013. Vanhempien motivoitumista edistävät ja estävät tekijät ylipainoisten ja lihaviiden lapsien elintapojen muuttamiseen: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 2013, 25 (2), 141–154.

World Health Organization. 2017. Malnutrition. Julkaistu 5/2017. Luettu 17.1.2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/malnutrition/en/>

## LIITTEET

### Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijä, vuosi, nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen menetelmä	Aineiston keruu ja määrä	Tulokset
Ball, G., Spence, N., Browne, N., O'Connor, K., Srikameswaran, S., Zelicowska, J., Ho, J., Gokiert, R., Mässe, L., Carson, V., Morrison, K., Kuk, J., Holt, N., Kebbe, M., Gehring, N., Cesar, M., Virtanen, H., & Geller, J. 2017. The readiness and motivation interview for families (RMI-Family) managing pediatric obesity: study protocol	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida nuorten ja heidän vanhempiansa motivaatiotekijöitä lihavuuden hoidossa, sekä tutkia miten paljon motivaatio vaikuttaa painonhallintaan.	Nuoria ja heidän vanhempiaan haastateltiin ja vastaukset pisteytettiin.	Tutkimukseen osallistui 250 13–17 –vuotiasta nuorta ja nuorten vanhemmat. Yhteensä 500 osallistujaa.	Perheen motivaatiolla on tärkeä rooli nuorten lihavuuden hoitoon sitoutumisessa, sekä hoidon onnistumisessa. On tärkeää, että päävastuu lihavuuden hoidossa on perheellä.
Crocker, H. 2007. Tackling overweight and obesity in children	Artikkelissa käsitellään miten terveydenhuollon ammattilainen voi auttaa lasten	Katsaus	Aineistona käytettiin tieteellisiä lähteitä	Elintapamuutos on haastava, joten koko perhe tarvitsee säännöllisiä hoitokäyntejä. Lasten ylipainon ja lihavuuden hoidossa on

	ylipainon ja lihavuuden hoidossa huomioiden koko perheen.			tärkeää ottaa huomioon lapsen ja perheen tarpeet. On tärkeää, että terveydenhuollosta perhe saa tukea ja tietoa liikuntamahdollisuuksista sekä sopivasta ruokavaliosta.
Hanssen-Bauer, MW. & Knutsen, IR. 2017. How parents react when their child is overweight	Tutkimuksen tarkoitus oli saada tietoa siitä, miten vanhemmat reagoivat lapsensa ylipainoon, sekä kartoittaa millaisia kokemuksia vanhemmilla on toimintaryhmiin osallistumisesta.	Laadullinen haastattelututkimus.	Tutkimusta varten haasteltiin kuutta äitiä.	Tutkimuksen avulla löydettiin yhteisiä piirteitä vanhempien kokemuksista. Kokemukset jaettiin neljään osa-alueeseen.
Kaakinen, P., Elo, S., Ruotsalainen, H., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Teknologia-avusteisten interventioiden vaikuttavuus ylipainoisten ja lihaviin koululaisten elintapoihin ja painoindeksiin: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata teknologia-avusteisten ohjauksen vaikutusta ylipainoisten ja lihaviin kouluikäisten lasten elintapoihin.	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus	Tiedonhaku tapahtui erilaisilla hoitoalan tietokannoilla. Aineiston valinta perustui sisäänottokriteereihin ja se arvioitiin Joanna Briggs Instituutin tarkistuslistalla.	Teknologia-avusteisella ohjauksella on positiivisia vaikutuksia kouluikäisten lasten ruokavalioon ja liikunnan määrään.
Lazarou, C, & Kouta, C 2010. The role of nurses in the prevention and management of obesity	Artikkelin tarkoitus oli käsitellä tieteelliseen tietoon perustuen ruokavalion ja ylipainon välistä suhdetta. Artikkelissa tarkastellaan hoitotyön vaikutuksia ylipainon hoidossa ja ehkäisyssä.	Katsaus	Aineistona käytettiin tieteellisiä lähteitä.	Suurentuneet annoskoot, epäsäännöllinen syöminen ja virvoitusjuomat altistavat lihavuudelle. Lihavuutta ehkäisevissä ohjelmissa tulisi korostaa varovaisten ruokavalioiden noudattamista.

				Sairaanhoitajat ovat avainasemassa lihavuuden ennaltaehkäisyssä.
Söderlund, L., Nordqvist, C., Angbratt, M. & Nilse, P. 2009. Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children.	Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa hoitohenkilökunnan valmiuksia motivoivan haastattelun käyttämiseen ylipainoisten ja lihaviin 5–7-vuotiaiden lasten hoitoon.	Haastattelututkimus	Tutkimuksessa haastateltiin viittä lasten parissa työskentelevää hoitajaa ja kuutta kouluterveydessä työskentelevää hoitajaa. Hoitajat käyttivät 6 kuukauden ajan motivoivaa haastattelua työmentelemänään, jonka jälkeen heitä haastateltiin valmistellun haastattelupohjan avulla.	Hoitajat kokivat, että motivoiva haastattelu toimii, jos vanhemmat ja hoitaja olivat samaa mieltä lapsen hoidon tärkeydestä. Motivoivaa haastattelua on haasteellista, jos hoitajilla on erilainen näkemys asioista ja jos vanhemmat eivät tunnista ongelmaa. Hoitajat kokivat, että motivoiva haastattelu vaatii laajaa tietämystä lasten ylipainosta ja lihavuudesta.
Väisänen, H., Kääriäinen, M., Kaakinen, P. & Kyngäs, H. 2013. Vanhempien motivoitumista edistävät ja estävät tekijät ylipainoisten ja lihaviin lapsien elintapojen muuttamiseen: systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhempien motivoitumista edistäviä ja estäviä tekijöitä ylipainoisten ja lihaviin lapsien elintapamuutokseen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Aineiston keruu tapahtui erilaisissa tietokannoissa ja manuaalisesti. Tutkimusten arvioinnissa käytettiin laaduarviointikriteerejä. Aineisto analysoitiin sisällysanalyysillä.	Ylipainoisen tai lihaviin lapsen elintapamuutokseen vanhempia motivoi hyvä elintapaohjaus ja sen hyödyt sekä huoli lapsen tilanteesta. Vanhempien motivoitumista estäviä tekijöitä puutteellinen elintapaohjaus ja vanhemmista itsestään johtuvat tekijät.

## Liite 2. Analyysirunko

Pelkistetty termi	Alakategoria	Yläkategoria	Tutkimusongelma
Puutteellinen elintapaohjaus	Hoitohenkilökunnan työhön liittyvät rajoitukset	Hoitohenkilökunnan vaikutus ravitsemusterapeutille ohjautumiseen	Minkälaisia syitä on 2–18 -vuotiaiden lasten ja nuorten ja heidän perheidensä heikkoon ohjautuvuuteen käyttämään ravitsemusterapeutin palveluita?
Hoitajien kiire			
Hoitajien tiedonpuute			
Ylipainoon puuttuminen vaikeaa	Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät		
Pelko lapsen järkyttämisestä			
Epävarmuus asian kohtaamisessa			
Hoitajien pelko perheen loukkaamisesta			
Paino-ongelmien arkaluontoisuus			
Epäonnistumisen tunne	Vanhempien kielteiset tunteet	Ravitsemusterapeutille ohjautumiseen vaikuttavat perheen sisäiset tekijät	
Vanhempien syyllisyyden tunne			
Häpeä			
Vanhempien pelko lapsen riittämättömyyden tunteesta	Vanhemmista johtuvat tekijät		
Perheen erilainen näkökulma verrattuna hoitohenkilökunnan näkökulmaan			
Motivaation puute			
Vanhempien oma ylipaino			

Pelkistetty termi	Alakategoria	Yläkategoria	Tutkimusongelma
Hoitoon sitoutuminen	Hoitosuhdetta edistävät tekijät	Elämäntapamuutokseen motivoivat tekijät	Millaisilla keinoilla perheet saataisiin käyttämään aiempaa enemmän ravitsemusterapeutin palveluita?
Keskinäinen kunniointus			
Tuki			
Kannustus			
Perheen vastuu			
Asenteet			
Ylipainoon puuttuminen	Hoitohenkilökunnan konkreettiset keinot perheen motivoimiseen		
Suoraan puhuminen terveysriskeistä			
Selkeät elämäntapaohjeet			
Motivoiva haastattelu			
Teknologia-avusteinen ohjaus			
Vertaistuki	Vanhempien muutoshalukkuutta lisäävät tekijät		
Huoli lapsen terveydestä			
Tiedonsaannin halu			
Hoidon perhekeskeisyys			