

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
2011

Tiia Pietilä ja Elina Äijälä

TYÖIKÄISTEN LIHAVUUS JA SEN VAIKUTUKSET TOIMINTAKYKYYN



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiia Pietilä ja Elina Äijälä

TYÖIKÄISTEN LIHAVUUS JA SEN VAIKUTUKSET TOIMINTAKYKYYN

Viimeisten vuosikymmenien aikana lihavuus on lisääntynyt huomattavasti. Lihavuus on nykyään merkittävä kansanterveysongelma, koska se aiheuttaa monien liitännäissairauksien esiintymistä. Lihavuus vaikuttaa terveyteen heikentävästi ja vaikutukset heijastuvat myös toimintakyvyn jokaiselle osa-alueelle. Lihavuus lisää sairauspoissaolojen määriä ja on keskeinen syy ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymiseen. Jatkossa suurten ikäluokkienkin jäädessä eläkkeelle on entistä tärkeämpää säilyttää väestön hyvä työ- ja toimintakyky.

Varhainen puuttuminen lihomiseen on hoidossa keskeistä. Lievää ylipainoa on helpompi hoitaa, kuin lihavuutta. Asiakkaan motivointi on erittäin tärkeää, koska laihduttaminen ei onnistu ilman motivaatiota. Lihavuutta voidaan hoitaa eri tavoin. Elintapahoito on ensisijainen lihavuuden hoitomuoto. Jos tuloksia ei saavuteta elintapahoidolla, voidaan hoitona käyttää erittäin niukkaenergistä ruokavaliota, lääkehoitoa tai lihavuuskirurgiaa. Painonhallinta jatkuu laihduttamisen jälkeen loppuelämän ajan. Painonhallintaa on myös ilman laihdutusta tapahtuva painonnousun ehkäiseminen.

Tämän projektin tarkoituksena oli tehdä työikäisille Internet-sivut lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Projektin tavoitteena on lisätä työikäisten tietoa lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn.

Projektin tuloksena syntyivät työikäisten lihavuutta käsittelevät Internet-sivut. Sivut tehtiin Turun ammattikorkeakoulun ja Salon terveyskeskuksen ylläpitämään Terveysnettiin. Sivujen avulla halutaan lisätä työikäisten tietoutta lihavuudesta, sen hoidosta, ennaltaehkäisystä ja painonhallinnasta. Internet-sivut ovat selkeytensä vuoksi helpot käyttää ja tieto löytyy helposti. Ammattilaiset voivat käyttää sivuja potilasohjauksen tukena työssään ja ohjata asiakkaitaan sivustolle itsenäiseen tiedonhankintaan. Sivuilta löytyy linkkejä muille aiheita koskeville sivustoille. Sivut löytyvät osoitteesta <http://terveysnetti.turkuamk.fi/>.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

Turku University of Applied Sciences

Degree programme in nursing | Public health nurse's specialisation

May 2011 | 64 +13

Satu Halonen and Jaana Uttu

Tiia Pietilä and Elina Äijälä

OBESITY AND ITS AFFECTS IN ABILITY TO FUNCTION AMONG WORKING AGE PEOPLE

During the last few decades obesity has increased significantly. Obesity is remarkable public health problem because it increases the risk of many co-morbidities. Obesity decreases health and affects also in ability to function. Work absences and early retirement are causes of obesity. It is important to maintain ability to function and ability to work because of retirement of the big age groups.

The most important thing in treating obesity is early intervention. Moderate overweight is easier to be treated than obesity. Losing weight is hard and it does not manage without motivation. Obesity can be treated in many ways, the primary treatment is lifestyle treatment. If lifestyle treatment does not bring wanted results, obesity can be treated with very low calorie diet, medication or surgery. After losing weight, controlling weight continues through life. Preventing weight gaining is also weight control.

The purpose of this thesis was to do Internet pages of obesity and its affects in functioning ability to working age people. The aim of this work is to increase knowledge of obesity and functioning ability in working age people.

Internet pages were born as a result of this project. Pages were made in Terveysnetti which is maintained by Turku University of Applied Sciences and health center of Salo. Increasing knowledge of obesity, treatment, prevention and maintaining weight is the purpose of the Internet pages. Because of the clearness of the pages they are easy to use and information is easy to be found. Pages can be used by professionals as a support in guidance in their work. Clients can also be directed in to the pages in independent searching of information. Pages can be found here <http://terveysnetti.turkuamk.fi/>.

KEYWORDS: OBESITY, WORKING AGE, ABILITY TO FUNCTION, TREATMENT OF OBESITY, WEIGHT CONTROL.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 AIKUISTEN LIHAVUUS	7
2.1 Lihavuuden syyt	11
2.2 Lihavuuden vaikutukset kansanterveyteen ja -talouteen	14
2.3 Lihavuuden hoito	16
2.4 Lihavuuden ennaltaehkäisy ja painonhallinta	28
3 TOIMINTAKYKY	31
4 TERVEYSTIETO INTERNETISSÄ	37
4.1 Potilasohjeet Internetissä	39
4.2 Tekstin rakenne Internet-sivuilla	40
5 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE	44
6 EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	45
6.1 Suunnitteluvaihe	45
6.2 Toteutus- ja arviointivaihe	47
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	50
8 POHDINTA	54
LÄHTEET	58

LIITTEET

- Liite 1. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 2. Projektilupa
- Liite 3. Internet-sivut

KUVAT

Kuva 1. Internet-sivujen etusivu	49
----------------------------------	----

1 JOHDANTO

Ylipainoisten ja lihavien määrä kasvaa kaikkialla maailmassa (World Health Organization, WHO 2009, 17). Suomessa aikuisista miehistä ylipainoisia on kaksi kolmasosaa, ja naisista hieman yli puolet (Mustajoki 2010). Lihavuus on merkittävä syy terveydenhuollon kustannuksien lisääntymisessä. Lihavuus aiheuttaa kustannuksia vuosittain noin 300 miljoonan euron edestä ja terveydenhuollon kokonaismenoista noin 2,2 %. (Pekurinen 2005.)

Lihavuutta mitataan yleisimmin kahdella tavalla; painoindexillä (BMI) ja vyötärönympäryksen mittaamisella (Mustajoki 2010). Normaalipainon ylärajaksi on maailmanlaajuisesti valittu BMI 25 m²/kg, koska arvon ylittyminen lisää riskiä sairastua moniin sairauksiin (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011). Monet sairaudet johtuvat vatsaontelon sisäisestä rasvasta, joka aiheuttaa aineenvaihdunnan häiriöitä. Lihavuussairauksista tärkein on tyypin 2 diabetes. (Mustajoki 2010.)

Lihavuus johtuu siitä, että energian saanti on suurempaa kuin kulutus. Energiankulutus on vähentynyt ruumiillisen työn ja arkiliikunnan vähentyessä. Nykyään ruoassa on suhteellisen paljon rasvaa ja annoskoot ovat suuria. Myös kotona syötävien aterioiden määrä on vähentynyt. Edellä mainitut seikat ovat lisänneet energian saantia viime vuosikymmenten aikana. (Mustajoki 2010.)

Lihavuuden hoito on vaikeaa, koska hoidon pohjana on pysyvät elintapamuutokset, joiden avulla päästään hyviin laihdutustuloksiin. Muita hoitokeinoja ovat muun muassa lääkehoito ja leikkaushoito. (Tarnanen ym. 2011.) Jo pienikin painonpudotus vähentää riskiä sairastua lihavuuden liitännäissairauksiin ja parantaa yleisesti elämänlaatua. Monesti elämänlaadun parantaminen on hoitoon hakeutumisen taustalla. Lihavuus liitännäissairauksineen vaikeuttaa jokapäiväisiä toimintoja ja heikentää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. BMI:n kohotessa yli 27 kg/m² fyysinen toimintakyky alkaa heiketä selvemmin. (Kaukua 2006.) Mitä korkeampi BMI, sitä suurempi riski on jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle (Aromaa 2005).

Projektin tehtävänä oli luoda työkäisille Terveysnettiin Internet-sivut lihavuudesta. Tavoitteena on lisätä työkäisten tietoa lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Terveysnetti on Turun ammattikorkeakoulun ja Salon terveyskeskuksen ylläpitämä terveysaiheinen Internet-sivusto. Työkäisten netissä on työkäisille suunnattua tietoa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Sivustoa voivat hyödyntää myös terveysalan ammattilaiset. (Turun ammattikorkeakoulu 2008.)

2 AIKUISTEN LIHAVUUS

Lääketieteen mukaan normaalipaino määritellään painoksi, joka on terveyden kannalta paras (Mustajoki & Leino 2002, 9). Normaalipaino määritellään nykyään painoindeksin (BMI, body mass index) mukaan. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino (kiloina) pituuden (metreinä) neliöllä. Normaalipainoksi luokitellaan painoindeksi välillä 18,5–25 kg/m². (Niskanen, 2008, 85.) Ylipainosta tai lievästä lihavuudesta puhutaan, kun painoindeksi on 25–30, merkittävä lihavuus on kyseessä, kun painoindeksi on 30–35, vaikea lihavuus on kyseessä painoindeksin ollessa 35–40 ja sairaalloinen lihavuus, kun painoindeksi on yli 40 (Mustajoki & Leino 2002, 11–12).

Lihavuus on kehittyneiden maiden mittava terveysongelma (Uusitupa 2007, 370). Lihavuus ei kuitenkaan rajoitu vain teollisuusmaihin, vaan yleistyy nykyään nopeimmin kehittyvissä maissa. Koko maailman väestöstä ylipainoisia on yli miljardi ja heistä vähintään 300 miljoonaa on lihavia. (Puska, Nishida & Porter 2003.) Lihavuuden ennustetaan lisääntyvän lähes jokaisessa maailman maassa niin, että vuonna 2015 ylipainoisia on jo 1,5 miljardia (World Health Organization, WHO 2009, 17). Lihavuus yleistyy edelleen myös Suomessa (Ono, Guthold & Strong 2010). Suomalaiset ovat pohjoismaiden lihavin kansa (Finnish Obesity Treatment Expert Group, FOTEG 2011a). WHO:n mukaan vuonna 2010 arviolta 54,5 % suomalaisista naisista (iältään 15–100-vuotiaita) oli ylipainoisia ja heistä lihavia 19,4 %. Vastaavasti miehistä WHO on arvioinut olevan ylipainoisia 67,1 % ja heistä lihavia 20,9 %. (Ono, Guthold & Strong 2010.)

Lihavuutta esiintyy eniten Yhdysvalloissa (FOTEG 2011a). Siellä on arviolta 97 miljoonaa ylipainoista tai lihavaa aikuista. Heistä 11 miljoonalla BMI on yli 35 kg/m². (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders, IFSO 2010a.) Vuodesta 2005 ylipaino on lisääntynyt Suomessa miehillä 2,2 % ja lihavuus 2 %. Naisilla ylipaino on lisääntynyt 2,1 % ja lihavuus 1,6 %. (Ono, Guthold & Strong 2010.) Suomalaisista työikäisistä naisista joka toinen ja miehistä kaksi kolmasosaa on ylipainoisia (BMI yli 25kg/m²).

Merkittävästi lihavvia (BMI yli 30 kg/m²) on kummastakin sukupuolesta viidennes. (Niskanen 2008, 84.) Työikäisiä vaikeasti tai sairaalloisen lihavvia on massamme yhteensä noin 170 000 (FOTEG 2011a). Lihavuus on yleisintä 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä (Rissanen & Fogelholm 2006, 15). Myös lasten ja nuorten ylipaino sekä lihavuus ovat lisääntyneet huolestuttavasti (Meronen 2010). Nuoret lihovat tällä hetkellä kaikkein nopeimmin Suomessa (Männistö ym. 2004, 777). On arvioitu, että tänään syntyvien eurooppalaislasten elinikä saattaa jäädä lyhyemmäksi kuin heidän vanhempiansa (Meronen 2010). Lihavuuden syynä on pitkäaikainen positiivinen energiatasapaino. (Uusitupa 2007, 370.) Toisin sanoen ihminen syö pitkällä aikavälillä enemmän kuin kuluttaa.

Salopuron ym. (2010) tutkimuksessa selvitettiin lihavuuden ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyyttä ja alueellisia eroja Suomessa. Tutkimukseen osallistui 45–74-vuotiaita miehiä ja naisia (n=10248). Tutkimustuloksista käy ilmi, että painon, vyötärölihavuuden ja glukoosiaineenvaihdunnan suhteen on selviä alueellisia eroja. Painavimmat miehet olivat Pirkanmaalla sekä Turun ja Loimaan alueilla. Naisilla ei havaittu alueellisia eroja painokiloissa. Naisilla esiintyi eniten vyötärölihavuutta Pirkanmaan alueella. Miehillä taas esiintyi vähiten keskivartalolihavuutta Pohjois-Pohjanmaalla. Tutkittavista lihavvia oli 25 %, ylipainoisia 32 % ja loput 32 % olivat normaalipainoisia. (Salopuro ym. 2010, 2381, 2384–2385.)

Painoindeksi on toimiva keino lihavuuden mittaamisessa, mutta sitä käytettäessä on huomioitava mahdolliset virhelähteet. Painoindeksi voi olla normaali, vaikka ihmisellä olisikin kertynyt liikaa rasvaa vatsaontelon sisälle. Myös hyvin lihaksikkaalla ihmisellä painoindeksi voi näyttää yläkanttiin, vaikka rasvakudosta olisi hyvin vähän. Lihaksikkaiden ihmisten kohdalla painoindeksin virheellisyyttä on helppo arvioida silmämääräisesti. Painoindeksi ei myöskään ota huomioon nesteen määrää kehossa. Joissain tapauksissa nestettä voi olla kertynyt elimistöön runsaastikin, jolloin paino luonnollisesti kohoaa. (Mustajoki 2010.) Painoindeksi 30 kg/m² on kansainvälinen raja-arvo, jonka ylittyminen merkitsee sairastuvuusriskin huomattavaa suurenemista ja että henkilö luokitellaan lihavaksi (Lahti-Koski 2005).

Lahti-Kosken (2001) tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida BMI:n, lantio-vyötärösuhteen ja lihavuuden suuntaa suomalaisilla kahden viime vuosikymmenen ajalta (1972–1990). Pidemmän tähtäimen tavoitteena oli tunnistaa mahdolliset riskiryhmät tutkimalla sosioekonomisia eroavaisuuksia. Tutkimus on osa suomalaista FINRISKI-tutkimusta. Tutkimusjoukkona (n=45777) oli satunnaisesti valittua 25–64-vuotiaita miehiä ja naisia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että BMI kasvoi molemmilla sukupuolilla. Miehillä BMI kasvoi eniten 55–64-vuotiailla ja naisilla taas nuorimmassa ikäluokassa, 25–34-vuotiailla. Miehillä BMI kohosi tasaisesti kaikissa koulutusryhmissä, naisilla BMI kohosi eniten huonoiten koulutettujen ryhmässä. Työttömien ja eläkkeellä olevien miesten BMI kohosi joukosta eniten. Miehillä suurin lantio-vyötärösuhteen kasvu osui 1990-luvun alkuun. Naisilla taas lantio-vyötärösuhde jatkoi tasaisesti kasvamista 1990-luvun alun jälkeen. (Lahti-Koski 2001.)

Lihavuus on tila, jossa elimistön rasvakudoksen määrä on suurentunut. Rasvakudoksen sijainti on yhteydessä lihavuuden terveystaitoihin. Vyötärölle ja erityisesti vatsaontelon sisään kertyvä rasva on haitallisempaa kuin lantiolle, pakaroihin ja reisiin kertyvä rasva. (Uusitupa 2007, 369–370.) Viskeraalinen rasva on vaarallisempaa, koska se lisää aineenvaihdunnan häiriöitä, esimerkiksi insuliiniresistenssiä ja verenpaineen kohoamista (Männistö ym. 2010, 2688). Kehon painoindeksin laskeminen ei kerro mitään rasvakudoksen jakautumisesta kehossa, siksi vyötärön ympärysmittaa käytetään lihavuuden määrittelyssä painoindeksin rinnalla (Lahti-Koski 2005). Vyötärön ympäryys mitataan alimman kylkiluun ja suoliluun harjanteen puolivälin kohdalta. Mikäli naisten vyötärön ympäryys ylittää 80 cm ja miehillä 94 cm, lukemat ovat terveydelle haitallisia. Selvistä terveystaitoista puhutaan, kun naisten vyötärön ympäryys on 90 cm tai enemmän ja miehillä 100 cm tai enemmän. (Niskanen, 2008, 85.) Vyötärölihavuus on yleisempää miehillä kuin naisilla. Viskeraalinen rasva on yleisempää myös tupakoitsijoilla kuin tupakoimattomilla. (Lahti-Koski 2005.) Painoindeksin laskemisen ja vyötärön ympäryksen mittaamisen lisäksi lihavuutta voidaan arvioida myös silmämääräisesti (Uusitupa 2007, 369).

Lihavuus lisää monien pitkäaikaissairauksien vaaraa. Yleisimmät lihavuuden liitännäissairaudet ovat kohonnut verenpaine, tyypin 2 diabetes sekä kantavien nivelten nivelrikko. Lihavuus on metabolisen oireyhtymän tunnusmerkki ja merkittävä uniapnean aiheuttaja. (Uusitupa 2007, 380–381.) Maailmanlaajuisesti diabeetikoista noin 85 %:lla on tyypin 2 diabetes ja 90 % tyypin 2 diabeetikoista on lihavia. (Puska, Nishida & Porter 2003.) Valtaosa aineenvaihdunnallisista sairauksista on yhteydessä lihavuuteen tai runsaaseen alkoholinkäyttöön. Lihavuuden yleistymisen myötä myös aineenvaihdunnalliset sairaudet ovat lisääntyneet. (Arffman 2009, 122–123.) Vaikeaan ja sairaalloiseen lihavuuteen liittyy kuoleman, erityisesti äkkikuoleman, vaara (Uusitupa 2007, 381). Kuolleisuus lisääntyy merkittävästi, kun painoindeksi ylittää arvon 30 (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito –suositus 2011). Lihavuus aiheuttaa vuosittain 300 000 ihmisen kuoleman Yhdysvalloissa, ja on täten toiseksi yleisin kuolinsyy tupakanpolton jälkeen. (Thompson 2007, 265.) Maailmanlaajuisesti ylipaino tai lihavuus aiheutti 2,8 miljoonan ihmisen kuoleman vuonna 2004. WHO:n mukaan viisi yleisintä globaalia kuolemanriskiä ovat korkea verenpaine, tupakointi, korkea verensokeri, fyysinen liikkumattomuus sekä lihavuus tai ylipaino. (WHO 2009, 9.)

Lihavuuden terveyshaitat huonontavat elämänlaatua ja aiheuttavat ennenaikaisia kuolemia. Lihavuus on myös suuri toimintakyvyn heikentäjä. (Puska, Nishida & Porter 2003.) Lihavilla monet normaalit tehtävät ovat raskaampia kuin normaalipainoisille, esimerkiksi liikkuminen vaikeutuu lihomisen myötä. He saattavat väsyä nopeammin, ja hengenvetojen kesto lyhenee. Julkisen liikenteen kulkuneuvojen istuimet ja puhelinkopit saattavat olla lihaville liian ahtaita. Myös henkilökohtaisen hygienian hoitaminen ja ylläpitäminen saattaa olla hankalaa. (IFSO 2010b.)

Lihomiselle erityisen alttiita ryhmiä ovat nuoret aikuiset, odottavat äidit, nuoret perheet, vähän koulutetut, lapset, joiden vanhemmat ovat ylipainoisia, tupakoinnin lopettaneet sekä vain vähän liikuntaa harrastavat. Korkeasti koulutetuilla lihavuus on harvinaista. Koulutetut henkilöt ovat kiinnostuneita

ulkonäöstään ja terveydestään. Tästä syystä he ovat myös alttiimpia terveysvalistukselle. (Männistö ym. 2004, 777.)

Ylipaino koskee yhä useammin myös hedelmällisessä iässä olevia naisia (Raatikainen, Härmä & Randell 2010, 1103). Lihavilla naisilla on huomattavasti korkeampi riski raskauden aikaisiin komplikaatioihin kuin normaalipainoisilla. Iso-Britanniassa yksi kolmasosa synnytykseen kuolevista naisista on lihavia (BMI yli 30 kg/m²). (Lynch 2007, 22.) Ylipaino voi lisätä keskenmenoja ja altistaa raskaudenaikaiselle verenpainetaudille, raskausdiabetekselle ja raskausmyrkytykselle. Ylipainoisten naisten synnytyksiä joudutaan käynnistämään useammin ja synnytykset kestävät pidempään kuin normaalipainoisilla. Ylipainoisille joudutaan tekemään myös useammin sektioita ja näihin leikkauksiin liittyy enemmän komplikaatioita. Ylipaino voi aiheuttaa myös hedelmättömyyttä. Painoindeksin ylittäessä 25 kg/m² raskauden alkamisen viive on merkittävästi pidempi kuin normaalipainoisilla naisilla. Useimmiten tämä johtuu munasarjojen toiminnan muutoksesta, kuten ovulaatiohäiriöstä, mutta myös alkion kiinnittyminen kohdun limakalvolle voi häiriintyä lihavuudesta johtuen. Lihavuus heikentää myös lapsettomuushoitojen tuloksia. Huomio tulisikin suunnata lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja naisia tulisi rohkaista painonpudotukseen jo raskautta suunniteltaessa. (Raatikainen, Härmä & Randell 2010, 1103.)

2.1 Lihavuuden syyt

Lihavuus on yleistynyt merkittävästi viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana (Rissanen & Fogelholm 2006, 14). Kuitenkin suomalaisten rasvan ja energiansaanti on tänä aikana vähentynyt (Lahti-Koski 2005). Ihmisten energiankulutuksen on täytynyt vähentyä suhteellisesti vielä enemmän. Kulutus on vähentynyt, koska tekniikka on kehittynyt ja ennen ihmiskäsin tehty työ on korvattu koneellisesti. Ruumiillinen ansiotyö on kadonnut lähes kokonaan. (Mustajoki 2007, 10–11.) Lihavuuden yleistyminen on yhteydessä työmatkaliikunnan vähenemiseen (Fogelholm & Rissanen 2006, 19). Vaikka ihmisillä on aiempaa enemmän aikaa harrastaa liikuntaa vapaa-aikanaan, se ei

ole riittänyt korvaamaan työliikunnassa tapahtuneita muutoksia (Lahti-Koski 2005). Myös kotitöissä tapahtuneet muutokset ovat johtaneet energiankulutuksen pienenemiseen. Kodit ovat täynnä erilaisia viihde-elektroniikkalaitteita, jotka houkuttelevat istuvaan elämäntapaan ja jotka ovat vähentäneet liikkumistamme ja sitä kautta energiankulutustamme. (Mustajoki 2007, 11–12.)

Muutoksia on havaittavissa myös ruokatottumuksissa. Nykyään voidaan syödä päivittäin sellaisia ruokia, jotka ennen olivat juhlapäiviin kuuluvia herkkuruokia. (Mustajoki 2007, 13.) Lihomiseen johtavia syitä ovat myös välipalojen, alkoholin ja virvokkeiden kulutuksen kasvu sekä ruoan annoskokojen kasvaminen. (Männistö ym. 2004, 777.) Myös pikaruokien ja perunalastujen suosio on kasvanut ja kulutuksen kasvu onkin suoraan yhteydessä annos- ja pakkauskokojen kasvuun. Ateriointitavoissa tapahtuneet muutokset näkyvät kotona syötyjen perheen yhteisten aterioiden vähentymisenä sekä kodin ulkopuolella syömisen lisääntymisenä. Myös välipaloja ja eineksiä syödään aiempaa enemmän. (Mustajoki 2007, 13–14.) Koska ruokaa on tarjolla kaikkialla, tämän päivän yltäkylläisyydessä on lähes mahdotonta pysyä normaalipainoisena ilman tietoista ponnistelua. (Männistö ym. 2004, 777.)

Hyytisen ja Roihan (2009) tutkimuksessa selvitettiin Evi-hankkeeseen vuonna 2007 osallistuneiden keskisuomalaisten ravitsemustottumuksia sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan. Tutkimuksessa arvioitiin myös osallistuneiden riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen sekä lihavuuden esiintyvyyttä. Tutkittavat arvioivat myös omaa terveystottumusten muutoshalukkuuttaan. Tutkimukseen osallistui 20–64-vuotiaita miehiä ja naisia (n=362). Heistä kolmasosa naposteli päivittäin ja kolmannekselta puuttui myös säännöllinen ateriarytmi. Naisten ravitsemustottumukset olivat terveellisemmät kuin miehillä. Lisäksi akateemisesti koulutetut söivät muita terveellisemmin. Tutkimukseen osallistuneista ylipainoisia oli miehistä puolet ja naisista neljännes. Tyyppin 2 diabeteksen riskipisteissä ei ollut eroa sukupuolten välillä ja 55–64-vuotiailla vastaajilla oli nuorempia ikäryhmiä suuremmat painoindeksit ja tyyppin 2 diabeteksen riskipisteet. Tutkimuksessa miehet olivat harkinneet

naisia useammin muuttavansa ravitsemustottumuksiaan, mutta eivät olleet kuitenkaan muuttaneet mitään. Vaikka naiset olivat miettineet elintapojen muuttamista vähemmän, he olivat kuitenkin halukkaampia muuttamaan omia ravitsemustottumuksiaan. (Hyytinen & Roiha 2009, 21–22, 35, 45–47, 49.)

Mäki-Oppaan (2009) tutkimuksessa selvitettiin pystyvyyden tunteen yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin, elintapoihin sekä koettuun terveyteen. Pystyvyyden tunne tarkoittaa henkilön arviota omista kyvyistään suorittaa jokin toiminta onnistuneesti. Tutkimusjoukon muodostivat suomalaiset 25–44-vuotiaat miehet ja naiset (n=3996), jotka olivat osallistuneet FINRISKI 2002-tutkimukseen. Pystyvyyden tunne oli yhteydessä tupakointiin, alkoholin käyttöön, vähäiseen vapaa-ajan liikuntaan ja kasvisten kulutukseen sekä lihavuuteen siten, että epäterveelliset elintavat olivat yleisimpiä henkilöillä, joilla on alhaisempi pystyvyyden tunne. Lihavista miehistä 40 %:lla ja naisista 45 %:lla oli alhainen pystyvyyden tunne. (Mäki-Opas 2009 4, 29, 44, 49.)

Lihavat aliraportoivat syömistään. Lihavilla perusenergiankulutus ja kokonaisenergiankulutus ovat suurempia kuin normaalipainoisilla, näin ollen lihavat joutuvat syömään enemmän pysyäkseen painossaan. (Uusitupa 2007, 377.) Raskauksien suuri lukumäärä altistaa lihomiselle. Rasvakudoksen määrä kasvaa raskauksien lukumäärän mukaan. Lihomisen todennäköisyys kasvaa 25 ikävuoden jälkeen. Paino nousee iän myötä sekä miehillä että naisilla, syynä tähän on iän myötä pienentynyt energiankulutus sekä elämäntavat. Naisilla paino nousee menopaussin jälkeen. Myös liikkumista vaikeuttavat krooniset sairaudet altistavat lihomiselle. (Uusitupa 2007, 376.) Kuitenkin vain hyvin harvoin lihavuuden johtuu suoraan jostakin sairaudesta. Vamman, kasvaimen tai tulehdussairauden aiheuttama hypotalamus-vaurio aiheuttaa lihavuutta. Cushingin oireyhtymään, munasarjojen monirakkulatautiin sekä kortikosteroidien käyttöön liittyy myös lihavuutta. Lisäksi sukupuolihormonien vajaakeritys lisää lihavuuden riskiä. Jotkin lääkkeet voivat aiheuttaa painonnousua ja lihomista. Tällaisia lääkkeitä ovat tietyt psyykenlääkkeet (fentiatsiinit ja trisykliset masennuslääkkeet) sekä steroidihormonit. Myös

beetasalpaajat vähentävät perusenergiankulutusta ja altistavat näin lihomiselle. (Uusitupa 2007, 377–378.)

2.2 Lihavuuden vaikutukset kansanterveyteen ja -talouteen

Tyypin 2 diabeteksen, sydän- ja verisuonitautien, nivelrikon, ja uniapnean lisäksi lihavuus aiheuttaa sappikivitauteja, kihtiä, astmaa sekä virtsankarkailua. Lihavien riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on huomattavan korkea. (FOTEG 2011b.) Sekä tyypin 2 diabeteksen että raskausdiabeteksen riski on suorassa yhteydessä liikapainon määrään (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypähoito -suositus 2011). Keski-ikäisillä naisilla, BMI:n ylittäessä 35, riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kasvaa jopa 90-kertaiseksi. Myös tietyt syöpätyypit, kuten rintaa-, munuais-, kohdunrunnon sekä paksusuolen syöpä, ovat yleisempiä lihavilla kuin normaalipainoisilla. Lihavilla esiintyy myös masennusta normaalipainoisia enemmän. (FOTEG 2011b.) Lisäksi lihavuus nostaa verenpainetta ja veren rasva-arvoja, mikä altistaa sydän- ja verisuonitauksille. Lihavuus onkin keskeinen sepelvaltimotaudin ja aivoinfarktin riskitekijä. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypähoito -suositus 2011.) Lihavuus vaikuttaa myös epäsuotuisasti veren hyytymistekijöihin ja elimistön tulehdusreaktioihin (Sydänliitto 2010a).

Ylipainoisuus, alkoholin runsas kulutus, tupakointi ja unihäiriöt ovat keskeisiä työkykyä heikentäviä tekijöitä. Ylipainoisuus on yleisintä rakennus-, maatalous-, metsä- sekä kuljetus- ja tietoliikenteen aloilla. (Laitinen, Perkiö-Mäkelä & Virtanen 2010, 141, 143.) Lihavuus lisää alttiutta sairastua moniin työkykyä alentaviin kroonisiin sairauksiin (Uusitupa 2007, 380). Ylipaino kuormittaa myös tuki- ja liikuntaelimiä (THL 2010). Hyvä tuki- ja liikuntaelinten terveystila on työkyvyn ylläpitämisen edellytys (Suni 2010, 74). Lihavuuteen voi liittyä myös sosiaalisia ja mielenterveysongelmia (Uusitupa 2006, 24). Lisäksi lihavuus on merkittävä syy ennen aikaiselle eläkkeelle siirtymiselle. Erityisesti lihavuudesta johtuvat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisiä. (Uusitupa 2007, 380–381.)

Riski sairastua liitännäissairauksiin riippuu lihavuuden asteesta. Riskiä suurentavat erityisesti varhain alkanut lihavuus ja vyötärölle painottuva lihavuus. Esimerkiksi riski sairastua dementiaan on lihavilla puolitoistakertainen normaalipainoisiin verrattuna. Myös vaara sairastua kihtiin nousee painon noustessa ja astmaan sairastumisen riski on kaksinkertainen. Rasvamaksan riski on yli kymmenkertainen ja sairastavuus ja kuolleisuus maksakirroosiin ovat suurentuneet lihavilla. Myös munuaissairauksien vaara ja niiden eteneminen on lihavilla kohonnut. Yölliset hengityskatkokset ovat yleisiä lihavilla ja valtaosa vaikeasti lihavista kärsii obstruktiivisesta uniapneasta. Lihavuus aiheuttaa muutenkin uniongelmia ja lyhentää yöunien pituutta. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011.)

Lihavuus liitännäissairauksineen on merkittävä kansanterveysongelma (Hakala 2005). Lihavuuden lisääntyessä liitännäissairauksien hoito kasvattaa yhteiskunnan menoja. (FOTEG 2011c.) Arvioiden mukaan lihavuus aiheuttaa 10 % terveydenhuollon kustannuksista länsimaissa (Uusitupa 2007, 381). Vuonna 2005 arvioitiin, että lihavuus aiheuttaa Suomessa yhteiskunnalle joka vuosi vähintään 260 miljoonan euron menot. Summasta noin 190 miljoonaa on terveydenhuollon menoja ja 70 miljoonaa sosiaaliturvan menoja. (Pekurinen 2006.) Kuitenkin uusimpien arvioiden mukaan lihavuuden aiheuttamien kokonaiskustannusten määrä ylittää 300 miljoonaa euroa (FOTEG 2011c). Terveydenhuollon menoista yli puolet koostuu vuodeosastohoidosta ja 40 % lääkeshoidosta. Sosiaaliturvan menot koostuvat pääosin lihavuudesta aiheutuvista työkyvyttömyyseläkkeistä. Tyypin 2 diabetes, aivohalvaus ja nivelrikko ovat kolme sairautta, joihin kaksi kolmasosaa lihavuuden aiheuttamista menoista liittyy. Lihavuuden vuoksi kertyy sairauspäiviä yli 340000 joka vuosi. (Pekurinen 2006.) Lihavuuden kuormitus yhteiskunnalle jatkaa edelleen kasvuaan (FOTEG 2011c). Kansaneläkelaitos (Kela) korvaa moniin sairauksiin liittyviä lääkeshoidon ja muita kustannuksia ja kustantaa kuntoutuskursseja. Kela tukee taloudellisesti ihmisten heikentyneitä työkykyä sairauspäivärahojen ja työkyvyttömyyseläkkeellä. Lihavuuden osuus Kelan

sairausperusteisista etuusmenoista vuonna 2004 oli arviolta 150 miljoonaa euroa. (Hakala 2005.)

2.3 Lihavuuden hoito

Pienikin ylipaino tarvitsee hoitoa silloin, kun lihavuus on painottunut keskivartalolle tai kun ylipainoon liittyy kohonnut verenpaine, tyypin 2 diabetes tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Laihduttamiseen on aihetta myös, mikäli potilaalla on nivelrikko tai uniapnea, jonka oireita ylipaino entisestään pahentaa. Lihavuuden hoidosta on selvää etua aina, kun henkilön painoindeksi ylittää 30 kg/m². Sairaalloinen lihavuus vaatii aina hoitoa. (Uusitupa 2007, 384–385.)

Lihavuus on niin yleistä, että läheskään kaikkia lihavia ei voida hoitaa terveydenhuollon piirissä. Hoitoon valitaankin henkilöitä, jotka hyötyvät erityisesti laihduttamisesta ja painonhallinnasta. Lihavuuden hoidon tavoitteena on lihavuuden liitännäissairauksien ehkäisy ja hoito. Tämä toteutuu jo hyvin pienellä, 5-10 prosentin pysyvällä painonpudotuksella. Hoidossa pyritään energiansaannin vähentämiseen ja energiankulutuksen lisäämiseen. Tavanomaisin hoitomuoto on elintapahoito, jossa elintapamuutoksiin tähtäävää ohjausta annetaan usealla tapaamiskerralla. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito –suositus 2011.) Elintapahoito valitaan hoitomuodoksi silloin, kun painoindeksi on alle 30. Hoitoon sisältyvät ohjaaminen pysyviin elintapamuutoksiin sekä ruokailutottumusten muuttaminen. (Uusitupa 2007, 385.) Lyhyen intervention tarkoituksena on herättää kiinnostus terveyttä ja painonhallintaa kohtaan sekä kertoa lihavuuden hoitomahdollisuuksista. Asiakas punnitaan ja selvitetään painoindeksi. Asiakkaalle kerrotaan painonpudotuksen hyödyistä. Ohjaus tapahtuu potilaskeskeisessä keskustelussa ja siinä korostetaan realistista painotavoitetta ja maltillista painonpudotusvauhtia. Lyhyen intervention tavoitteena on tukea asiakkaan omatoimista laihduttamista ja painonhallintaa. (Keränen & Martikainen 2009, 77.)

Lihavuuden vaikeusaste ja mahdollinen liitännäissairauksien esiintyminen määrittävät lihavuuden hoitomuodon. Lisäksi huomioidaan yksilölliset tekijät. Ennen hoidon aloittamista selvitetään asiakkaan ruokailutottumuksia, lihavuuteen johtaneita syitä sekä lihavuuteen liittyvien sairauksien esiintymistä. Lihavuus todetaan potilaan antamien esitietojen ja tehtyjen tutkimusten perusteella. Asiakkaalta mitataan verenpaine ja vyötärönympäryys, todetaan potilaan yleistila, tutkitaan sydän- ja verenkiertoelinten tila ja otetaan joitakin verinäytteitä, kuten paastoverensokeri ja seerumin kokonaiskolesteroli. (Uusitupa 2007, 384–385.)

Lihavuuden hoitoon tulee aina sisällyttää käyttäytymisterapeuttinen lähestymistapa. Sen avulla tähdätään pysyviin elintapamuutoksiin. (Uusitupa 2007, 385.) Ohjaus elintapamuutoksiin on keskeistä kaikissa lihavuuden asteissa hoitomuodosta riippumatta. Tavoitteena ovat pysyvät muutokset liikunta- ja ruokailutottumuksissa. Lisäksi on tarkasteltava elämää laajempänä kokonaisuutena, sillä pelkkä tiedon saaminen terveellisistä ruokailu- ja liikuntatottumuksista ei riitä pysyvän muutoksen aikaansaamiseen. (Keränen & Martikainen 2009, 78.) Keskeinen tekijä hoidon onnistumisessa on potilaan oma motivaatio. Ilman motivaatiota laihdutus ei onnistu. Laihduttamisen aloittamisajankohdan tulee olla mahdollisimman hyvä. Esimerkiksi mielenterveyshäiriöt tai kriittinen elämäntilanne estävät laihdutushoidon onnistumista. (Uusitupa 2007, 385.)

Syömisen hallinnalla tarkoitetaan syömistilanteisiin liittyviä konkreettisia tottumuksia, niiden tunnistamista ja tarvittaessa muuttamista. Syömisen hallintaongelmien hoito vaatii pitkäkestoista hoitosuhdetta ja luottamuksellista ja rauhallista ilmapiiriä. Syömistä voidaan hallita pitämällä ateriaritmi säännöllisenä, keskittymällä ruokaillessa vain syömiseen, rajoittamalla kotona tapahtuva syöminen vain yhteen paikkaan (esimerkiksi ruokapöydän ääreen), hidastamalla syömisnopeutta tietoisesti sekä hankkimalla kotiin vain sellaista ruokaa, jota voi syödä huoletta. Osana syömisen hallinnan selvittelyä on myös ahmimistaipumuksen tunnistaminen ja hoito. Ahmimisen taustalla on usein psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia. Ongelmien hoito on tärkeää syömisen

hallinnan parantamisessa ja lihavuuden hoidossa. Mahdolliset ongelmat selvitetään ja tarvittaessa asiakas ohjataan jatkohoitoon. (Keränen & Martikainen 2009, 79.)

Ryhmähoito on edullisempaa kuin yksilöhoito. (Uusitupa 2007, 385.) Käyttämällä vain ryhmä- tai yhdistettyjä yksilö-ryhmähoitoja olisi mahdollista säästää huomattavia summia terveydenhuollossa ilman, että hoidon laatu kärsisi. Samalla voitaisiin tarjota apua useammalle sitä tarvitsevalle. Ryhmätapaamisissa voidaan käyttää menetelmiä, jotka eivät kahden kesken ole mahdollisia. Tällaisia ovat muun muassa ryhmätyöt, harjoitukset ja yhteiset keskustelut. Ryhmässä opitaan toisilta ja voidaan jakaa omia kokemuksia. Hyvä ryhmähenki lisää motivaatiota ja yrittämistä. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 32.) Sairaalloisen lihavuuden hoidossa käytetään kuitenkin aina yksilöterapiaa (Uusitupa 2007, 385).

Alahuhan ym. (2010) tutkimuksessa kuvaillaan puolen vuoden aikana ravitsemusterapeutin ryhmäohjaukseen osallistuneiden tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöiden omia arvioita elintapamuutosvaiheestaan. Tutkimuksessa selvitetään myös heidän painonhallintansa riskitekijöitä ja onnistumisen edellytyksiä 1,5 vuotta myöhemmin ryhmäohjauksen päättymisestä. Aineisto elintapamuutosvaiheesta kerättiin kyselyllä, johon osallistui 54 henkilöä. Heistä 29 osallistui jatkoseurantakäynnille. (Alahuhta ym. 2010, 4-5.) Suunnilleen puolet kyselyyn vastanneista oli eri elintapojen osalta ylläpitovaiheessa. Elintapamuutos on transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan etenevä 6-vaiheinen prosessi. Muutosvaiheet ovat esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta-, ylläpito- sekä päätösvaihe. Repsahduksia raportoitiin 21 kyselyyn osallistuneista. Tulosten mukaan painonhallinnan onnistuminen edellyttää terveellisiä ruokatottumuksia ja liikunnan lisäämistä. Onnistumisen edellytyksiksi kuvattiin myös tietoisuus omasta tilanteesta ja toiminnasta. Omaseuranta vaa'an, liikuntapäiväkirjan tai askelmittarin avulla, motivaatio ja luottamus omiin kykyihin, positiivinen asenne, selkeät tavoitteet sekä sosiaalinen tuki olivat painonhallintaa tukevia tekijöitä. Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama tuki ja vertaistuki koettiin avuksi elintapamuutosten toteuttamisessa.

Onnistumisesta aiheutui mielihyvää ja tyytyväisyyttä. Painonhallinnan riskitekijöiksi vastaavasti kuvattiin epäterveelliset ruokatottumukset, vähäinen liikunnan määrä, sitoutumattomuus sekä tuen ja itsekurin puute. Elämäntilanteen vuoksi voimavaroja elintapamuutosten tekemiseen ei aina ollut. (Alahuhta ym. 2010, 4-5, 9-10.)

Haapakosken (2009) tutkimuksessa selvitettiin ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä psykologista ohjausta sisältävän kolmen viikon laitospainonhallituksen vaikuttavuutta terveydentilaan, terveyskäyttäytymiseen, painonkehitykseen ja näiden tekijöiden muuttumiseen sekä työelämässä pysymiseen. Tutkimukseen osallistui kuntoutujia (n=379), josta miehiä oli 78 ja naisia 301. Tutkittavien keski-ikä oli 49 vuotta. Ryhmämuotoiselle kuntoutuskurssille pääsyn kriteereinä olivat kantavien nivelten tuki- ja liikuntaelinsairaus sekä lihavuus tai ylipaino. Lisäksi ongelmista tuli olla haittaa työkyvylle. Tutkittavista 90 % oli lihavia (BMI yli 30 kg/m²). Laitospainonhallituksen jälkeen 144:lle kuntoutujista järjestettiin kolmen vuorokauden seurantajakso. Kaikkiin kuntoutujiin otettiin yhteyttä puhelimitse viisi vuotta myöhemmin kolmen viikon laitospainonhallituksen päätyttyä. Kuntoutujien ilmoittama keskimääräinen painonlasku viiden vuoden jälkeen oli 3,9 kiloa. Kuntoutujien ilmoittama koettu terveydentila oli tutkimuksen lopussa merkittävästi parempi kuin laitospainonhallituksen alussa. (Haapakoski 2009, 5, 71.)

Lievää lihavuutta hoidetaan pääsääntöisesti ruokavalion ja liikunnan avulla. Laihduttavan henkilön ruokavalion periaate on hyvin yksinkertainen; ruokavalion tulee olla vähäenerginen, jotta laihtumista voisi tapahtua. Laihduttajalle suositellaan hiilihydraattipainotteista ja vähärasvaista ruokavaliota, josta kuitenkin saadaan tarvittavat proteiinit ja suojaravintoaineet. (Uusitupa 2007, 384.) Ruokavalio perustuu yleisiin suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Ruokavalinnat pyritään tekemään annoskokoja ja energiatihyettä pienentäen ja sydänystävällisesti. (Keränen & Martikainen 2009, 78.) Ruokavaliohoidossa yksi keskeinen periaate on vähentää sekä piilo- että näkyvän rasvan käyttöä. Myös sokeria ja alkoholia tulee välttää (Uusitupa 2007, 386).

Yksi kilogramma ihmisen rasvakudosta sisältää 7000 kilokaloria energiaa, kun sen verran kertyy ylimääräistä energiaa, lihotaan kilogramma. Vastaavasti, kun energiaa on saatu 7000 kilokaloria vähemmän kuin on kulutettu, laihdutaan kilo. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 32.) Jotta laihduttaminen onnistuu, ruokavalion tulee olla 500–1000 kilokaloria pienempi kuin kulutus. Tällöin henkilö menettää rasvakudostaan keskimäärin 0,5-1 kilogrammaa viikossa. (Uusitupa 2007, 384.) Tämä on sopiva ja turvallinen laihtumisnopeus (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2006, 87). Elimistö sietää paremmin hidasta laihdutusta kuin nopeaa (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011). Maltillisen laihdutuksen tavoitteena on, että asiakas oppii laihdutuksen aikana sellaiset uudet ruokatottumukset ja elintavat, jotka hän pystyy ylläpitämään laihduttamisen jälkeenkin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2006, 87.)

Asiakkaan kokonaisenergiankulutusta ei tarvitse arvioida, vaan riittää, että energiansaantia rajoitetaan riittävästi. Suurin osa miehistä laihtuu 1500–1600 kilokalorin ruokavaliolla. Ja vastaavasti naiset laihtuvat 1000 kilokalorin energiansaannilla. (Uusitupa 2007, 384, 386.) Pitkään jatkuvassa laihduttamisessa ei tulisi vähentää energiansaantia alle 1200 kilokaloriin vuorokaudessa, sillä muutoin tärkeiden kivennäisaineiden ja vitamiinien saanti voi olla liian vähäistä. Laihduttamisen edetessä painonpudotusvauhti yleensä hidastuu, siksi on tärkeää lisätä liikunnan määrää painonpudotuksen tehostamiseksi. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011b.) Painonhallinta laihdutuksen jälkeen edellyttää, että energiankulutus suurenee ja että energiansaanti pysyy alhaisempana kuin ennen laihdutuksen aloitusta. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito-suositus 2011.) Usein painoa alentavassa ruokavaliossa ongelmaksi muodostuu näläntunne ja sen hallitseminen, siksi on tärkeää syödä monipuolisesti ja säännöllisin väliajoin. Ruokavalioidon tavoitteena ovat pysyvät muutokset ruokailutottumuksissa. (Uusitupa 2007, 386.)

Laihdutettaessa ihmisen energiankulutus pienenee, sillä laihtuessaan henkilön paino laskee ja näin energiaa kuluu vähemmän, koska mukana kulkevaa painoa on vähemmän. Myös kudosten ja elinten koko pienenee. Perinnöllisistä syistä

johtuen jotkut lihovat helpommin kuin toiset. Asiakkaan on keskeistä ymmärtää, että perinnöllinen alttius ei tarkoita samaa kuin kohtalo. Taipumus lihoa ei johda välttämättä lihavuuteen. Lihomiselle alttiit henkilöt voivat hyvin hallita painoaan, joskin joutuvat näkemään sen eteen enemmän vaivaa kuin ne, joilla ei ole perinnöllistä alttiutta. (Mustajoki & Leino 2002, 16, 23.)

Laihduttaminen on tiedettävästi vaikeaa (Männistö ym. 2004, 780). Mikäli ylipainoa on kuitenkin ehtinyt jo kertyä, laihduttaminen on sitä helpompaa mitä aikaisemmin siihen puututaan. (Männistö ym. 2004, 780.) Liian ankara painotavoite voi johtaa painonpudotuksen yrityksestä luopumiseen. Jos henkilöllä on ylipainoa 10–20 kiloa tai enemmän, normaalipainoon pääseminen ei usein onnistu eikä ole tarpeenkaan. Pysyvä painonpudotus vaikuttaa terveyteen merkittävästi. Tällöin lihavuussairauksien riski pienenee huomattavasti. Mikäli henkilöllä on jo jokin liitännäissairaus, sen oireet lievittyvät selvästi. (Mustajoki & Leino 2002, 27–28.) Usein myös pelkkä elintapojen pysyvä muuttaminen ilman laihdutusta, vaikuttaa suotuisasti sairastumisriskin pienentämiseen (Sydänliitto 2010a). Ihmisen ajatukset ja asenteet ohjaavat toimintaa. Joskus ne voivat olla este muutosten tekemiselle. Esimerkiksi pyrkimys täydellisyyteen voi olla haitaksi laihduttajalle. Tavoitteena on oppia pois painonhallintaa haittaavasta ajattelutavasta ja omaksua uusi muutosta tukeva tapa ajatella. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 104.)

Alahuhan ym. (2009) tutkimuksessa selvitettiin työkäisten tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden kuvaamia hyötyjä ja haittoja, kun he pohtivat elintapamuutoksen tekemistä. Tutkimukseen osallistui työkäisiä tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöitä (n=74). Heistä naisia oli 41 ja miehiä 33. Osallistuneet olivat ylipainoisia ja he olivat saaneet tyypin 2 diabeteksen riskitestilomakkeesta vähintään 12 pistettä. Lisäksi työterveyshuollon ammattihenkilö oli arvioinut henkilöiden elintapamuutokset tärkeiksi työkyvyn säilymisen kannalta. Tutkittavat osallistuivat ravitsemusterapeutin ryhmäohjaukseen, joka sisälsi neljä 90 minuutin ohjauskertaa kahden viikon välein ja viidennen ohjauskerran puolen vuoden kuluttua neljännessä. (Alahuhta ym. 2009, 260–261.)

Elintapamuutoksista aiheutuvina hyötyinä kuvattiin yleisimmin terveyttä ja toimintakyvyn paranemista. Itsetunnon kohoaminen pystyvyyden tunteen lisääntymisen seurauksena ja onnistumisen ilo sekä ulkonäköön ja sosiaaliseen selviytymiseen liittyvät asiat olivat elintapamuutosten hyötyjä, jotka esiintyivät naisilla miehiä useammin. Lapsille esimerkkinä oleminen elintapamuutosten hyötynä ilmeni vain naisilla. Miehet olivat naisia useammin sitä mieltä, että elintapamuutokseen ei liity lainkaan haittoja. Molempien sukupuolten mielestä elintapamuutokseen tarvitaan voimavaroja. Jos muutos ei ole pysyvä, se aiheuttaa itsetunnon romahtamisen. Muutos koettiin vastenmielisenä ja pelottavana. Haitaksi koettiin nautinnoista luopuminen ja itsensä palkitseminen syömällä. Miehet pohtivat naisia useammin, että meneekö laihduttamiseen ja painonhallintaan liittyvä ponnistelu hukkaan, jos kuitenkin sairastuu ja että onko laihduttaminen terveellistä. Naiset ilmaisivat enemmän taloudellisia haittoja elintapamuutokseen liittyen, kuten terveellisen ruoan kallis hinta ja uusien vaatteiden hankinta. Toiset naiset taas kokivat uusien vaatteiden ostamisen positiiviseksi asiaksi. Naisia askarrutti myös läheisten suhtautuminen laihduttamiseen ja mahdollinen kärtyisyys ja ihon rypistyminen laihduttamisen seurauksena. Tutkittavien arvioimat tekijät liittyivät pääsääntöisesti ulkoiseen motivaatioon. Sisäisten motivaatiotekijöiden lisääminen ohjauksessa voi auttaa pysyviin elintapamuutoksiin. (Alahuhta ym. 2009, 261, 263.)

Painonnousun hillitsemiseksi arkea tulisi muokata fyysisesti vaativammaksi (Vasankari 2008, 2). Liikunta tulee liittää lihavuuden hoidon osaksi aina kun se on mahdollista. Liikunta lisää päivittäistä energiankulutusta. Kun liikunta yhdistetään tavalliseen painoa alentavaan ruokavaliohoitoon edulliset sydän- ja verisuonitautien riskitekijät vähenevät entisestään. Laihduttaminen ja liikunta myös pienentävät insuliiniresistenssiä ja näin ollen niiden yhteisvaikutus glukoosi- ja insuliiniaineenvaihduntaan korostuu. Samalla tavalla liikunta ja laihdutus vaikuttavat yhdessä myös kohonneeseen verenpaineeseen. Pelkän liikunnan laihduttava vaikutus on vähäinen. (Uusitupa 2007, 390.) Liikunnan lisääminen ilman ruokavalioon tehtyjä muutoksia laskee painoa enintään muutaman kilon (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito –suositus 2011).

Borodulinin (2006) tutkimuksessa selvitettiin vapaa-ajan liikuntamuotojen ja arvioidun aerobisen kunnan yhteyttä sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin. Lisäksi selvitettiin aerobisen kunnan jakautumista miehillä ja naisilla sekä eri ikäryhmissä, vyötärölihavuuden ja aerobisen kunnan yhteyttä verenkiertoelinten sairauksien riskitekijöihin sekä aerobista kuntoa mittaavan menetelmän soveltuvuutta väestötutkimukseen. Tutkimuksen aineisto on osa FINRISKI 2002-tutkimusta, johon osallistui 13437 henkilöä. Heistä kaksi kolmasosaa (n=9179) kuului erilliseen liikuntaotokseen. Liikuntaotokseen osallistuneista 5980 osallistui Borodulinin tutkimukseen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että naisten arvioitu aerobinen kunto oli matalampi kuin miehillä. Arvioitu aerobinen kunto laskee iän noustessa. Hyvä itsearvioitu kunto oli yhteydessä hyvään itsearvioituun aerobiseen kuntoon sekä parempiin insuliini- ja glukoositasoihin. Hyvällä arvioidulla aerobisella kunnolla ja matalalla vyötärö-lantiosuhteella oli yhteys matalampaan verenpaineeseen ja parempiin veren rasva-arvoihin. Tutkimuksen perusteella jo pieni määrä liikuntaa ja kohtuullisen hyvä kunto vähentävät riskiä sairastua verenkiertoelinsairauksiin. Mikäli liikuntamäärä on suurempi ja kunto vieläkin parempi, vaikutus on tehokkaampi. (Borodulin 2006 7, 8, 37.)

Kun painoindeksi on yli 30, käytetään lihavuuden hoitokeinoina erittäin niukkaenergistä (ENE) ruokavaliota ja mahdollisesti lisäksi lihavuuden hoitoon tarkoitettua lääkettä (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011). Dieetistä käytetään myös nimitystä VLCD, eli Very Low Calorie Diet (Heinonen & Ilanne-Parikka 2009). Painoindeksin ylittäessä 35 ENE-ruokavalion ja lääkehoidon merkitys korostuu entisestään. Erittäin niukkaenergisien dieetin energiasisältö on vain 500–800 kilokaloria. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011.) Tällöin elimistö menee paastotilaan, nälän tunne katoaa ja laihtuminen tapahtuu erittäin nopeasti. Dieetti kestää yleensä kuudesta 12 viikkoon, kuitenkin maksimissaan 16 viikkoa. (Heinonen & Ilanne-Parikka 2009.) Suomessa ENE-dieettiä käytetään usein ryhmähoidon yhteydessä. Dieetti on tarkoitettu lihavuuden alkuhoitoon. (Uusitupa 2007, 385.) Pysyviä tuloksia ei ole kuitenkaan mahdollista saavuttaa ilman laihdutustulosta ylläpitäviä muutoksia ruokailutottumuksissa. Dieetti ei voi

olla lihavuuden ainoa hoitomuoto, vaan sen aikana tulee opetella uudet pysyvät ruokailutottumukset. (Heinonen & Ilanne-Parikka 2009.) Dieetti koostuu kaupallisista ravintovalmisteista, joita nautitaan ruoan tilalla, ja riittävästä veden juomisesta. (Uusitupa 2007, 387). ENE-ruokavalio sisältää vähintään 50 grammaa hyvälaatuista proteiinia ja välttämättömiä rasvahappoja vähintään kolme grammaa. Valmisteissa hiilihydraattien määrä vaihtelee (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011). Dieetissä tulee noudattaa pakkauselosteiden ohjeiden mukaista annostusta. ENE-dieetin jälkeen siirrytään asteittain normaaliin ruokavalioon. Tämä antaa ruoansulatuselimistölle aikaa sopeutua ruokavalion muuttumiseen. Erittäin niukkaenerginen dieetti soveltuu erityisesti henkilöille, joilla laihdutus korjaa jo puhjenneen sairauden oireita tai tautiin liittyviä aineenvaihdunnallisia muutoksia. (Uusitupa 2007, 388–389.) Myös fyysinen toimintakyky ja elämänlaatu paranevat (Heinonen & Ilanne-Parikka 2009).

Ennen kuin ENE-dieetti otetaan käyttöön, selvitetään, onko dieetille vasta-aiheita. Dieettiä eivät voi käyttää henkilöt, jotka ovat normaalipainoisia, raskaana tai syömishäiriöisiä tai joilla on vaikea sairaus, kuten sydän-, maksa- tai munuaissairaus. Myös tyypin 1 diabetes ja psykoosi ovat ENE-hoidon vasta-aiheita. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011.) Dieetin aloittamiseen tarvitaan aiheeseen perehtyneen lääkärin arvio. Dieetin aikana paino putoaa yleensä noin 1,5–2,5 viikossa ja 8-16 viikon aikana yhteensä 15–21 kiloa. ENE-dieettiä noudattaessa saattaa esiintyä sivuvaikutuksia, joita ovat ihon kuivuminen, paleleminen ja tilapäinen hiusten oheneminen. (Heinonen & Ilanne-Parikka 2009.)

Suomessa lihavuuden lääkehoitoon on käytössä yksi lääkeaine: orlistaatti (Mustajoki 2010). Lääkehoitoa voidaan käyttää lihavuuden elintapahoidon tukena painoindeksin ollessa terveellä ihmisellä yli 30 kg/m² (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2006, 94). Asiakkaan on siis pyrittävä tekemään muutoksia omissa liikunta- ja ruokailutottumuksissaan, jotta lääkehoidosta olisi hyötyä. Henkilöillä, joilla on tyypin 2 diabetes tai jokin muu sairaus, joka edellyttää laihduttamista, lääkehoito voidaan aloittaa painoindeksin

ollessa 27 kg/m^2 . Mikäli paino ei ole pudonnut vähintään viittä prosenttia kolmen kuukauden kuluttua lääkkeen käytön aloittamisesta, tulee lääkitys lopettaa. Jos lääkkeestä on ollut apua, sen käyttöä on tarkoitus jatkaa useiden vuosien ajan, sillä muutoin kilot palaavat herkästi takaisin orlistaatin käytön lopettamisen jälkeen. (Mustajoki 2010.)

Lipaasi-entsyymien tehtävänä on pilkkoa ruoan sisältämää rasvaa elimistössä. Kun lipaasin toiminta estetään lääkkeellä, vähenee rasvan imeytyminen ohutsuolesta elimistöön. Rasvasta 30 % jää imeytymättä. Orlistaattia otetaan yksi tabletti kolme kertaa päivässä, yleensä ennen aamupalaa, lounasta ja päivällistä. Kun lääkettä käytetään, on tavoitteena että maksimissaan 30 % ravinnon energiasta tulee rasvoina ja että välipalat ovat niukasti rasvaa sisältäviä. Lääkkeen tavallisia sivuvaikutuksia ovat ulosteiden rasvaisuus, ulostamispakko sekä ulostamisen jälkeen ilmaantuvat rasvaiset ulostetahrat. Koska lääke ei imeydy elimistöön, muita haittavaikutuksia ei esiinny. Orlistaatin (kauppanimi Xenical®) vahvuuden ollessa 120 milligrammaa, sen käyttöön tarvitaan lääkärin määräämä resepti. Orlistaatista on saatavilla myös 60 milligramman vahvuinen käsikauppalääke, Alli®. Allia® käytetään samalla tavalla kuin Xenicaliakin®. Tärkeää on siis syödä terveellisesti ja välttää rasvaisia ruokia. Koska Allissa® puolet Xenicalin® lääkeainepitoisuudesta, Allin® käyttöön liittyy noin puolet vähemmän haittavaikutuksia. Myös laihdutusteho on käsikauppalääkkeellä noin 20 % heikompi. (Mustajoki 2010.)

Laihdutusleikkaukseen hakeutuvat ihmiset tuntevat terveytensä olevan huomattavasti huonompi, kuin muilla ihmisillä. Masennus ja ahdistus on heillä myös yleisempää. (Kaukua 2006.) Lihavuusleikkauksessa mahalaukun rakennetta muutetaan pysyvästi siten, että henkilö pystyy jatkossa syömään vain pieniä annoksia hitaasti kerrallaan. Leikkauksen laihdutusteho perustuu siihen, että energian saanti ravinnosta vähenee. Vuonna 2010 Suomessa tehtiin 800 laihdutusleikkausta ja määrä kasvaa tulevaisuudessa. Suomessa leikataan potilaita, jotka ovat iältään 20–65-vuotiaita. (Mustajoki 2011.) Leikkauksia suoritetaan henkilöille, joiden lihavuus on kestänyt vähintään viisi vuotta ja jotka ovat sairaalloisen lihavia ($\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ tai enemmän) (Sane 2009). Leikkauksia

tehdään myös henkilöille, joiden BMI on vähintään 35 kg/m² ja joilla on laihduttamista edellyttävä sairaus, kuten tyypin 2 diabetes tai uniapnea. Leikkaus ei ole lihavuuden ensisijainen hoitomuoto. Ennen leikkausta täytyy olla takana laihdutus- ja painonhallintayrityksiä asiantuntijan ohjauksessa. Ennen kuin leikkauspäätöstä voidaan tehdä, on arvioitava, onko potilas kykenevä muuttamaan syömistottumuksiaan leikkauksen vaatimalla tavalla. Ahmimishäiriö ja alkoholiongelma ovat leikkauksen vasta-aiheita. (Mustajoki 2011.)

Suomessa lihavuusleikkauksia tehdään yliopistollisissa sairaaloissa sekä suurissa keskussairaaloissa, joissa järjestetään myös leikkauksen jälkeiset seurannat. Erilaisia leikkausmenetelmiä on olemassa useita. Suomessa on eniten käytössä mahalaukun ohitusleikkaus ja mahalaukun pienennysleikkaus. Ohitusleikkauksessa mahalaukku katkaistaan yläosastaan, ruokatorven läheltä, ja ruokatorven puoleisesta mahalaukun osasta tehdään yhteys ohutsuoleen. Lisäksi pohjukais-suoli ja ohutsuolen alkupää liitetään vielä mahalaukusta tulevaan suolen osaan. Syöty ruoka kulkeutuu ruokatorvesta suoraan ohutsuoleen, jolloin mahalaukku siis tulee ohitetuksi. Mahalaukun pienennysleikkauksessa mahalaukusta poistetaan osa, jolloin mahalaukku jää putkimaiseksi. Tällöin saavutetaan täysinäinen olo pienemmällä ruokamäärällä. Pantaleikkauksessa, joka on jäämässä pois käytöstä, mahalaukun yläosan ympärille asetetaan panta. Panta kiristää kohdan kapeaksi, ja pannan kireyttä voidaan tarvittaessa muuttaa ihon alle asennetun putken avulla. (Mustajoki 2011.)

Leikkauksen jälkeen potilaan on muutettava ruokailutottumuksiaan. Ahmimista ja liian nopeaa syömistä tulee välttää, koska ne johtavat helposti oksentamiseen. Oikeilla syömistottumuksilla on mahdollista saavuttaa parempi laihdutustulos. Ruoan koostumukseen on kiinnitettävä aiempaa enemmän huomiota, koska tarvittavat ravintoaineet on saatava ravinnosta, vaikka nautittu ruokamäärä on aiempaa vähäisempi. Kuukauden ajan leikkauksen jälkeen syödään vain desilitra kerrallaan sosemaista ruokaa, jotta ei muodostu tukkeumia. Syömiskertoja on vähintään kuusi päivässä. Ruoka tulee pureskella

perusteellisesti ja aterioiden yhteydessä runsasta juomista on vältettävä. Vähärasvaisia ruokia tulee suosia ja välttää makeita ruokia. Vettä tulee nauttia 1,5-2 litraa päivässä aterioiden välillä. (Mustajoki 2011.)

Lihavuuden leikkaushoidolla päästään parempiin pitkäaikaistuloksiin kuin konservatiivisella hoidolla. Suurin leikkauksesta saatava hyöty on oheissairauksien väheneminen ja elämänlaadun huomattava paraneminen. (Sane 2009.) Elämänlaatu kohoaa reippaasti noin 6-12 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Elämänlaadun pysyvä korjaantuminen riippuu siitä, miten paljon leikkauksen jälkeen laihtuu ja pysyykö paino poissa. (Kaukanen 2006.) Leikkauksen aiheuttaman laihtumisen seurauksena valtaosalla tyyppin 2 diabeetikoista veren glukoosiarvot normalisoituvat. Keskimäärin joka toisella leikatuista myös veren rasva-arvot normalisoituvat, uniapnea paranee, verenpaine- ja astmalääkkeen tarve vähenee ja mieliala kohoaa. Nuorilla naisilla paranevat mahdollisuudet raskaaksi tulemiselle. (Sane 2009.)

Hyvin sujuessaan lihavuusleikkaus parantaa huomattavasti potilaan terveyttä ja hyvinvointia. Kuitenkin noin kymmenellä prosentilla leikatuista esiintyy leikkaukseen liittyviä välittömiä haittoja, kuten verenvuotoa ja leikkausalueen tulehduksia. Tavallisesti välittömistä haitoista selvittää hyvin, mutta kaksi prosenttia leikatuista joutuu niiden takia uusintaleikkaukseen. Leikkauksen aiheuttamiin haittoihin menehtyy 2-5 henkilöä tuhannesta leikatusta. (Mustajoki 2011.) Mikäli leikkaus toteutuu ilman ongelmia, postoperatiivinen sairaanhoito kestää 3-4 vrk (Sane 2009). Ensimmäisten kuukausien aikana leikkauksen jälkeen useilla potilailla esiintyy oksentelua, joka yleisimmin johtuu liian nopeasta syömisestä tai liian suuresta ruoan kerta-annostelusta. Leikkauksesta aiheutuvien jälkihaittojen ehkäisyn vuoksi lihavuusleikatut käyvät erikoislääkärin vastaanotolla kahden vuoden ajan, 3-6 kuukauden välein, ja tämän jälkeen terveyskeskuslääkärin vastaanotolla kerran vuodessa. (Mustajoki 2011.)

Harva leikattu saavuttaa normaalipainon, mutta silti laihtumistulos on merkittävä. Yleensä paino on alimmillaan kahden vuoden kuluttua operaatiosta. Mahalaukun ohitusleikkauksella aikaansaatu laihtumistulos on noin 35–40 kiloa

ja pantaleikkauksella keskimäärin 20–25 kiloa. Kahden vuoden kuluttua potilaat ovat sopeutuneet leikkaukseen jo niin hyvin, että ruokamäärät alkavat kasvaa ja myös paino alkaa usein nousta. Kuitenkin suuri osa laihdutustuloksesta säilyy. (Mustajoki 2011.) Lihavuusleikkauksen hinta on keskimäärin 11 000 euroa (Sane 2009).

2.4 Lihavuuden ennaltaehkäisy ja painonhallinta

Lihavuuden hoito toteutuu huonosti (Okamo 2010). Laihduttamisen pitkän aikavälin tulokset ovat hyvin usein melko olemattomat (Lahti-Koski 2005). Lihavuuden hoito on vaikeaa ja siksi lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja elintapahoitoon tulisi panostaa aiempaa enemmän. Taloudellisia resursseja tulisi suunnata enemmän myös varhaiseen puuttumiseen. Tällä hetkellä hoidossa on painotettu lihavuusleikkauksia. Leikkaukset auttavat kuitenkin vain sairaalloisen lihavia ja he ovat vain pieni osa kaikista lihavista. (Okamo 2010.)

Fyysinen aktiivisuus, tupakoimattomuus, kohtuullinen alkoholin käyttö ja terveellinen ravinto vaikuttavat ehkäisevästi lihavuuden syntymiseen (Lahti-Koski 2001). Lihavuutta voidaan ehkäistä muuttamalla lihavuutta aiheuttavia elintapoja. Ehkäisy tulisi kohdistaa koko väestöön ja erityisesti suuren sairastumisriskin potilaille. Ehkäisytoimenpiteet tulee suunnata myös lapsiin ja nuoriin, sillä esimerkiksi syömistottumukset muovautuvat jo lapsuudessa ja nuoruudessa. Muutoinkin syömiskäyttäytyminen opitaan lapsuudessa. (Uusitupa 2007, 383.) Lapsuudessa tai nuoruudessa alkava, koko iän kestävä lihavuus on erityisesti metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2 diabeteksen riskitekijä. Ylipainoisten vanhempien lapsilla on, johtuen sekä perintö- että ympäristötekijöistä, kasvanut ylipainoisuuden riski lapsuudessa ja aikuisiässä. (STM 2009.)

Lihavuuden ehkäisy on samalla sepelvaltimotaudin ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä (Uusitupa 2007, 383). Sepelvaltimotaudista 80 % ja tyypin 2 diabeteksestä 90 % olisi ehkäistävissä terveellisillä elintavoilla (Sydänliitto 2010b). Ruokavalion koostumus on keskeinen asia myös lihavuuden

ehkäisyssä, kuitenkin ruoan tulee olla yhtä maukasta kuin aiemminkin nautittu ravinto. Energiankulutuksen täytyy vastata nautittua energiamäärää. Monilla ihmisillä alkoholi on yksi merkittävistä energianlähteistä, siksi sen käyttöön on syytä kiinnittää huomiota lihavuuden ehkäisyssä.

Painonhallinnassa on erotettava toisistaan painonhallinta ja laihduttaminen. Laihduttaminen tarkoittaa varsinaista painon pudotusta, kun taas painonhallinnalla tarkoitetaan saavutetun laihdutustuloksen ylläpitämistä (Mustajoki & Lappalainen 2001, 14). Painonhallinnalla tarkoitetaan myös painon nousun ehkäisemistä ilman edeltänyttä laihdutusta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011a). Painonhallinta on mahdollista vain pysyvien elintapamuutosten kautta. Useimmat tavat ovat opittuja, ja siksi niistä voi oppia myös pois. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 14.) Laihdutustuloksen pysyvyys on riippuvainen siitä, kuinka pysyviksi henkilö saa muovattua tekemänsä elintapamuutokset. Painonhallinta edellyttää pysyviä muutoksia, eikä pelkkä tahdonvoima riitä muutoksen ylläpitämiseen. Keskeistä onkin taito ja osaaminen muutosten tekemisessä. Painonhallinta on huomattavasti monimutkaisempaa kuin esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen. Pelkkä päätös ei riitä, vaan lisäksi on tehtävä konkreettisia muutoksia, joiden avulla energiansaanti vähenee tai liikkuminen lisääntyy. Painonhallinta koostuu useista elintapamuutoksista. (Mustajoki & Leino 2002, 29–30.) Kaikkea ei kannata yrittää muuttaa kerralla, eivätkä elintapamuutokset saa olla liian isoja. Viisainta on keskittyä olennaisimpien asioiden muuttamiseen. (Borg, Patrik 8.3.2011.)

Parasta lihavuuden hoitoa on sen ehkäisy. Maailman terveysjärjestö on listannut lihavuuden ehkäisyn yhdeksi tärkeimmistä alueista kroonisten sairauksien ehkäisyssä. Tavoitteena on, että paino ei nousisi aikuisena viittä kiloa enempää. Monipuolinen ruokavalio, kohtuullisuus annoskooissa ja alkoholin kulutuksessa ja liikunnallinen elämäntapa ovat tehokkaimmat keinot lihavuuden ehkäisyssä. (THL 2010.) Liikunnan ja vähäenergiaisen ruokavalion yhdistäminen pitää laihdutustulosta paremmin yllä kuin pelkkä ruokavaliohoito. Liikuntaa olisi hyvä harrastaa vähintään tunti päivässä. Yhteen menoon ei kuitenkaan tarvitse liikkua, vaan tunnin voi jakaa myös pienempiin osiin, sillä

jokainen askele on tärkeä ja kuluttaa energiaa. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011a.)

Painonhallinnan onnistumisen yksi keskeinen keino on syödä itsensä kylläiseksi. Painonhallitsijan ei siis tarvitse kärsiä nälkää milloinkaan. Rento suhtautuminen ruokaan ja syömiseen auttaa pysymään kohtuudessa. Kun syöminen on vapautunutta, henkilö onnistuu välttämään syömiskohtaukset ja makeanhimon. Liiallisen syömisen tarkkailun, kontrolloinnin ja stressaamisen seurauksena henkilö syö vain entistä enemmän. Mitään ruokaa ei kannatakaan itseltään kieltää, eikä lempiruoista tarvitse kenenkään luopua. Juhlissa voi syödä hyvällä omalla tunnolla rasvaisia ja sokeripitoisiakin ruokia, sillä arjen ruokavalinnat ovat ratkaisevia. (Borg, Patrik 8.3.2011.)

Paremmassa syömisessä ja painonhallinnassa on keskeistä lisätä ruokavalioon kasviksia, juureksia, hedelmiä ja marjoja. Päivittäinen terveyden kannalta hyvä määrä on puoli kiloa eli kuusi kourallista. Jo pelkästään tällä lisäyksellä onnistuu pudottamaan painoaan, vaikka ei muuttaisi elintavoissaan mitään muuta. Kasvikset tulee valmistaa niin, että ne maistuvat herkullisilta ja että niitä jaksaa syödä joka päivä kyllästymättä. Lautasmalli on oivallinen apukeino syömisen parantamiseen. Aterian koostumus on oikea, kun puolet ruoasta on kasviksia, neljännes perunaa, pastaa tai riisiä ja toinen neljännes lihaa, kalaa tai kanaa. Säännöllinen ateriarytmi on tärkeä painonhallintakeino. Syömiskohtauksia ei esiinny, jos nälkää ei päästä liian kovaksi missään vaiheessa. Iltoihin kohdistuvan turhan napostelun onnistuu välttämään, kun nauttii kunnollisen aamupalan ja lounaan. Painonhallinnan keinot ovat oikeita, mikäli olo tuntuu hyvältä ja paino ei nouse. Painonhallinta on elinikäinen haaste. Siksi keinojen on oltava sellaisia, joita jaksaa noudattaa pitkällä tähtäimellä. Sortumiset ovat osa painonhallinnan opettelua, ne ovat askeleita kohti pysyvää muutosta. Siksi niistä ei kannata lannistua. (Borg, Patrik 8.3.2011.)

3 TOIMINTAKYKY

Ihmisen toimintakykyä voidaan pitää yhtenä terveyden ilmenemismuotona. Toimintakykyyn vaikuttavat yksilön perintötekijät sekä elämän aikana ilmenneet elintapatekijät ja koetut sairaudet. (Vuori & Suni 2010, 18.) Toimintakyky tarkoittaa sitä, miten hyvin yksilö selviytyy jokapäiväisen elämän vaatimuksista (Kaukiainen 2010). Jokaisen ihmisen toimintakyky on erilainen, koska ihmiset ovat yksilöitä. Toimintakykyä pidetään edellytyksenä hyvälle elämälle ja se on selviytymisen perusta elämässä. (Mäkitalo 2001, 67, 69.) Toimintakyky voidaan jakaa kolmeen osaan: psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (Tjäder 2010b). Fyysisessä toimintakyvyssä tarkastellaan ihmisen fyysisiä ominaisuuksia, kuten erilaisia sairauksia, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Psyykkinen toimintakyky sisältää henkisen hyvinvoinnin ja sen miten hyvin ihminen hallitsee elämäänsä. Yksilön persoonallisuus vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin, esimerkiksi toinen ihminen voi sairastua helpommin masennukseen kuin toinen. Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa sitä, miten hyvin yksilö selviää jokapäiväisestä elämässään muiden ihmisten kanssa, kuten esimerkiksi perhe- tai työyhteisössä. (Hanhinen 2007.)

Lihavuus lisää psykososiaalisia ongelmia, monet lihavat voivat eristäytyä sosiaalisesta kanssakäymisestä (FOTEG 2011a). Lihavuus heikentää fyysistä toimintakykyä ja terveyttä (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito –suositus 2011). Merkittävä lihavuus voi vaikeuttaa joitakin jokapäiväisiä toimia, kuten esimerkiksi kävelyä, kyykistymistä, portaiden nousua ja nostamista (Aromaa 2005). Usein ajatellaankin, että toimintakyvyn aleneminen tarkoittaa vain fyysisen osa-alueen heikentymistä, mutta monessa tapauksessa kuitenkin jaksamattomuus ja heikko motivaatio ovat toimintakyvyn heikentymisen taustalla (Karppi 2009). Elämänlaatunsa lihavat kokevat yleisesti ottaen huonoksi ja psyykkiset sairaudet, kuten masennus ja ahdistus, vaivaavat lihavia muuta väestöä enemmän. Syrjintä ja ennakkoluulot lisäävät osaltaan psyykkisiä ongelmia. (FOTEG 2011a.)

Lihavuuden on todettu heikentävän elämänlaatua kaikilla elämänalueilla. Lihavat hakeutuvat laihdutushoitoon usein sen takia, että saisivat parannettua elämänlaatuaan. Yleisesti on ajateltu, että jo 5-10 %:n painonpudotus parantaa elämänlaatua, kuitenkin vaikeasti ja sairaalloisen lihavilla vasta 10–15 %:n painonpudotus parantaa elämänlaatua. Fyysinen toimintakyky alkaa heikentyä miehillä painoindeksin ylittäessä 30 ja naisilla jo aiemmin. (Kaukua 2006.) Hassanin ym. (2003) Yhdysvalloissa tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia BMI:n ja elämänlaadun yhteyttä. Tutkimuksessa vastaajat itse raportoivat terveydestään kertomalla huonon terveyden ja hyvän terveyden päivistä. Tutkimus pohjautui maailman terveystieteiden (WHO:n) tutkimukseen lihavuudesta. Tutkimusjoukko (n=182372) koostui yli 18-vuotiaista normaali- ja ylipainoisista. Tutkimuksesta selvisi, että fyysinen terveys huononi BMI:n kohotessa. Suurinta fyysisen terveyden huononeminen oli vaikeasti lihavilla (BMI > 35). Vaikeasti lihavilla oli 87 % ja merkittävästi lihavilla (BMI > 30) 21 % suurempi riski huonoihin fyysisen kunnon päiviin kuin normaalipainoisilla. Vaikeasti lihavilla myös mielenterveys oli huonompi verrattuna normaalipainoisiin. Huonon mielenterveyden päivät olivat vaikeasti lihavilla 41 % ja merkittävästi lihavilla 17 % yleisempiä kuin normaalipainoisilla. (Hassan ym. 2003.)

Suurimmat aikuisväestön toimintakyvyn heikentäjät ovat liiallinen alkoholin kulutus, vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio. Edellä mainitut tekijät ovat yhteydessä kansantauteihin. Alkoholi heikentää muun muassa työkykyä ja työterveyttä. Lihavuus on suomalaisten keskuudessa yleistynyt voimakkaasti. Lihavuuden liitännäissairaudet huonontavat suuresti työkykyä. (Husman & Liira 2010, 199–200.) Hyvä ja terveellinen ravinto edistää työkykyä ja ehkäisee lihavuutta ja sitä kautta ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä. Työpaikkaruokailulla on keskeinen vaikutus terveyden edistämässä. Joukkoruokailun on todettu olevan tehokas terveyden edistämisen keino. (Husman & Liira 2010, 200.)

Työkyky on toimintakykyä sovellettuna siihen, miten hyvin työntekijä kykenee selviytymään oman ammattinsa vaatimuksista (Kaukiainen 2010). Työkyvyn

perustana on terveys ja toimintakyky (Karppi 2009). Työkyky voidaan määritellä ihmisen voimavarojen ja työn välisen tasapainon ja yhteensopivuuden avulla (Husman ym. 2010, 122). Työntekijän toimintakyky ei siis ole ainoa työkykyyn vaikuttava asia, kuten usein luullaan. Työkykyyn vaikuttavat lisäksi muun muassa työyhteisö ja -ympäristö, työn mielekkyys ja vaikuttamismahdollisuudet. (Kuntoutussäätiö 2011.) Työn tekeminen on monelle enemmän kuin vain keino ansaita rahaa. Työssä ihminen saa mahdollisesti toteuttaa itseään ja se luo rutiinia arkeen. Tärkeää on myös yhteisöllisyyden tunne työyhteisössä. (Juntunen 2006.)

Väestön hyvä työkyky on keskeinen yhteiskunta- ja terveystaloudellinen tavoite (Husman ym. 2010, 121). Ylipainon vaikutusta työkykyyn on tutkittu niukasti. Vielä lievä tai edes merkittävä lihavuus eivät suuresti heikennä toimintakykyä. Kuitenkin lihavuus heikentää välillisesti toimintakykyä. Vaikea ja sairaalallinen lihavuus rajoittavat ihmisen fyysistä toimintakykyä. Painoindeksin ylittäessä 32 kg/m² työkyvyttömyyden riski on naisilla 2,1-kertainen ja miehillä 1,8-kertainen. (Ropponen 2007.) Painoindeksin kohotessa myös työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen kasvaa jyrkästi. Lihavuuden liitännäissairaudet vaikuttavat suuresti ennen aikaiseen eläkkeelle jäämiseen. (Aromaa 2005). Sydänsairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat useimmiten ennen aikaista työkyvyttömyyttä ja sairauspoissaoloja (Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2005). Lihavuuden liitännäissairaus uniapnea lisää erityisesti kuljetusalalla työskentelevien työkyvyttömyyden uhkaa (Husman & Liira 2010, 200).

Työikäisistä yli puolet liikkuu liian vähän terveytensä kannalta. Työnantaja voi edistää myös työntekijöiden liikuntatottumuksia hankkimalla esimerkiksi liikuntaseteleitä tai lippuja uimahalliin. Myös erilaisia terveystoimintaryhmiä voidaan järjestää. (Husman & Liira 2010, 201.) Liikunta vaikuttaa parantavasti fyysiseen toimintakykyyn, se parantaa muun muassa tuki- ja liikuntaelinten kuntoa. Liikunta vaikuttaa osaltaan myös sosiaaliseen ja psyykkiseen toimintakykyyn; fyysisen toimintakyvyn laskiessa ennen aikaisesti myös

sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky heikkenevät. Liikunnan väheneminen vaikuttaa työkykyindeksiin laskevasti. (Heikkinen & Ilmarinen 2001.)

Sjögrenin (2006) tutkimuksessa selvitettiin työpaikalla tapahtuvan fyysisen aktiviteetin sovellettavuutta ja vaikutuksia fyysiseen ja psykososiaaliseen toimintaan sekä työkykyyn ja yleiseen hyvinvointiin. Tutkimukseen osallistui vapaaehtoisia kunnallisten hallintojen osastolta (n=90). Muutoksia seurattiin 12 kuukauden ajalta. Jo viiden minuutin päivittäinen treenaaminen vähensi päänsärkyä sekä niskan, olkapäiden ja alaselän särkyä. Subjektiiivinen fyysinen hyvinvointi parantui, mutta ei vaikuttanut psykososiaaliseen toimintaan. Vuoden seurantajakson jälkeen toimintakyky, työkyky ja subjektiivinen hyvinvointi olivat paremmalla tasolla kuin tutkimuksen alkaessa. Jo pienikin liikunnan lisääminen päivittäin parantaa työssä jaksamista ja vähentää häiriöitä työkyvyssä, etenkin vanhemmalla iällä. (Sjögren 2006.) Liikunta on monesti lihaville vaikeaa, minkä vuoksi fyysisen rasituksen välttäminen on tavallista (FOTEG 2011a).

Terveys 2000-tutkimuksessa selvitettiin työkäisten (n=8028) omia arvioitaan työkyvystään. Tutkittavat olivat 30 vuotta täyttäneitä. Täysin työkykyisiä arvioi olevansa 81 % 30–64-vuotiaista. Osittain työkyvyttömäksi itsensä arvioi 13 % ja täysin työkyvyttömäksi 6 % tutkimusaineistosta. Miehistä suurempi osa arvioi itsensä täysin työkyvyttömäksi kuin naisista., Työttömyys oli yleisempää 55–64-vuotiailla ja he arvioivat työkykynsä heikentyneen enemmän kuin nuoremmat. Työttömistä 70 % arvioi olevansa täysin työkykyisiä. (Koskinen ym. 2002, 84–87.) Koskisen ym. (2002) ja Peltoniemen (2005) tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia. Peltoniemen tutkimuksessa tutkittiin yrittäjien (n=1853), maatalousyrittäjien (n=550) ja palkansaajien (n=1208) työkykyä. Työkykyä mitattiin työterveyshuollon kehittämällä työkykyindeksikyselyllä. Kyselystä kävi ilmi, että kaikkien kolmen tutkitun ryhmän työkyky oli hyvä. Maatalousyrittäjien työkyky heikkeni, kun 54 vuotta ylittyi. Maatalousyrittäjien terveys oli muutenkin hieman heikompi kuin palkansaajilla ja yrittäjillä. Asiaa selitettiin sillä että työ on fyysisesti vaativampaa ja heillä on usein enemmän työtunteja viikossa. Tutkimuksen mukaan työkyky ei ole heikentynyt merkittävästi viime vuosien aikana. (Peltoniemi 2005, 5-9.)

Työkyvyttömyys syntyy usein pikkuhiljaa. Sen takia työkykyä on tärkeä seurata koko työssäoloajan. Kun työntekijällä alkaa ilmaantua paljon sairauspoissaoloja ja työssä olla vaikeuksia, on työkyvyn arviointi erittäin ajankohtaista. Työterveyslääkärin tai -hoitajan tulee puuttua ajoissa työntekijän heikentyneeseen työkykyyn. (Juntunen 2006.) Työkyvyttömyyden riskin aikainen havaitseminen sekä työntekijän terveyteen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen on työterveyshuollon tavoitteena. Työkykyä tulee seurata jatkuvasti, sillä työn luonne voi muuttua tiheästi. (Aro 2010, 207.) Lihavat voivat joutua kokemaan syrjintää ja ennakkoluuloja, jolloin tämä voi vaikuttaa työelämän mahdollisuuksiin. Myös sosiaalinen kanssakäyminen voi kärsiä. Työttömyys ja stressi saattavat altistaa lihavuudelle. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011.)

Työkyvyn tukemiseksi työpaikoilla järjestetään nykyisin työkykyä ylläpitävää toimintaa (TYKY). Työelämässä olevan ihmisen työ- ja toimintakykyä pyritään tukemaan tyky-toiminnan avulla. Toiminnan tarkoituksena on ylläpitää ja edistää työkykyä sekä ehkäistä ongelmia. Toiminta pyrkii ehkäisemään työkykyvyn uhkaavaa heikkenemistä ja keskittyy myös kuntoutukseen. Konkreettisia toimia tyky-toiminnasta ovat esimerkiksi työnohjaus, liikunnan tukeminen ja koulutus. Tyky-toiminta on lailla säädettyä. (Kuntoutussäätiö 2011.) Työssä jaksaminen ja työkyvyn säilyminen ovat tyky-toiminnan pohjalla olevia tavoitteita. Tyky-toimintaa toteutetaan työnantajan ja henkilöstön kesken. Myös työterveyshuolto voi olla osana toimintaa, usein aloitusvaiheessa. Kaikissa työpaikoissa tulisi toteuttaa tyky-toimintaa, koska se parantaa myös työpaikan kannattavuutta. (Tjäder 2010a.)

Yksilön toimintakykyä voidaan arvioida vertaamalla hänen mahdollisuuksiinsa toimia ja elää yhteisölle määriteltyjen odotusten mukaisesti. Toimintakyvyn vastakohtana pidetään toiminnanvajautta. (Vuori & Suni 2010, 18.) Toiminta- ja työkyvyn arvioimiseen käytetään erilaisia mittausmenetelmiä, jotka ovat sisällöltään vaihtelevia sen mukaan, minkä ikäisten ihmisten toimintakykyä arvioidaan. Suurin osa käytössä olevista mittareista saadaan sisällytettyä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -luokitukseen.

(Smolander & Hurri 2004.) Usein biopsykososiaalinen (esimerkiksi tunteet, ajatukset ja sosiaaliset suhteet) puoli jää arvioimatta käytettäessä erilaisia mittausmenetelmiä, koska ne keskittyvät lähinnä fyysiseen puoleen. Monista eri mittareista on mahdotonta valita parhaiten toimivaa, joten mittari tulisi valita aina tilanteen mukaan. (Koskinen ym. 2009.)

ICF- luokitusta käytetään toiminta- ja työkyvyn mittarina. WHO on hyväksynyt toimintakykyluokituksen vuonna 2001. ICF-luokitus jaetaan kahteen osaan. Ensimmäinen keskittyy toimintaa rajoittaviin tekijöihin ja toimintakykyyn esimerkiksi ruumiin rakenteet, osallistuminen sekä suoritukset. Toinen osa keskittyy taustatekijöihin esimerkiksi ympäristö- sekä yksilötekijöihin. Eri osaluokituksia tutkitaan erilaisten testien avulla, esimerkiksi fyysisillä toimintatesteillä. (Smolander & Hurri 2004.) ICF ei kuitenkaan ole työkyvyn arviointimenetelmä, vaan sen avulla saadaan ohjeistusta toimintarajoitteiden, toimintakyvyn sekä terveyden arviointiin ja edistämiseen. ICF:n tarkoituksena on kommunikaation parantaminen eri toimialojen ja hallinnonalojen välillä toimintakykyyn liittyvissä asioissa. (Nygård 2004.)

4 TERVEYSTIETO INTERNETISSÄ

Terveyden edistämisen määrittely on hankalaa. Terveyden edistämisen toimintakenttä on huomattavan laaja. Se koostuu muun muassa terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämisestä, terveystalvelujen uudistamisesta, terveellisen ympäristön aikaansaamisesta sekä yksilöiden ja yhteisöjen taitojen kehittämisestä. Terveyden edistämisen tavoitteena on edistää ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä hyvinvointiin. Terveysteen panostaminen ei aiheuta lisäkustannuksia, vaan on hyvinvointia lisäävä investointi. Terveyden edistämistä voidaan pitää arvotyöskentelynä, jonka pyrkimyksenä on mahdollistaa inhimillisen elämän toteutuminen. Yksilö tekee omat terveystalvelintansa itsenäisesti, mutta valinnat ovat kuitenkin sidoksissa hänen oman ympäristönsä ja yhteiskuntansa mahdollisuuksiin. Oikeellisen ja rehellisen tiedon avulla on mahdollista tehdä terveystä edistäviä valintoja. (Pietilä ym. 2010, 15–16.) Terveystalvelviestinnän tarkoituksena on tukea terveystä edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä sekä välittää tietoa. Sen tarkoituksena on myös lisätä tietoa terveystä ja tukea terveystä valintoja. Terveystalvelviestinnässä ei saa vähätellä jotakin toista terveystä edistävää elintapaa toisen korostamiseksi. Terveystalvelviestintä ei kuitenkaan aina ole terveystä edistävää, vaan esimerkiksi terveystalveltuotteita mainostamalla ei aina edistetä terveystä. Tavoitteena voi olla myynnin lisääminen. (Terveyden edistämisen keskus 2005, 4-5.)

Terveystiedon hankkiminen Internetistä on lisääntynyt runsaasti viime vuosien aikana. Useimmin terveystalveluetoa Internetistä hakee 25–44-vuotias nainen. Hyvin koulutetut hakevat tietoa enemmän kuin huonommin koulutetut. Internetissä julkaistava tieto ei kuitenkaan aina ole luotettavaa. Luotettavinta tietoa löytää parhaiten esimerkiksi kansanterveystjärjestöjen ja terveystähuoltoalan ammattitjärjestöjen sivuilta. (Kannas ym. 2005, 238–239.) Andreassenin ym. (2007) tutkimuksessa selvitettiin, miten paljon eurooppalaiset (n=7934) hankkivat terveystalveluetoa Internetistä. Tutkimus toteutettiin puhelinkyselynä ja siinä oli mukana ihmisiä seitsemästä eri maasta. Koko tutkimusjoukosta 44 %

oli käyttänyt Internetiä terveystiedon hankkimiseen. Tutkittavista 4714 kertoi käyttävänsä Internetiä, heistä 71 % käytti Internetiä terveystiedon hakemiseen. Tiedon hankkimista edistäviä tekijöitä olivat nuori ikä, korkea koulutus ja pitkäaikaissairaus. Naiset olivat aktiivisempia tiedonhankkijoita kuin miehet. Joka neljäs kyselyyn vastanneista kertoi hankkivansa tietoa terveydestä ennen tapaamista lääkärin kanssa. (Andreassen ym. 2007.)

Vuonna 2007 tehdyssä TNS (Taylor Nelson Sofres) Gallupin tekemässä tutkimuksessa selvitettiin kansalaisten Internetin käyttötottumuksia. Kyselyyn osallistui 15–79-vuotiaita henkilöitä (n=1026). Kyselyn mukaan yli 50 % suomalaisista hoitaisi terveydenhuoltoaan koskevat asiat mieluummin Internetissä kuin puhelimitse tai henkilökohtaisesti. Kyselyyn vastanneista 70 % sanoi haluavansa katsella potilastietojaan tai tehdä ajanvarausta Internetin kautta. Sähköisiä lomakkeita ja omia koetuloksiaan lukisi noin kaksi kolmasosaa vastanneista. Terveydenhuolto ei ole ottanut sähköisiä palveluja osaksi arkityötään. Turhia vastaanotto- ja puhelinaikoja voitaisiin välttää sähköpostin käytöllä, esimerkiksi kokeiden tuloksia ohjeiden kera voitaisiin lähettää sähköpostiin. (Lääketietokeskus 2007.)

Arviolta 5,5 % Internet-sivuista sisältää tietoa terveydestä. Vuonna 2000 arvioitiin, että terveyttä käsitteleviä sivuja on noin 30 miljardia. Terveyteen liittyvää tietoa tarjoavat monet eri julkaisijat, esimerkiksi tutkimuslaitokset, terveydenhuollon ammattilaiset ja potilasyhdistykset. (Mustonen 2002, 151.) Ammattihenkilöiden jakaman tiedon tulee olla tutkimusnäyttöön perustuvaa. Terveyden edistämistä toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. (Pietilä ym. 2010, 23, 25.) Internetissä oleva terveystieto sisältää myös virheellistä ja epätarkkaa tietoa. Terveystietoa hankittaessa on aina muistettava, että kuka vain voi julkaista tietoa Internetissä. Hoitohenkilöstön olisi tärkeää opettaa potilaille lähdekritiikkiä ja ohjata heitä luotettaville sivustoille. Internetin kautta voi julkaista terveystietoa laajalle asiakaskunnalle. Vastuu Internetissä olevan terveystiedon käytöstä jää usein tiedon hankkijalle itselleen. (Mustonen 2002, 161–162.)

4.1 Potilasohjeet Internetissä

Potilaan ohjaamisessa kirjallinen ohjaus toimii suullisen ohjauksen tukena. Suullinen ohjaus saattaa usein jäädä vähäiseksi henkilökunnan vähyyden ja ajankäytön ongelmien vuoksi. Nykyään kirjallisten ohjeiden ohelle tarvitaan myös verkkoviestintää. Sähköisissä potilasohjeissa tärkeintä on se, että potilas ymmärtää ne, koska tarkentavia kysymyksiä ei ole mahdollista tehdä. Tärkeintä siis ei ole se, mitä sanotaan, vaan miten sanotaan. Potilasohjeita tehdessä tulisi ensisijaisesti ajatella, mitä potilas haluaa tietää ja toissijaisena tulevat esimerkiksi valmistautumishjeet käynnille ja muut mahdolliset muut tiedot. Potilasohjeiden tulisi olla helposti löydettävissä Internet-sivuilta. Kun sähköisiä potilasohjeita laaditaan, on muistettava, että kuka tahansa voi käydä lukemassa niitä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 14–15, 23, 60.) Tästä syystä asiat tulee ilmaista selkeästi ja ymmärrettävästi.

Hyvän potilasohjeen tekemiseen ei ole olemassa mitään tiettyä ohjetta, vaan jokaisen on itse löydettävä paras tapa kirjoittaa potilasohjeita. Hyvä potilasohje palvelee niin potilaita kuin henkilökuntaakin. Ohjeiden tarkoitus on antaa potilaille olennaista tietoa tarvitsemaltaan aihealueelta. Kun ohjeita tehdään, on ensisijaisesti mietittävä, kenelle niitä kirjoitetaan. Tekstiä lukiessa potilaan tulisi heti ymmärtää, että se on suunnattu hänelle, eikä esimerkiksi alan ammattilaisille. Ohjeita tulee kirjoittaa yleiskielellä, eikä käyttämällä pitkiä lauseita tai sellaista sanastoa, jota lukija ei ymmärrä. Teksti tulee kirjoittaa hyvällä suomen kielellä, käyttämättä vaikeita slangisanoja. Tekstin ei ole hyvä olla passiivimuodossa, koska potilas ei välttämättä ymmärrä, että teksti on suunnattu hänelle. Tekstissä tulee välttää myös potilaiden kaskemista, koska se voi heistä tuntua epäkohteliaalta. Asioiden tärkeyttä voidaan korostaa selittämällä ja perustelemalla, miksi jollain tavalla tulisi toimia. Tekstissä on tärkeää käyttää otsikoita, jotka kertovat, mitä tullaan käsittelemään seuraavaksi. Kuvat ovat myös tärkeä osa hyvää potilasohjetta. Kuvien on tarkoitus herättää lukijoiden mielenkiintoa ja auttaa asian ymmärtämisessä. Kuvat tulee valita tarkasti, jotta ne selittäisivät ja täydentäisivät tekstiä. Ohjeiden loppuun tulee

lisätä tekijöiden yhteystiedot, jotta lukijat voivat ottaa yhteyttä, mikäli jotain kysyttävää tulee. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 34–44, 46.)

Umefjordin (2006) tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda julki uutta ilmiötä; Internetissä saatavaa potilasohjausta. Tutkimukseen kerättiin tietoa tutustumalla siihen ketkä käyttivät ”Kysy lääkäriltä-palvelua” ja Internetin kautta tehtävän kyselyn avulla, johon vastasi osa palvelun käyttäjistä (n=1223) ja osa lääkäreistä (n=21). Kyselyä tehtiin myös lääkäreille, jotka vastasivat ihmisten kysymyksiin. Aineistoa kerättiin neljän vuoden ajalta (1998–2002). Aineistosta selvisi, että yleensä palvelua käyttää 21–60-vuotias nainen. Useimmiten Internet-palvelua käytettiin sen takia, koska haluttiin säilyttää anonymiteetti. Monet kokivat myös, että sairaalassa käydessä lääkärit ovat liian kiireisiä ja, että lääkärien kanssa on kommunikaatio-ongelmia. Monet ”Kysy lääkäriltä-palvelun” käyttäjät olivat sitä mieltä, että palvelua voisi käyttää tavallisen terveydenhuollon ohella. Suurin osa oli myös tyytyväisiä saamiinsa vastauksiin lääkäreiltä. Internet mahdollistaa helpon tavan löytää terveystietoa ja saada potilasohjausta. Neljän vuoden aikana palvelun käyttö lisääntyi tasaisesti. Tulevaisuudessa on ajateltu, että yhä useampi lääkäri rupeaa käyttämään Internet-ohjausta kommunikaatiovälineenä. (Umefjord 2006.)

4.2 Tekstin rakenne Internet-sivuilla

Verkkosivuille kirjoittaminen koostuu kolmesta vaiheesta: määrittely ja suunnittelu, varsinainen kirjoitustyö sekä viimeistely. Määrittelyvaiheessa on hyvä syventyä kysymyksiin, mitä haluaa lukijalle sanoa, mistä aiheesta kirjoittaa ja kenelle kirjoittaa. On syytä tehdä itselleen selväksi myös, miksi kirjoittaa ja millaisen vaikutuksen aikoo lukijassa saada aikaan. Vasta määrittelyn ja suunnittelun jälkeen voi siirtyä varsinaiseen kirjoitusprosessiin. Kirjoitusvaiheessa on syytä kirjoittaa kerralla kokonainen tekstiversio, jota myöhemmin viimeistelee. Verkkokirjoittaminen eroaa paperille kirjoittamisesta siinä, että verkkotekstiä tehdään rakenteellisemmin, pienemmistä osista koostaen. Viimeistelyvaiheessa Internet-sivuille tuleva teksti on syytä luettaa vähintään yhdellä henkilöllä ennen tekstin päätymistä sen lopullisille lukijoille.

Aina parempi, jos tekstiä voi testata lopullisten lukijoiden edustajille ennen kuin julkaiseminen tapahtuu. Internet-sivujen esitestaus antaa etukäteen tietoa siitä, miten tuleva kohderyhmä vastaanottaa tekstin. Viimeistelyvaiheessa tarkistetaan ja tarvittaessa myös korjataan sivujen rakennetta, sisältöä, oikeakielisyyttä, tyyliä sekä ulkoasua. (Alasilta 1998, 86–88, 95.)

Tehokas ja laadukas verkkoteksti koostuu silmäiltävyydestä, luettavuudesta ja käytettävyydestä. Silmäiltävyys on keskeinen asia, sillä ennen kuin ihminen lukee tekstin, hän silmäilee sen. On myös hyvä muistaa että, katse lähtee liikkeelle näkymän keskipisteen ylävasemmalta. Katse pysyy hieman kauemmin näkymän ylä- kuin alaosassa ja samoin pidempään vasemmalla kuin oikealla puolella. Tekstin luettavuus on sitä parempaa mitä nopeammin lukija pystyy tekstin lukemaan ja mitä paremmin hän ymmärtää lukemansa. Luettavuutta on myös se, kuinka hyvin lukija pystyy painamaan ja palauttamaan tekstin mieleensä. Luettavuus koostuu ulkoasusta, kielellisestä ymmärrettävyydestä sekä lukijan motivaatiosta. Käytettävyyteen vaikuttaa puolestaan se, kuinka vaivattomasti lukija löytää tiedon, jota tarvitsee. (Alasilta 1998, 134–135.)

Internet-sivuja tehdessä tulee huomioida, että tekstikappaleiden tulee olla lyhyitä (Korpela 2004, 5). Kappaleet tulee sijoittaa toisiinsa nähden tiheästi. Kappale voi maksimissaan olla kymmenen rivin pituinen, mielellään lyhyempikin (Alasilta 1998, 136, 138). Yhdessä kappaleessa ilmaistaan yksi asia. Kappale on hyvä aloittaa lauseella, jossa on ilmaistu kappaleen keskeisin viesti. Kappaleen lopussa viesti tarkentuu ja täydentyy. Usein voi olla hyvä kirjoittaa ensimmäiseksi kappaleeksi kahden tai kolmen virkkeen tiivistelmä. Tällaista aloituskappaletta voi korostaa esimerkiksi suurentamalla fonttia hieman. Tällainen menettely viestittää lukijalle, että sivulla mennään suoraan asiaan. (Korpela 2004, 5, 57.)

Käytettävien otsikoiden tulee olla informatiivisia ja houkuttelevia (Alasilta 1998, 137). Hyvän otsikon tunnusmerkki on, että se ilmaisee asian tarkasti, kuitenkin vain muutamalla sanalla. On hyvä huomata, että usein Internet-sivuilla olevat otsikot on kirjoitettu liian isolla fontilla. Niiden fonttia voi pienentää erityisesti

pienillä sivuilla. Sivuilla on hyvä käyttää väliotsikoita, sillä niiden avulla sivu jakaantuu osiin ja tärkeät asiat korostuvat. Jo kahden tai kolmen kappaleen jälkeen on hyvä laittaa väliotsikko. Väliotsikot muotoillaan sivun tarkoituksen mukaisesti. Väliotsikot voivat esimerkiksi korostaa keskeisiä asioita tai tiivistää tekstin ydinsanomaa. Tekstin lukeminen ja silmäily helpottuu, kun teksti ei ole tasaista puuroa. Ei kuitenkaan ole hyvä käyttää liian monia korostuskeinoja yhtä aikaa. (Korpela 2004 5, 12–13, 16.) Muutaman sanan korostaminen voi parantaa tekstin luettavuutta (Alasilta 1998, 142). Liian monen sanan korostaminen antaa levottoman vaikutelman. Siksi väliotsikot ovat usein parempi vaihtoehto kuin korostukset kappaleiden sisällä. (Korpela 2004, 16.)

Arial on hyvä fonttivalinta verkkosivuille, koska se on todennäköisesti useimpien Internetin käyttäjien koneissa. Lisäksi Arial on luettavuudeltaan hyvä. (Korpela 2004, 19.) Liian pienet tai liian suuret kirjaimet heikentävät tekstin luettavuutta (Alakorpi 1998, 142). Internet-sivustolle kirjoitettaessa tulee käyttää asiakaskeskeistä kieltä. Myös sanontoja, joiden merkitystä lukija ei ymmärrä, tulee välttää. Tekstin tulee olla informatiivista ja yksiselitteistä. (Nielsen & Tahir 14–15.) Erityisesti otsikoissa ja tiivistelmissä tulee käyttää yleiskieltä (Korpela 2004, 57). Tekstiä kirjoittaessa tulee välttää harvinaisia, vierasperäisiä ja liian pitkiä sanoja. Tekstistä tulee vaikeaselkoista myös silloin, kun käytetään liikaa substantiiveja, adjektiiveja ja adverbeja. Myös sivulauseiden runsasta käyttöä sekä liian pitkiä ja monimutkaisia lauseita on syytä välttää. (Alasilta 1998, 143.) Kirjoittamisessa on käytettävä äidinkielestä tuttuja tyylisääntöjä. Esimerkiksi huutomerkkejä ei pidä tekstissä käyttää, koska ne eivät kuulu huoliteltuun tekstiin ja näyttävät sekavilta. Myös sanojen kirjoittaminen isolla tekee tekstistä vaikealukuista ja antaa kiireisen ja kovaäänisen vaikutelman. Tekstin tärkeimpien osien tulisi näkyä ilman sivun vierittämistä alaspäin. Jos keskeistä tietoa kätkeytyy sivun alaosaan, jonne pääsee vain vierittämällä, lukija ei välttämättä osaa hakea sitä. (Nielsen & Tahir 2002, 14–15, 23.)

Verkkosivuilla kannattaa suosia luetteloita (Alasilta 1998, 138). Luettelot jäsentävät www-sivuja, silloin kun on esitettävä monia rinnakkaisia tai peräkkäisiä kohtia. Luettelo voi olla numeroimaton tai numeroitu.

Numeroimattomassa luettelossa luettelomerkkinä voi käyttää pientä kuvaketta, esimerkiksi luetelmapalloa, kaikkien lueteltavien asioiden edessä. Sisäkkäisissä luetteloissa sisemmät luettelomerkit ovat yleensä erilaisia kuin uloimmat. (Korpela, 2004, 22.) Kun tekstissä luetellaan kolme tai useampi kohta, ne on hyvä asettaa luettelomuotoon (Alasilta 1998, 138).

Internet-sivujen kuvitukseen on hyvä käyttää itse tehtyjä sivuston tarkoitukseen sopivia kuvia (Korpela 2004, 10). Grafiikkaa ei tule käyttää sivujen koristeluun, vaan todellisen sisällön esittämiseen. Kuvilla tulee olla selkeä yhteys sivujen sisältöön. Liika grafiikan käyttö voi peittää tärkeän sisällön, sillä kuvat kiinnittävät käyttäjien huomion itseensä. Kuvat eivät saa olla liian yksityiskohtaisia, sillä muutoin ne näyttävät sotkuisilta eivätkä pysty välittämään tietoa. Taustakuvia, joiden päällä on tekstiä, on myös syytä välttää. Tällainen vesileimagrafiikka heikentää luettavuutta ja on sekavan näköistä. Kuvien pienentämisestä ei ole apua, vaan kuvat tulee rajata. Internet-sivuista 5-15 % voi varata kuville. (Nielsen & Tahir 2002, 22, 49.) Kuville on hyvä laittaa kuvateksti, tällöin kuvan sisältö ja viesti selkiytyvät (Korpela 2004, 74).

Huolellinen värisuunnittelu on tärkeää Internet-sivuja tehdessä. Tekstin ja linkkien värit tulee asettaa keskenään yhteensopiviksi. (Korpela 2004, 21.) Tekstin helppolukuisuuden lisäämiseksi tekstin ja taustan värien tulee olla suurikontrastisia. Valkoinen on hyvä taustaväri, sillä sen kontrasti on suurin ja luettavuus paras. Leipätekstin on hyvä olla väriltään mustaa. (Nielsen & Tahir 2002, 23, 51, 53.) Linkit, joita käyttäjä on jo napsauttanut, tulee osoittaa värimuutoksella. Käyttämättömien linkkien tulee olla sinisiä, ja käytettyihin linkkeihin tulee valita sinisestä selvästi erottuva, ei niin kyläinen väri. Värien vaihtaminen on tarpeen, jotta käyttäjä näkee heti, missä on jo vierailut ilman, että hänen turhaan avaisi samaa sivua moneen kertaan. Harmaata väriä ei kuitenkaan kannata käyttää, sillä se on vaikealukuista. Usein käytetty ja toimiva käytetyn linkin väri on purppura. Linkit merkitään alleviivaamalla. Sivulle, johon on listattu Internet-osoitteita, ei tule antaa nimeksi ”linkkejä”, sillä se antaa saman vaikutelman kuin painetussa tekstissä lukisi ”sanoja”. Sivulle tulee otsikoida sen mukaan, mihin linkit viittaavat. (Nielsen & Tahir 2002, 18, 51, 53.)

5 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITE

Projektin tarkoituksena oli tehdä työkäisille Internet-sivut lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Projektin tavoitteena on lisätä työkäisten tietoa lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn.

6 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN JA TUOTOS

Projektien käyttö on yleistynyt viime vuosikymmeninä kaikilla toimialoilla. Se on yksi työnteon perusmuodoista ja tärkein kehittämisen väline. (Silfverberg 2007, 13.) Projektit mahdollistavat joustavan toiminnan. Projekti on aina kertaluontoinen eikä sitä ole koskaan aikaisemmin toteutettu, eikä tulla milloinkaan toteuttamaan samanlaisena (Helsingin yliopisto 2006). Projekti on kestoltaan rajattu hanke ja sillä on selkeä alku ja loppu (Ruuska 2007, 19). Projektilla on ennalta määritelty aikataulu, tavoite ja tarkoitus. Tavoitteet kuvaavat, mihin hankkeella pyritään. Tavoitteiden tulee olla selvät, konkreettiset ja saavutettavissa. Projekti koostuu vaiheista, jotka ovat suunnitteluvaihe, toteutusvaihe ja arviointivaihe. (Silfverberg 2007, 21, 24, 27.)

Projektiin liittyy aina riskejä. Riskit voidaan jakaa ulkoisiin ja sisäisiin riskeihin. Ulkoiset riskit ovat projektista riippumattomia ja vastaavasti sisäiset riskit ovat riippuvaisia projektista. Riskejä voivat olla esimerkiksi projektin jäsenten huono sitoutuminen projektiin, vajavainen suunnittelu sekä saavuttamattomissa olevat tavoitteet. (Silfverberg 2007, 15, 31.)

6.1 Suunnitteluvaihe

Tämä projekti on saanut alkunsa syyskuussa 2010. Salon Seudun terveyskeskuksen ja projektin jäsenten välillä allekirjoitettiin toimeksiantosopimus (Liite 1.) syyskuussa 2010. Suunnitteluvaiheessa tehdään päätökset siitä, miten projekti aiotaan toteuttaa ja miten projektia rajataan (Ruuska 2007, 39). Suunnittelun alkuvaiheessa valittiin projektin aihepiiri, ja aihe on tarkentunut sekä rajautunut suunnitteluvaiheen edetessä. Projekti haluttiin kohdistaa työikäiseen väestöön. Tekijät selasivat ja tutustuivat Terveysnetin Internet-sivuihin, jotta pystyttiin rajaamaan pois sellaiset aiheet, joita oli jo aiemmin käsitelty. Lihavuus on tärkeä ja ajankohtainen aihe ja siitä oli saatavissa paljon lähdemateriaalia. Aiheen valintaan vaikutti myös se, että tietämys lihavuudesta on hyvin keskeistä terveydenhoitajan työssä.

Suunnitteluvaiheessa tehtiin hakuja eri tietokannoista; Medicistä, Terveysportista, PubMedista, Cinahl EBSCOhostista sekä Medline Ovidista. Käytettyjä hakusanoja olivat lihavuus, obesity, ylipaino, overweight, bmi, työkyky, toimintakyky, physical function, potilasohjaus, potilasohjaus Internetissä, terveystieto sekä terveystieto Internetissä. Kirjallisuuskatsauksen laatimisen edetessä käytetyt hakusanat tarkentuivat ja lisääntyivät. Uudempia hakusanoja olivat muun muassa lihavuusleikkaus, lihavuuskirurgia, lihavuus ja elämänlaatu, obesity and quality of life, ene, icf, toimintakyvyn mittari ja työtoiminta. Tutkimuksia ja muita kirjallisia sekä sähköisiä lähteitä löytyi runsaasti. Lähteistä kerättiin tietoa, jota alettiin koota kirjallisuuskatsaukseksi. Tekijät jättivät tietoisesti työn ulkopuolelle lihavuuden liitännäissairauksien tarkemman käsittelemisen, sillä Terveysnetistä löytyy monia sivustoja, jotka käsittelevät jotakin lihavuuden liitännäissairautta. Tämän takia liitännäissairauksien tarkempi käsittely jätettiin työn ulkopuolelle. Projektianomus lähetettiin marraskuussa 2010 Salon Seudun terveyskeskukseen. Hyväksytyllä projektisuunnitelmalla saatiin joulukuussa 2010 virallinen lupa työn tekemiselle. Projektiluvan (Liite 2.) allekirjoitti Salon terveyskeskuksen hallintoylihoitaja.

Tekijät ovat käyneet säännöllisin väliajoin ohjauksessa. Ohjaajat ovat auttaneet projektin tekijöitä uusien näkökulmien löytämisessä. Tavoitteena oli esittää valmis työ toukokuussa 2011. Osatavoitteena oli saada kirjallisuuskatsaus lopulliseen muotoonsa vuoden 2010 loppuun mennessä. Tähän tavoitteeseen ei kuitenkaan päästy. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitettiin lokakuun lopussa. Vuoden 2010 loppuun mennessä kirjallisuuskatsauksessa esitettävät asiat oli valittu ja viitekehys oli kirjoitettu yhtenäiseksi tekstiksi. Kirjallisuuskatsausta viimeisteltiin opettajien antamien korjausehdotusten mukaan, ja tekijöiden korjausten myötä kirjallisuuskatsaus saavutti lopullisen muotonsa huhtikuussa 2011.

Suunnitteluvaiheessa tekijöiden projektiyhteistyö oli tiivistä. Vain kirjallisuuskatsauksen teossa tekijät jakoivat vastuuta työn eteenpäin viemisessä. Kuitenkin tekijät tapasivat säännöllisesti ja yhdessä miettivät viitekehysten sisältöä, muun muassa virkkeiden ja kappaleiden järjestystä.

Molemmat tekijät lukivat toistensa tuotoksia ja antoivat rakentavaa palautetta sekä korjausehdotuksia. Muutoin kirjallista työtä on työstetty tiiviissä yhteistyössä.

6.2 Toteutus- ja arviointivaihe

Internet-sivujen tekeminen kuuluu toteutusvaiheeseen. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta valittiin Internet-sivuilla käsiteltävät asiat. Ensin luonnosteltiin sivun sisältöä, jonka jälkeen sivuja alettiin muokata Microsoft PowerPoint-ohjelmalla. Alustavat Internet-sivut annettiin opponenteille arvioitavaksi ja sivuihin tehtiin muutoksia arvioinnin jälkeen. Sivujen tekstiä muotoiltiin lopuksi niin, että se olisi mahdollisimman helppolukuista, ymmärrettävää ja asiakkaille suunnattua. Projektin tekijät ottivat itse valokuvia Internet-sivuille sopivista kohteista. Otoksia kertyi kaiken kaikkiaan 147 kappaletta, joista valittiin sopivimmat ja hyvälaatuisimmat. Sivujen ulkoasua mietittiin tarkasti ja valokuvien sijoittelussa käytettiin harkintaa.

Tavoitteena oli aikaansaada asialliset ja informatiiviset, mutta kuitenkin miellyttävän näköiset verkkosivut. Tarkasti suunniteltua oli myös tekstin määrä jokaisella sivulla. Joitakin aiheita piti jättää pois, jotta teksti ei muuttuisi liian epäselväksi ja runsaaksi. Projektin tekijät valitsivat sivustolle vain sellaista tekstiä, josta arvelivat asiakkaiden hyötyvän. Tekijät pitivät tarkoin mielessään Internet-sivuja toteuttaessaan, että sivut on tehtävä asiakkaiden näkökulmasta. Kaikenlaisia slangisanoja, ammattitermejä ja vaikeaselkoisia lauseita vältettiin. Sivuille yritettiin valita vain asiakkaiden kannalta kaikkein keskeisimmät asiat ja tiedot, ja kaikki ylimääräinen ja epäolennainen rajattiin pois. Näin onnistuttiin pitämään jokaisen sivun tekstimäärä maltillisena niin, että lukija jaksaa lukea sähköisen tekstin. Sivuille on merkitty tarkoin, mistä lähteistä esitettävä tieto on kerätty.

Internet-sivujen valmis PowerPoint-luonnos annettiin luettavaksi ohjaaville opettajille ja projektin opponenteille huhtikuussa 2011. Myös alalla pitkään toiminut terveydenhoitaja luki PowerPoint-muotoisen paperiversion Internet-sivuista. Hänen mielestään sivut sopivat hyvin ammattilaisen ohjauksen tueksi

sekä aiheesta kiinnostuneelle tiedonhakijalle. Sivuilla on kerrottu paljon tietoa tiiviissä ja selkeässä muodossa. Paperiversio annettiin luettavaksi myös viidelle ulkopuoliselle henkilölle, jotka antoivat vapaamuotoisesti palautetta sivuista. Esitestaajien palaute oli myönteistä. Palautteesta kävi ilmi, että sivut ovat helppokäyttöiset, selkeät, mielenkiintoiset, informatiiviset ja että sivujen teksti on sellaista, että sitä ymmärtää kuka tahansa. Lukijat kertoivat mieltymyksestään etusivun kuvaan, joka on projektin tekijöiden itse piirtämä. Yksi lukijoista kertoi pitävänsä sivujen vasemman laidan valikkopalkkia hyvänä ja sivujen käyttöä helpottavana. Lukijat kiinnittivät huomiota sanan vasta-aihe käyttöön todeten, että sana on maallikolle vaikea ymmärtää. Tekijät korjasivat sanan yleiskieleen sopivaksi. Joitakin sanamuotoja korjattiin ymmärrettävämpään muotoon saadun palautteen perusteella.

Projektin tuloksena syntyivät Internet-sivut (liite 3.) Terveysnettiin, Työikäisten netti-osioon. Sivut on tarkoitettu ensisijaisesti painoindeksin 25 kg/m² ylittävälle työikäisille, mutta myös kaikille niille, jotka ovat kiinnostuneita painonhallinnasta ja lihavuuden ehkäisystä. Internet-sivut löytyvät osoitteesta <http://terveysnetti.turkuamk.fi/>. Tämän jälkeen valitaan sivun vasemmasta laidasta Työikäisten netti, josta löytyy yhtenä osana tämä projekti työnimellä Aikuisten lihavuus. Sivut www-muotoon toteutti Turun ammattikorkeakoulun assistentti.

Internet-sivujen etusivulla lukija toivotetaan tervetulleeksi ja kerrotaan sivujen sisällöstä. (Kuva 1.) Internet-sivut rakentuvat viidestä pääaiheesta: lihavuudesta yleisesti, liitännäissairauksista, lihavuuden vaikutuksista toimintakykyyn, lihavuuden hoidosta sekä painonhallinnasta. Pääotsikot näkyvät sivujen vasemmalla puolella. Klikkaamalla otsikkoa kyseinen sivu avautuu. Jotkut pääaiheet sisältävät myös ala-aiheita, jotka eivät näy sivupalkissa. Tällaiselle ala-aiheen sivulle pääsee vain pääaiheen sivun kautta linkistä klikkaamalla. Sivujen taustaväriksi valikoitui valkoinen ja oikealla puolella sijaitsevan sivupalkin väriksi vihreä. Valkoinen tausta valittiin, sillä teksti erottuu siitä hyvin ja valkoiselta pohjalta on helppo lukea, eikä silmä väsy yhtä helposti, kuin jos väri olisi pienempikontrastinen. Tekstin väriksi on valittu musta, koska se

erottuu selkeästi sekä valkoisesta ja vihreästä taustasta. Sivun pääotsikon teksti, Työikäisten lihavuus, on vihreällä sivupalkin tavoin. Avaamattomat linkit ovat sinisiä ja käytetyt purppuranvärisiä, jotta lukijan on helpompi seurata, mitkä sivut on jo avannut.

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

[Lihavuuden liitännäissairaudet](#)

[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)

[Lihavuuden hoito](#)

[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

TYÖIKÄISTEN LIHAVUUS

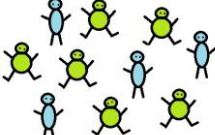
Tervetuloa!

Näiltä sivuilta löydät luotettavaa tietoa lihavuudesta, sen vaikutuksista terveyteen ja hoidosta sekä painonhallinnasta.

Lihavuus on lisääntynyt paljon Suomessa ja muualla maailmassa viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Suomalaiset ovat nykyään huomattavasti lihavampia kuin muut pohjoismaalaiset. Työikäisistä 60 % on ylipainoisia ja joka viides heistä on lihava.

Lihavuuden syynä on se, että henkilö syö enemmän kuin kuluttaa. Lihavuuden taustalla ovat istuva elämäntapa, vähentynyt arki- ja työmatkaliikunta, vähentynyt työn fyysinen kuormittavuus sekä epäterveellinen ravinto.

Lihavuus lisää huomattavasti riskiä sairastua erilaisiin sairauksiin. Lihavuus heikentää myös toimintakykyä sen kaikilla osa-alueilla.



Työikäisistä kuusi kymmenestä on ylipainoisia

1

Kuva 1. Internet-sivujen etusivu

Työn raportointi on osa arviointivaihetta. Projektin tekijät, opponentit ja ohjaavat opettajat täyttivät lausunnon hyväksytystä opinnäytetyöstä. Valmis työ esitettiin raportointiseminaarissa 10. toukokuuta 2011 Turun Ammattikorkeakoulussa, Salon toimipisteessä. Työ esitettiin myös projektin toimeksiantajalle Salon Seudun terveyskeskukselle. Työ arkistoidaan sähköisessä muodossa Theseus-tietokantaan.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Pelkästään aiheen valinta on eettistä harkintaa vaativaa. Aiheen merkityksellisyyttä, käytettävyyttä ja ajankohtaisuutta tulisi pohtia valintaa tehdessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 26.) Tekijät valitsivat ajankohtaisen aiheen työlleen, koska lihavuus on merkittävä ja edelleen kasvava ongelma. Aihe on myös merkityksellinen terveydenhoitajan työn kannalta.

Työn eettisyyttä on pyritty parantamaan toteuttamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus työtä tehdessä (Leino-Kilpi 2009, 364). Työssä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä kaikissa projektin vaiheissa. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajan tehtävänä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen. Sairaanhoidajan tulee antaa terveyttä käsittelevää tietoa kansalle, lisäten ihmisten kykyä huolehtia itsestään. (Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry 2011.) Projektin tuotoksena syntyneiden Internet-sivujen tarkoituksena on edistää terveyttä lisäämällä lukijoiden tietoisuutta lihavuuden haitoista ja ehkäisystä. Sivuilla esitetty tieto parantaa käyttäjien kykyä huolehtia omasta terveydestään.

Plagiointi on toisen tuotoksen esittämistä omana tekstinään, tämä ilmenee usein epätarkkoina lähdeviiteinä. Toisen tekstiä lainattaessa, merkinnät on tuotava selkeästi esiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 27, 110). Työssä ei ole plagioitu toisten tekstiä. Lähdeviitteet on merkitty selkeästi. Työ on tarkistettu Urkund-ohjelmalla. Urkund-järjestelmän (2010) mukaan Urkund-ohjelma on Internetissä toimiva tekstiä arvioiva ohjelma, joka vertaa automaattisesti työn tekstiä Internetissä olevaan. Ohjelma ilmoittaa, mikäli löytää yhtäläisyyksiä teksteistä. (Urkund 2010.)

Asiatekstiä kirjoitettaessa ei saa tuoda julki omia mielipiteitään, koska ne voivat vaikuttaa tekstin sanomaan ja lukijoihin. Oma persoona ei saa nousta esille tekstistä. Asioita tulee esittää neutraalisti, tasapuolisesti ja tunteita esiin

tuomatta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 281.) Tekijät eivät ole tuoneet tekstiä kirjoitettaessa esiin omia mielipiteitään tai tunteitaan. Teksti on pyritty kirjoittamaan objektiiviseen sävyyn. Lihavuus on monelle arka aihe. Tämän on huomioitu Internet-sivuja tehdessä. Tekstin sävy ei ole syyllistävä, vaan neutraali ja kannustava. Projektin tekijät ovat pohtineet onko sanan lihava käyttö loukkaavaa. Lopulta tekijät päätyivät kuitenkin käyttämään sanaa lihava, koska se on lääketieteellisesti yleisesti käytetty termi. Useimmissa projektin lähteissä on käytetty sanaa lihava. Asioista tulee puhua niiden oikeilla nimillä kaunistelematta, koska väärä tieto voi aiheuttaa haittaa asiakkaalle.

Geneveläinen Health on the Net (HON)-säätiö on kehittänyt laatukriteerit Internetissä julkaistavaa terveystietoa varten. Yhteisöt, jotka tuottavat terveystietoa Internetiin ja joiden sivuilla näkyy HON-koodi, ovat sitoutuneet noudattamaan koodiston käyttäytymissäännöstöä. Käyttäytymissäännöstö on käännetty myös suomeksi. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 45.) Ohjeiden mukaan Internetissä julkaistu tieto on tarkoitettu tukemaan potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä suhdetta. Internetissä esitettävän tiedon tulee olla selkeässä ja ymmärrettävässä muodossa. Internet-sivuilla tulee olla selkeät lähdeviitteet ja linkkejä tietolähteisiin. Verkkosivuilla tulee näkyä tekijöiden nimet ja tiedot joilla tekijöihin saa yhteyttä, mikäli tulee kysyttävää sekä päivämäärä, jolloin sivut on julkaistu. (HONcode 2010.) Projektin tuotoksena syntyneiden verkkosivujen tarkoituksena on lisätä tietoutta lihavuudesta, ei korvata asiakkaan ja ammattihenkilön välistä hoitosuhdetta. Teksti on pyritty tekemään mahdollisimman selkeästi, jotta väärinymmärryksiltä vältyttäisiin. Internet-sivuilla on linkkejä saman aihepiirin sivustoihin, mikäli lukija haluaa tarkempaa tietoa aiheesta, myös käytetyistä lähteistä on linkkejä sivustoilla. Internet-sivuilta löytyy tekijöiden nimet ja yhteystiedot, jotta lukijoiden on mahdollista kysyä epäselviksi jääneitä asioita. Sivustolta löytyy myös julkaisupäivämäärä.

Internet-sivujen kuvat ovat tekijöiden itse ottamia, mikä lisää työn eettisyyttä. Itse otettujen kuvien julkaisuun ei tarvitse pyytää käyttöoikeutta. Kuvatuille henkilöille on etukäteen kerrottu, että kuvat tullaan julkaisemaan Internetissä.

Osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Henkilöitä on kuvattu niin, että heitä ei voi tunnistaa, eikä henkilöiden nimiä ole julkaistu. Sivulla ei ole käytetty loukkaavia kuvia.

Lähdemateriaalia on olemassa monenlaista, siksi on oltava tarkkana, mitä lähteitä työhönsä valitsee. Kaikki materiaali ei välttämättä ole omaan näkökulmaan ja aiheeseen sopivaa. Lähdemateriaalina tulee käyttää uusinta tietoa, koska voidaan olettaa, että vanhempi tieto on sisällytetty uuteen tietoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 101–102.) Projektin luotettavuutta on pyritty parantamaan valitsemalla työhön uusia ja luotettavia lähteitä. Lähes kaikki työssä käytetyt lähteet on julkaistu viimeisen kymmenen vuoden aikana. Yksi lähde on julkaistu aikaisemmin, mutta se valittiin, koska tekijät arvioivat materiaalin olevan edelleen käyttökelpoista. Valtaosa lähteistä on julkaistu kuitenkin vuoden 2005 jälkeen. Lihavuus on aihe, josta tulee uutta tietoa jatkuvasti. Tuoreet lähteet takaavat sen, että projekti sisältää mahdollisimman uutta tietoa. Projektin aikana on julkaistu uutta tietoa ja kirjallisuuskatsausta on muokattu uusimman tiedon mukaisesti.

Kritiikki on tarpeen lähdetekstiä lukiessa ja kirjoittajan pätevyyttä arvioitaessa. Jos jonkin kirjoittajan nimi esiintyy useassa julkaisussa, voidaan olettaa, että henkilö on alan arvovaltainen asiantuntija. Myös lähteen kustantajalla on merkitystä. Tunnettu kustantaja on luotettavampi julkaisija kuin pieni kustantaja. Erityisesti sähköisiä lähteitä on arvioitava kriittisesti, faktatieto on kyettävä erottamaan mielipidetekstistä. Teknisistä tunnusmerkeistä on hyötyä arvioitaessa sähköisten lähteiden luotettavuutta. Teknisiä tunnusmerkkejä ovat tiedon julkaisupäivämäärä, Internet-osoitteessa näkyvä tiedon tekijä, mahdolliset yhteystiedot, lähdeluettelo sekä tekstin hyvä luettavuus ja selkeys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 87–88, 102.) Projektissa on pyritty välttämään lähteitä, joissa kirjoittajan nimeä ei ole mainittu. Kirjoittajan nimen perusteella pystytään selvittämään tekijän asiantuntijuutta. Samoja kirjoittajia esiintyi useissa työhön valituissa lähteissä, mikä kertoo kirjoittajien asiantuntijuudesta. Lähteet, joissa ei kirjoittajaa ole mainittu, on valittu sen perusteella että ne ovat tunnettujen virastojen tai organisaatioiden julkaisemia.

Tiedon pohjana käytetty kirjallisuus tulisi merkitä näkyviin, jotta lukijan on helppo löytää alkuperäislähteet (Terveiden edistämisen keskus 2005, 5). Työssä tekstin perään on aina merkitty lähdeviitteet selkeästi. Lähdeviitteiden avulla lukija löytää koko teoksen tiedot lähdeluettelosta. Lähdeluettelon yksityiskohtainen ja huolellinen laatiminen on luotettavuutta parantava tekijä. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2005) mukaan projektissa on vältettävä epärehellisyyttä sen kaikissa vaiheissa. Epärehellisyyttä on muun muassa tulosten vääristely, sepittäminen ja kaunistelu. Puutteellinen raportointi vaikuttaa luotettavuuteen heikentävästi. Projektin luotettavuutta parantaa yksityiskohtainen selostus projektin toteuttamisesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 27, 217.) Projektissa on tuotu lähdemateriaalin tieto esille asiasisältöä muuttamatta. Raportointi on ollut totuudenmukaista, eikä tuloksia ole muunneltu. Työssä on kerrottu tarkasti myös projektin toteuttamisesta.

Luotettavuutta parantaa se, että terveydenhuollon ammattilainen (terveydenhoitaja), työn opponentit ja ohjaajat sekä viisi ulkopuolista, joilla ei ole terveydenhuollon koulutusta, ovat lukeneet Internet-sivut. Esitestaajien palaute oli yhtenevää. Terveidenhoitaja, opponentit ja ohjaajat ovat lukeneet myös kirjallisen työn. Esitestaajien määrä on sopiva, ja heidän taustansa ovat erilaiset. Esitestaajien antaman palautteen perusteella työtä ja Internet-sivuja on muokattu. Palautteen perusteella projektin tekijät ymmärsivät sanan vasta-aihe olevan vaikea ymmärtää. Oli erittäin tärkeää luetuttaa työ henkilöillä, joilla ei ole terveydenhuollon koulutusta, sillä lopullisten sivujen kohderyhmä koostuu maallikoista.

8 POHDINTA

Lihavuus on maailmanlaajuinen koko ajan lisääntyvä ongelma. Maailman väestöstä yli miljardi on ylipainoisia ja 300 miljoonaa lihavia (Puska, Nishida & Porter 2003). Lihavuus yleistyy jatkuvasti myös Suomessa (Ono, Guthold & Strong 2010). Lihavuus on hyvin ajankohtainen aihe. Lihavuus heikentää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja aiheuttaa ennen aikaista eläkkeelle siirtymistä. Painoindeksin ylittäessä 30 kg/m^2 , fyysinen toimintakyky alkaa heikentyä. (Kaukua 2006.) Lähitulevaisuudessa väestön ikärakenne muuttuu suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Lihavuuden ja sen aiheuttamien sairauksien vuoksi ennen aikainen eläkkeelle siirtyminen lisääntyy koko ajan. Siksi on erittäin tärkeää korostaa lihavuuden ennaltaehkäisyä, varhaisen toteamisen ja hoidon merkitystä, jotta Suomessa olisi jatkossakin työ- ja toimintakykyistä väestöä.

Lihavuus lisää riskiä sairastua moniin sairauksiin, esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen, nivelrikkoon sekä sydän- ja verisuonitautiin (FOTEG 2011b). Lihavuus liitännäissairauksineen kuormittaa suuresti terveydenhuoltoa (Pekurinen 2005). Lihavuus heikentää yleisesti elämänlaatua (Kaukua 2006). Paras keino hoitaa lihavuutta olisi se, että lihavuuden syntyminen pyrittäisiin kokonaan ennaltaehkäisemään. Projektia tehtäessä on käynyt ilmi, että hoitohenkilöstö jättää monesti lievän lihavuuden huomioimatta, vaikka juuri siihen puuttaminen olisi erittäin tärkeää. Ennaltaehkäisyä avulla terveydenhuollon kustannukset pienenisivät huomattavasti. Lihavuuteen tulisi puuttua rohkeammin, ja ottaa asiat puheeksi ajoissa. Hoitohenkilöstöä olisi hyvä kouluttaa; heidän tulisi saada enemmän tietoa lihavuudesta ja keinoja puheeksi ottamiseen. Ongelmana on kuitenkin se, että ihmiset eivät useinkaan ole kiinnostuneet lihavuuden ennaltaehkäisystä ollessaan normaalipainoisia ja terveitä. Myös yhteiskunnan asenne varhaiseen puuttumiseen on ongelmallinen. Jos ennaltaehkäisy olisi esillä yhteiskunnallisessa päätöksen teossa ja määrärahoja olisi enemmän, vaikutukset näkyisivät jo muutamassa vuodessa.

Pienikin lihavuus kannattaa hoitaa. Kun ylipainoa on vain vähän, sitä on helpompi hoitaa. Hoidon tavoitteena on lihavuuden liitännäissairauksien ehkäisy ja hoito. Jo pienikin painonpudotus vähentää riskiä sairastua lihavuuden liitännäissairauksiin. Elintapahoito eli terveelliset ruokailutottumukset ja liikunta, ovat keskeisellä sijalla ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja painonhallinnassa. (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011.) Tämän hetkinen terveydenhuoltojärjestelmä ei tavoita kaikkia ihmisiä. Lihavuuden hoidon kannalta olisi erittäin tärkeää, että kaikki lihavat pääsisivät hoidon piiriin. Myös hoidon ongelmana on se, että ihmiset eivät ole valmiita hoitamaan lihavuuttaan, ennen kuin terveysongelmia ilmenee. Laihduttamisen jälkeen painonhallinnan tulisi jatkua loppuelämän ajan. Laihduttaminen ja painonhallinta on vaikeaa, koska epäterveellistä ruokaa on helposti saatavilla ja houkutukset ovat suuria (Männistö ym. 2004, 777).

Internet-sivuilla on valittu asiakkaan kannalta keskeisemmät asiat lihavuudesta ja sen hoidosta. Sivulla on kerrottu, mitä lihavuus on ja miten se voidaan todeta. Painoindeksin laskemisesta ja vyötärön ympäryksen mittaamisesta kertovien sivujen avulla käyttäjä voi itse havaita ja tunnistaa mahdollisen painon ongelmansa. Lihavuuden liitännäissairauksia on käsitelty siksi, koska niiden riski nousee painon lisääntyessä. Käyttäjille on haluttu rehellisesti tuoda esille lihavuuden aiheuttamia sairauksia. Osa sairauksista voi olla oireettomia tai vaikea tunnistaa, siksi on tärkeää tietää millaisia sairauksia lihavuus voi aiheuttaa. Sivulla kerrotaan, että jo pienikin painonpudotus vähentää riskiä sairastua ja auttaa sairauksien hoidossa. Sivulla kannustetaan pieneen painonpudotukseen ja taulukon avulla havainnollistetaan pudotettavien kilojen määrää. Luettelot selventävät tekstiä ja ne ovat helppolukuisia (Alasilta 1998, 138). Kuvilla on oltava selkeä yhteys sivujen sisältöön, eikä niitä saa olla liikaa (Nielsen & Tahir 2002, 22). Sivuille on valittu kuvia jotka tukevat ja selventävät tekstiä. Kuvia on käytetty harkiten, jotta tiedon keskeinen sanoma ei häviä.

Internet-sivuilla on kerrottu yleisesti lihavuuden vaikutuksista toimintakykyyn sekä kuvattu konkreettisia asioita, joihin lihavuus vaikuttaa. Tiedot on pyritty tuomaan esille helposti ymmärrettävällä tavalla. Lihavuuden hoitoon on

painotettu Internet-sivuilla, koska oletettavasti sivujen käyttäjät ovat jo lihavia. Eri hoitokeinoista on kerrottu siksi, että käyttäjä saa itse tutustua niihin ja miettiä mikä mahdollisesti olisi itselle sopivin. Tämän jälkeen asiakas voi ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen ja pohtia myös hänen kanssaan eri hoitomuotojen sopivuutta. Elintapahoito on ensisijainen hoitokeino, jota asiakas pystyy itsenäisesti toteuttamaan. Sivut ovat rakennettu niin, että ne mahdollistavat itsenäisen elintapahoidon. Jotkut pystyvät tähän ilman apua, mutta monet kaipaavat lisäksi ammattilaisen rohkaisua ja kannustusta. Sivulla on kerrottu elintapahoidon lisäksi, ENE-ruokavaliosta, lääkehoidosta ja kirurgisesta hoidosta. Muita hoitokeinoja käytetään elintapahoidon ohella, mikäli sen avulla ei saavuteta riittäviä tuloksia (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011).

Painonhallinta on saavutetun laihdutustuloksen ylläpitämistä ja painonnousun ehkäisemistä ilman edeltävää laihdutusta (Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositus 2011). Internet-sivuilla on kerrottu lihavuuden syistä ja konkreettisia painonhallintavinkkejä. Konkreettisuudella on pyritty selventämään käyttäjälle, että jo pienillä muutoksilla voi saada tuloksia aikaiseksi. Pysyvien elintapamuutosten tärkeyttä on painotettu. Painonhallinta on mahdollista vain pysyvien muutosten kautta (Mustajoki & Lappalainen 2001).

Internet-sivuja voidaan käyttää lihavuuden hoidon tukena esimerkiksi työterveyshuollossa, diabetes-neuvolassa, aikuisneuvolassa sekä opiskelijaterveydenhuollossa. Asiakas voi itsenäisesti hakea tietoa sivuilta. Terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää sivuja apuna asiakkaan ohjauksessa ja ohjata asiakkaat sivustolle. Projektin tavoitteena on lisätä työikäisten tietoa lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Internet-sivujen avulla tiedon hankinta on vaivatonta. Tietoa lihavuuden vaikutuksista toimintakykyyn olisi voinut käsitellä laajemmin, mutta tutkittua tietoa siitä oli suhteellisen vähän.

Terveydenhoitaja on keskeisessä asemassa lihavuuden varhaisessa havaitsemisessa, ennaltaehkäisyssä ja hoitoon ohjaamisessa. Projektin

toteuttaminen on kehittänyt tekijöiden ammatillista kasvua sekä kehitystä ja tiedoista on hyötyä tulevaisuudessakin. Projektin aikana kyky työskennellä paineen alla kehittyi. Lihavuutta on käsitelty tekijöiden koulutuksen aikana melko suppeasti, kuitenkin terveydenhoitajan työssä ei voi olla kohtaamatta lihavuutta. Vaikka projektissa on keskitytty työikäiseen väestöön, myös tietämys lihavuudesta on yleisellä tasolla lisääntynyt. Tekijät ovat myös valmiimpia puuttumaan lihavuuteen ja ohjaamaan lihavuuden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä.

Projektin tekeminen aloitettiin syksyllä 2010 ja se saatiin päätökseen keväällä 2011, eli työ valmistui suunnitellun aikataulun mukaisesti. Tekijät olivat tyytyväisiä kirjallisen työn lopputulokseen. Yhteistyö sujui ongelmitta. Myös Internet-sivujen ulkoasuun ja tekstisisältöön oltiin tyytyväisiä ja ne tukivat projektin tarkoitusta ja tavoitetta. Verkkosivujen esitestaajilta saatiin hyvää palautetta niiden selkeydestä, tietosisällöstä ja käytettävyydestä. Työn teon aikataulutusta olisi voinut hieman parantaa, jolloin työmäärä olisi jakaantunut tasaisemmin. Tekijät olisivat voineet myös tehdä hieman enemmän yhteistyötä kirjallisuuskatsauksen suhteen.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla se, että miten lihavuuden ennaltaehkäisyyn voitaisiin panostaa entistä enemmän ja miten kaikki paino-ongelmista kärsivät saataisiin terveydenhuollon piiriin. Ennaltaehkäisy olisi tärkeää kaikissa ikäryhmissä. Etenkin lasten ja nuorten lihavuus on kasvanut viime vuosina huolestuttavan paljon (Meronen 2010). Vanhempien tietämystä lasten ja nuorten lihavuuden terveyshaitoista ja siitä miten heidän elintottumuksensa siirtyvät eteenpäin lapsille, voisi tutkia. Jo lapsuudessa opitut elintavat jatkuvat läpi elämän (Uusitupa 2007, 383). Lisäksi jatkossa voisi tutkia lihavuuden vaikutuksia vanhusten toimintakykyyn.

LÄHTEET

Kirjalliset lähteet

Alahuhta, Maija; Korkiakangas, Eveliina; Kyngäs, Helvi & Laitinen, Jaana 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. *Hoitotiede* 4/2009. 259–268.

Alahuhta, Maija; Ukkola, Tanja; Korkiakangas, Eveliina; Jokelainen, Terhi; Keränen, Anna-Maija; Kyngäs, Helvi & Laitinen, Jaana 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva hoitotyö* 2/2010. 4-12.

Alasilta, Anja 1998. Näin kirjoitat tietoverkkoon. Helsinki: Inforviestintä Oy.

Arffman, Senja 2009. Aineenvaihdunnalliset sairaudet. Teoksessa Arffman, Senja; Partanen, Raija; Peltonen, Heidi & Sinisalo, Laura (toim.) *Ravitsemushoito*. Helsinki: Edita Publishing Oy. 122–123.

Aro, Timo 2010. Työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyysuhan arviointi. Teoksessa Martimo, Kari-Pekka; Antti-Poika, Mari & Uitti, Jukka (toim.) 2010. *Työstä terveyttä*. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 204–208.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Husman, Päivi; Husman, Kaj; Karjalainen, Antti & Ahola, Kirsi 2010. Työkyky ja työkyvyttömyys. Teoksessa Kauppinen, Timo; Hanhela, Rauno; Kandolin, Irja; Karjalainen, Antti; Kasvio, Antti; Perkiö-Mäkelä, Merja; Priha, Eero; Toikkanen, Jouni & Viluksela, Marja (toim.) *Työ ja terveys Suomessa* 2009. Helsinki: Työterveyslaitos. 121–128.

Husman, Päivi & Liira, Juha 2010. Työpaikka terveyden edistämisen areenana. Teoksessa Martimo, Kari-Pekka; Antti-Poika, Mari & Uitti, Jukka (toim.) 2010. *Työstä terveyttä*. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kannas, Lasse; Eskola, Kari; Räsänen, Pia & Mustajoki, Pertti 2005. *Virtaa – Uuden sukupolven terveystieto*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Keränen, Anna-Maria & Martikainen, Tarja 2009. Aikuisten lihavuuden hoito. Teoksessa Hyytinen, Mila; Mustajoki, Pertti; Partanen, Raija & Sinisalo-Ojala, Laura (toim.) *Ravitsemushoito-opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 76–82.

Keränen, Vesa; Lamberg, Niko & Penttinen, Jukka 2001. *Digitaalinen viestintä*. Jyväskylä: Docendo Finland Oy.

Korpela, Jukka 2004. *Kotisivun tekeminen*. FrontPage 2003. Jyväskylä: Docendo Finland Oy.

Koskinen, Seppo; Sainio, Päivi; Gould, Raija; Suutama, Timo & Aromaa, Arpo 2002. *Toimintakyky ja työkyky*. Teoksessa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) 2002. *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos, terveyden ja toimintakyvyn osasto. 71–87.

Laitinen, Jaana; Perkiö-Mäkelä, Merja & Virtanen, Simo 2010. Elintavat. Teoksessa Kauppinen, Timo; Hanhela, Rauno; Kandolin, Irja; Karjalainen, Antti; Kasvio, Antti; Perkiö-Mäkelä, Merja; Priha, Eero; Toikkanen, Jouni & Viluksela, Marja (toim.) *Työ ja Terveys Suomessa* 2009. 141–146.

Leino-Kilpi, Helena 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 360-374.

Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino – Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, Pertti & Lappalainen, Raimo 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, Pertti & Leino, Ulla 2002. Laihtu pysyvästi – hallitse painoasi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustonen, Margit 2002. Terveystieto Internetissä. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.) 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 150–158.

Mäkitalo, Jorma 2001. Toimintakyky ja toiminnan teoria. Teoksessa Talo, Seija (toim.) 2001. Toimintakyky – viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Jyväskylä: Gummerus.

Männistö, Satu; Harald, Kennet; Pietinen, Pirjo; Kaartinen, Niina & Laatikainen, Tiina 2010. Lihottaako alkoholi suomalaisia? Suomen lääkärilehti 34/2010.

Nielsen, Jakob & Tahir, Marie 2002. Kotisivun suunnittelu. Miten teet vetävimmät web-sivut. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Niskanen, Leo 2008. Ravinto ja sydän. Teoksessa Mäkijärvi, Markku; Kettunen, Raimo; Kivelä, Antti; Parikka, Hannu & Yli-Mäyry, Sinikka (toim.) Sydänsairaudet. Suomen Sydänliitto ry. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 77–88.

Peltoniemi, Ari 2005. Työllisten työkyky vuonna 2004. Työpoliittinen tutkimus. Työministeriö. Helsinki: Työministeriö.

Pietilä, Anna-Maija; Länsimies-Antikainen, Helena; Vähäkangas, Kirsi & Pirttimäki, Tuula 2010. Terveystieteen edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija (toim.) Terveystieteen edistäminen –teorioista toimintaan. 15–31. Helsinki: WSOYpro Oy.

Raatikainen, Kaisa; Härmä, Kirsi & Randell, Kaisa 2010. Ylipainoisen raskaus. Suomen lääkärilehti 12/2010. 1103–1108.

Ravitsemusterapeuttien Yhdistys Ry 2006. Ravitsemus ja ruokavaliot. Louheranta, Anne (toim.) Helsinki: Dieettimedia Oy.

Rissanen, Aila & Fogelholm, Mikael 2006. Aikuisten lihavuus Suomessa ja muualla. Teoksessa Mustajoki, Pertti; Fogelholm, Mikael; Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti. Lihavuus – Ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.14–23.

Ruuska, Kai 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Talentum Media Oy.

Salopuro, Titta; Saaristo, Timo, Korpi-Hyövälti, Eeva; Oksa, Heikki; Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka; Saltevo, Juha; Vanhala, Mauno; Niskanen, Leo; Moltchanova, Elena; Sundvall, Jouko; Tuomilehto, Jaakko; Uusitupa, Matti & Peltonen, Markku 2010. Lihavuuden ja glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyydessä selviä alueellisia eroja Suomessa. Suomen lääkärilehti 26-31/2010. 2381-2387.

Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi – Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö, STM 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki: AT-julkaisutoimisto Oy.

Suni, Jaana 2010. Tule-toimintakyvyn mittaaminen terveystutkimuksilla. Teoksessa Bäckmand, Heli & Vuori, Ilkka (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelämä. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: THL. 74–76.

Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turku, Riikka 2007. Muutosta tukemassa – Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Uusitupa, Matti 2007. Lihavuus. Teoksessa Aro, Antti; Mutanen, Marja & Uusitupa, Matti (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 369–393.

Uusitupa, Matti 2006. Lihavuus ja terveys. Teoksessa Mustajoki, Pertti; Fogelholm, Mikael; Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti. Lihavuus – Ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 24–38.

Vuori, Ilkka & Suni, Jaana 2010. Terveys, toimintakyky ja kunto –avainkäsitteitä. Teoksessa Bäckmand, Heli & Vuori, Ilkka (toim.) Terve tuki- ja liikuntaelämä. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: THL. 17-19.

Sähköiset lähteet

Aikuisten lihavuuden hoito. Käypä hoito –suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2011. [Viitattu 6.3.2011] Saatavissa: www.kaypahoito.fi > Suositukset > Aakkosissa > Aikuisten lihavuuden hoito.

Andreassen, Hege; Bujnowska-Fedak, Maria; Chronaki, Catherine; Dumitru, Roxana; Pudule, Iveta; Santana, Silvina; Voss, Henning & Wynn, Rolf 2007. European citizens` use of E-health services: A study of seven countries. BMC Public Health 7/2007. [Viitattu 16.11.2010] Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/53>

Aromaa, Arpo 2005. Ylipaino ja terveysriskit. Leiraksen käytännön lääkäri 4/2005. Turku: Finpress Oy. [Viitattu 24.2.2011] Saatavissa: http://www.nycomed.fi/NR/rdonlyres/2A1E3841-329A-4CBB-9DEB-270F13125309/0/K%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6n%C3%A4%C3%A4k%C3%A4ri_05.pdf

Borodulin, Katja 2006. Physical activity, fitness, abdominal obesity and cardiovascular risk factors in Finnish men and women. The national FINRISK 2002 study. Publications of the national public health institute 1/2006. Helsinki: University of Helsinki. [Viitattu 27.11.2010] Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/borodulin/physical.pdf>

Finnish Obesity Treatment Expert Group, FOTEG 2011a. Kuinka yleistä lihavuus on? [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: <http://www.foteg.fi/index.php?mid=7&pid=19>

FOTEG 2011b. Miten lihavuus vaikuttaa terveyteen? [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: <http://www.foteg.fi/index.php?mid=7&pid=21>

FOTEG 2011c. Mitä lihavuus maksaa yhteiskunnalle? [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: <http://www.foteg.fi/index.php?mid=7&pid=23>

Haapakoski, Matti 2009. Ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä psykologista ohjausta sisältävän laituskuntoutuksen vaikutus koettuun terveydentilaan, terveystyöskäytymiseen ja ilmoitettuun painonkehitykseen. Seurantatutkimus ylipainoisten TULE-sairaiden kuntoutuskursseista. Väitöskirja. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemuksen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. [Viitattu 27.11.2010] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1386-8/urn_isbn_978-951-27-1386-8.pdf

Hakala, Paula 2005. Miten lihavuus kuormittaa sosiaaliturvaa? Kansaneläkelaitos. [Viitattu 10.11.2010] Saatavissa: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/141105090137PN?OpenDocument>

Hanhinen, Helena 2007. Tietoa ja tarinaa terveydestä. Pohjois-Karjalan kansanterveyskeskus. [Viitattu 10.11.2010] Saatavissa: <http://www.kansanterveys.info/hankkeet/tietoa-ja-tarinaa-terveydesta.html>

Hassan, M; Joshi, A; Madhavan, S & Amonkar, M 2003. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. West Virginian yliopisto: lääketieteidenlaitos. International Journal of Obesity 27/2003. 1227–1232. [Viitattu 10.11.2010] Saatavissa: <http://www.nature.com/ijo/journal/v27/n10/pdf/0802396a.pdf>

Health on the Net Foundation (HONcode) [Viitattu 23.11.2010] Saatavissa: <http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Finnish/>

Heikkinen, Eino & Ilmarinen, Juhani 2001. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 7.3.2011] Saatavissa: www.terveysportti.fi > lääkärin tietokannat > toimintakyky > Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä

Heinonen, Liisa & Ilanne-Parikka, Pirjo 2009. Erittäin niukkaenergiainen (ENE) dieetti. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.2.2011] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00703&p_haku=ene

Helsingin yliopisto 2006. Kielitieteiden laitos. [Viitattu 20.10.2010] Saatavissa: <http://www.ling.helsinki.fi/kit/2006k/clt310pro/yleista/maaritelma.shtml>

Hyytinen, Laura & Roiha, Merja 2009. Keski-suomalaisten työikäisten ravitsemustottumusten varhaistunnistaminen ja tyypin 2 diabetesriskin kartoittaminen EVI-hankkeessa – Mini-intervention ja transteoreettisen muutosvaihemallin soveltaminen. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 27.11.2010] Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19658/URN_NBN_fi_jyu-200903021082.pdf?sequence=1

International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders, IFSO 2010a. Obesity: A Disease. [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: www.ifso.com > Obesity > A Disease.

IFSO 2010b. Consequences of Obesity. [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: www.ifso.com > Obesity > Consequences.

Juntunen, Kristiina 2006. IMBA: Työkyvyn ja työn vaatimusten arviointiväline. Työkykyä arvioivan osuuden validiteetti. Pro Gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto: terveystieteiden laitos. [Viitattu 5.11.2010] Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12554/URN_NBN_fi_jyu-2007319.pdf?sequence=1

Karppi, Sirkka-Liisa 2009. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. Kansaneläkelaitos. [Viitattu 5.11.2010]

Saatavissa: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>

Kaukiainen, Ari 2010. Työikäisten toimintakykyarvion menettelytapasuositukset ja mittarit. Työterveyslaitos, Työlääkätieteen keskus. [Viitattu 5.11.2010] Saatavissa: http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/7EF65F03-5E36-4AD9-85CB-0D4F1D0900F7/16973/Kaukiainen_Ty%C3%B6tt%C3%B6m%C3%A4tseminaari_111010.pdf

Kaukia, Jarmo 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 26.2.2011] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95739.pdf>

Koskinen, Sanna; Talo, Seija; Hokkinen, Eeva-Maija; Paltamaa, Jaana & Musikka-Siirtola, Marjatta 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehelyssä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 46/2009. 196–207. [Viitattu 5.12.2010] Saatavissa: <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/viewFile/2488/3397>

Kuntoutussäätiö 2011. Mitä ovat työkyky ja TYKY-toiminta? Helsinki. [Viitattu 7.3.2011] Saatavissa: <http://www.kuntoutussaatio.fi/tyokyky>

Lahti-Koski, Marjaana 2005. Lihavuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.2.2011] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00017

Lahti-Koski, Marjaana 2001. Body mass index and obesity among adults in Finland – Trends and determinants. Helsingin yliopisto: Epidemiologian ja terveyden edistämisen laitos, Kansanterveyslaitos ja Kansanterveystieteen laitos. [Viitattu 26.11.2010] Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi.ezproxy.turkuamk.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/lahti-koski/bodymass.pdf>

Lynch, Elisabeth 2007. Why size matters. Nursing Standard 18/2007. 22–23. [Viitattu 27.11.2010] Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=110&sid=7a9bf2ed-8c2d-4e3a-a199-aa1601e48a4e%40sessionmgr113&vid=5>

Läketietokeskus 2007. Terveystenhoitobarometri: Suomalaiset käyttäisivät terveydenhuollon Internet-palveluita – jos niitä olisi vain tarjolla. Helsinki. [Viitattu 23.11.2010] Saatavissa: http://www.laaketietokeskus.fi/page.php?page_id=165&news_id=200

Meronen, Kaisu 2010. Asiantuntijaryhmä. Lihavuus lyhentää jo Euroopan lasten elinikää. Ruokatiето Yhdistys ry. [Viitattu 27.3.2011] Saatavissa: http://uutiset.ruokatiето.fi/WebRoot/1043198/X_Uutistenhallinta.aspx?id=1192360

Mustajoki, Pertti 2011. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2.4.2011] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845

Mustajoki, Pertti 2010. Lihavuuden lääkehoito. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 21.2.2011] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00685&p_haku=lihavuuden_laa_kehoito

Mustajoki, Pertti 2009. Lihavan potilaan arviointi. Lääkärin käsikirja. Helsinki: kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 3.3.2011] Saatavissa: www.terveysportti.fi > Lääkärin tietokannat > Lihavuus > Lihavan potilaan arviointi.

Mäki-Opas Johanna 2009. Pystyvyyden tunteen yhteys terveyttä määrittäviin tekijöihin. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. [Viitattu 27.11.2010] Saatavissa: <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2009/7924.pdf>

Männistö, Satu; Lahti-Koski, Marjaana; Tapanainen, Heli; Laatikainen, Tiina & Vartiainen, Erkki 2004. Lihavuus ja sen taustat Suomessa – liikakilot kasvavana haasteena. Katsausartikkeli. Suomen lääkärilehti 8/2004. 777–781. [Viitattu 30.11.2010] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL82004-777.pdf>

Nygård, Clas-Håkan 2004. ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Tampereen yliopisto: Terveystieteen laitos. [Viitattu 5.12.2010] Saatavissa: http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/Nygaard_ICF.pdf

Okamo, Piia 2010. Nuoret lihovat, työikäisistä joka viides on lihava ja joka toinen painaa liikaa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 10.11.2010] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=21858

Ono, T; Guthold, R & Strong, K 2010. WHO Global Infobase. [Viitattu 26.11.2010] Saatavissa: https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx?l=&NodeVal=WGIE_BMI_5_cd.0704&DO=1&DDLReg=ALL&DDLSex=2&DDLAgeGrp=15-100&DDLYear=2010&DDLMethod=INTMDC TM&DDLCateNum=6&TxtBxCtmNum=20%2c35%2c50%2c65%2c80&CBLC1=ON&CBLC3=ON&CBLC4=ON&CBLC6=ON&CBLC8=ON&CBLC10=ON&DDLMapsize=800x480&DDLMapLabels=none&DDLtmpRangBK=0&DDLtmpColor=-3342388

Pekurinen, Markku 2006. Mitä lihavuus maksaa? Aikakauskirja Duodecim 10/2006. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 5.11.2010] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> > Lääkärin tietokannat > Lihavuus > Aikuisten lihavuus.

Pekurinen, Markku 2005. Lihavuus paisuttaa terveystienoja. Chess Online 3/2005. Stakes. [Viitattu 6.4.2011] Saatavissa: http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/51DC3D54-EBBA-49E4-A3A6-D65779DFDDA7/0/chessonline3_2005.pdf

Puska, P; Nishida, C & Porter, D 2003. Obesity and overweight. World Health Organization. [Viitattu 26.11.2010] Saatavissa: http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_s_obesity.pdf

Ropponen, Tapio 2007. Ylipaino ja työkyky. Kuntien Eläkevakuutus. [Viitattu 8.10.2010] Saatavissa: http://www.keva.fi/table_pict/cid2/info_txt/id5063/ylipaino_ja_tyokyky_ropponen.pdf

Sane, Timo 2009. Lihavuuden leikkaushoito. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 5.11.2010] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> > Lääkärin tietokannat > Lihavuus > Lihavuuden leikkaushoito.

Sjögren, Tuulikki 2006. Effectiveness of a workplace physical exercise intervention on the functioning, work ability and subjective well-being of office workers – a cluster randomized controlled cross-over trial with a one-year follow-up in the workplace. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto: Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. [Viitattu 28.11.2010] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13518/9513926591.pdf?sequence=1>

Smolander, Juhani & Hurri, Heikki 2004. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausten menetelmien kartoittaminen ICF-luokituksen aihealueella ”liikkuminen”. Helsinki: Stakesin monistamo. [Viitattu 5.12.2010] Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita25-2004.pdf>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011a. Painonhallintavaihe. Liikunta painonhallinnan tukena. Lihavuuden hoito – verkkokurssi. [Viitattu 3.3.2011] Saatavissa: http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=121678&p_sivu=99386

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011b. Päivittäinen energiantarve. Ravitsemusneuvonnan työkalupakki. Lihavuuden hoito – verkkokurssi. [Viitattu 3.3.2011]

Saatavissa

http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=121658&p_sivu=99383

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2005. Lihavuus – painavaa asiaa painosta. Konsensuslausuma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 23.11.2010] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95385.pdf>

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2011. Helsinki. [Viitattu 19.2.2011] Saatavissa: www.sairaanhoitajaliitto.fi > Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen > Sairaanhoitajan eettiset ohjeet

Sydänliitto 2010a. Lihavuus. [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: www.sydanliitto.fi > Oikopolut > Riskitekijät > Muut > Lihavuus.

Sydänliitto 2010b. Tilastotietoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista. [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: www.sydanliitto.fi > Oikopolut > Tilastot ja sanasto.

Terveyden edistämisen keskus 2005. Helsinki. Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat. [Viitattu 20.2.2011] Saatavissa: <http://www.tekry.fi/timage.php?i=100335&f=1&name=Terveytt%E4+ed>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2010. Painonhallinta. [Viitattu 29.1.2011] Saatavissa: www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/painonhallinta

Tjäder, Johanna 2010 a. Tykytoiminta. Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 7.3.2011] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/tykytoiminta/sivut/default.aspx

Tjäder, Johanna 2010 b. Mitä työkyky on? Helsinki: Työterveyslaitos. [Viitattu 5.10.2010] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx

Umfjord, Göran 2006. Internet consultation in medicine – Studies of a text-based Ask the doctor service. Umeå:n yliopisto: Kansanterveyden ja kliinisen lääketieteen laitos. Umeå. [viitattu 21.11.2010] Saatavissa: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:144744/FULLTEXT01>

Urkund 2010. Quickstart. Tukholma. [Viitattu 24.11.2010] Saatavissa: www.urkund.fi > tuki > ohjekirjat ja lehtiset > URKUNDS Quickstart

Vasankari, Tommi 2008. Lihavuuden ehkäisy ja hoidon haasteet kasvavat. Terveysliikunnan tutkimusuutiset. Liikettä lihavuuteen. Tampere: UKK-instituutti. [Viitattu 17.11.2010] Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/187-nettiin-tutkimusuutiset08.pdf>

Vidal, Josep 2002. Updated review on the benefits of weight loss. International Journal of Obesity 4/2002. 25–28. [Viitattu 10.11.2010] Saatavissa: <http://www.nature.com/ijo/journal/v26/n4s/pdf/0802215a.pdf>

World Health Organization, WHO 2009. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

Turun ammattikorkeakoulu
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 Salo



1 (1)

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantajan nimi: Turun Ammattikorkeakoulu

Toimeksiantajan osoite: Ylhäistentie 2, 24130 Salo

Yhteys henkilö/asema: Ulla Wiirilinna/Koulutuspäällikkö

Yhteystiedot: puh. 050 385123, ulla.wiirilinna@turkuamk.fi

Hanke	Aihe	Tekijät	Ryhmä
Terveysnetti/ perhenetti	Nuorten mielenterveysongelmat	Lilli Priha ja Henna-Riikka Vuorinen	STHS08
Terveysnetti/ perhenetti	Perheväkivalta	Marianna Putkonen ja Anna Kivimaa	STHS08
Terveysnetti/ työikäisten net- ti	Työikäisten lihavuus ja sen vaikutukset työ -ja toimintakykyyn	Tiia Pietilä ja Elina Äijälä	STHS08
Terveysnetti/ juniorinetti	Lastenreuma	Anni Koivuniemi ja Jenni Grönroos	SSHS08
Terveysnetti/ juniorinetti	Autistinen lapsi	Marjo Isotalo ja Saara Pauna	SSHS08
Terveysnetti/ seniorinetti	Ikäihmisten kotona asumisen tukeminen	Katja Niemi ja Iina Mattila	SSHS08
Terveysnetti/ juniorinetti	Tietoa ADHD-lapsesta	Rebecca Saksi ja Sina Vikberg	SSHS08
Terveysnetti/ työikäisten net- ti	Fibromyalgia	Saara-Marja Ruokonen	SSHK07
Hoitonetti	Motivoiva haastattelu	Emmi Hyyti ja Johanna Mäkelä	STHS08
Hoitonetti	Vanhusten kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy avoterveydenhuollossa	Heidi Tuikka, Risto Habonen ja Piia Pikkarainen	SSHS08

Päiväys ja allekirjoitukset:

30.9.2010
Päiväys

Ulla Wiirilinna / Asiakkaan ohjaaminen
Toimeksiantajan edustaja AMK:n edustaja -projekti



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu ystävyyttä opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti. Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaitava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotun julkaisemista. Toimeksiantajalla on oikeus määritellä salassa pidettävä osuus, jota ei julkaista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa toteaa, että opinnäytetyöraportti voidaan julkaista kokonaisuudessaan tai määrittelee, mikä osuus työstä on salassa pidettävää.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

24.9.2010

Tiia Pietilä, Elina Äijälä, Emmi Hytti
Johanna Mäkelä

Opiskelija

30.9.2010

Leena Wiinik / Asiakkaan ohjaaminen
-projekti

Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Projekttilupa

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
 Terveysala, Salo
 Ylhäistentie 2
 24130 SALO
 Puh. 010 5536100
 Fax. 010 5536179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖNÄ TOTEUTETTAVASTA PROJEKTISTA

Projektin nimi	Työikäisten lihavuuden vaikutukset työ- ja toimintakykyyn	
Projektitehtävä	Projektin tehtävänä on tehdä työikäisille Internet-sivut lihavuudesta ja sen vaikutuksista työ- ja toimintakykyyn. Projektin tavoitteena on lisätä työikäisten tietoa lihavuudesta ja sen vaikutuksista työ- ja toimintakykyyn.	
Projektin kuvaus	Projektissa perehdytään aihetta koskevaan ajankohtaiseen kirjallisuuteen ja tieteellisiin tutkimuksiin. Kerätyn kirjallisuuden pohjalta laaditaan Internet-sivut Terveysnettiin.	
Projektin toteuttamisajankohta	Syyskuu 2010 - toukokuu 2011	
Projektin arvioitu valmistumisajankohta	Toukokuu 2011	
Projektsuunnitelma hyväksytty	23.11.2010 Satu Halonen	
Projektin ohjaajat	Jaana Uttu puh. 02/2636188 Satu Halonen puh. 0449075487	
Sitoudumme toteuttamaan projektimme projektsuunnitelmassa esitettyjen vaiheiden puitteissa ja siten, että projektiin osallistuvien henkilöiden anonymiteetti säilyy.		
Projektin tekijät	Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö (suuntautumisvaihtoehto)	STHS08 (ryhmä)
	Tiia Pietilä (nimi)	Elina Äijälä
	Heimolinnankatu 16, 32200 LOIMAA (osoite)	Korsuvuorenkatu 2, 20760 KAARINA
	0503611823 (puhelinnumero)	0443562552

Anomus käsitelty

1.12.2010

lupa myönnetty

lupa evätty, peruste

Allekirjoitus

Seija Hyvärinen

Seija Hyvärinen


Hallintoylihoitaja

Salon terveyskeskus

Anomus ja projektsuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalle. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

Internet-sivut

<p>Etusivulle</p> <p>Lihavuus</p> <p>Lihavuuden liitännäis-sairaudet</p> <p>Lihavuuden vaikutukset toimintakyvyn</p> <p>Lihavuuden hoito</p> <p>Painonhallinta</p> <p> </p> <p>Linkit</p> <p>Lähteet</p> <p>Tekijät</p> <p> </p> <p>Terveysnettiin</p>	<h1 style="text-align: center; color: #008000;">TYÖKÄISTEN LIHAVUUS</h1> <p>Tervetuloa!</p> <p>Näiltä sivuilta löydät luotettavaa tietoa lihavuudesta, sen vaikutuksista terveyteen ja hoidosta sekä painonhallinnasta. Sivulla on tietoa lihavuuden hoitomuodoista sekä vinkkejä itsenäiseen painonhallintaan.</p> <p>Lihavuus on lisääntynyt paljon Suomessa ja muualla maailmassa viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Suomalaiset ovat nykyään huomattavasti lihavampia kuin muut pohjoismaalaiset. Työkäisistä 60 % on ylipainoisia ja joka viides heistä on lihava.</p> <p>Lihavuuden syynä on se, että henkilö syö enemmän kuin kuluttaa. Lihavuuden taustalla ovat istuva elämäntapa, vähentynyt arki- ja työmatkaliikunta, vähentynyt työn fyysinen kuormittavuus sekä epäterveellinen ravinto.</p> <p>Lihavuus lisää huomattavasti riskiä sairastua erilaisiin sairauksiin. Lihavuus heikentää myös toimintakykyä sen kaikilla osa-alueilla.</p> <div style="text-align: center;">  <p>Työkäisistä kuusi kymmenestä on ylipainoisia</p> </div> <p style="text-align: right;">3</p>
--	--

<p>Etusivulle</p> <p>Lihavuus</p> <p>Lihavuuden liitännäis-sairaudet</p> <p>Lihavuuden vaikutukset toimintakyvyn</p> <p>Lihavuuden hoito</p> <p>Painonhallinta</p> <p> </p> <p>Linkit</p> <p>Lähteet</p> <p>Tekijät</p> <p> </p> <p>Terveysnettiin</p>	<h2 style="text-align: center; color: #008000;">Työkäisten lihavuus</h2> <h3 style="text-align: center;">Lihavuus</h3> <p>Lihavuus tarkoittaa sitä, että elimistössä on liian paljon rasvakudosta. Kehon liiallinen rasvamäärä on yksinkertaisesti liiallisen energiansaannin ja liian vähäisen energiankulutuksen seurausta. Lihominen siis tapahtuu, kun henkilö syö pitkällä aikavälillä enemmän kuin kuluttaa.</p> <p>Lihavuuden mittaamiseen käytetään painoindeksiä. Painoindeksi ei kuitenkaan kerro henkilön lihasmassan määrästä tai rasvakudoksen määrän jakautumisesta kehossa. Siksi lihavuus voidaan todeta myös vyötärönympäryksen mittauksella. Lihavuutta ei todeta vain yhdellä mittaumenetelmällä, vaan molempia käytetään yhdessä.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right;">4</p>
--	---

[Etusivulle](#)
[Lihavuus](#)
[Lihavuuden liitännäis-sairaudet](#)
[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)
[Lihavuuden hoito](#)
[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)
[Lähteet](#)
[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus

Painoindeksi

Lihavuus määritellään painoindeksin (BMI) avulla.


BMI lasketaan
$$\frac{\text{paino (kg)}}{\text{pituus (m)} \times \text{pituus (m)}}$$

Jos esimerkiksi painat 85 kg ja olet 172 cm pitkä, lasket BMI:n näin:

$$\frac{85}{1,72 \times 1,72} = \frac{85}{2,9584} = 28,7$$

Kehon painoindeksin laskeminen on yleisin menetelmä lihavuuden asteen selvittämiseksi. Kun BMI ylittää 25 kg/m² lihavuuteen liittyvien terveysriskien määrä alkaa nousta. Painoindeksi 30 kg/m² on kansainvälinen raja-arvo, jonka ylittäminen merkitsee sairastuvuusriskin selvää suurenemista.

BMI-taulukko	
18,5-25	Normaali paino
25-30	Lievä lihavuus
30-35	Vaikea lihavuus
35-40	Merkittävä lihavuus
40 ->	Sairaallinen lihavuus



5
[Takaisin](#)

[Etusivulle](#)
[Lihavuus](#)
[Lihavuuden liitännäis-sairaudet](#)
[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)
[Lihavuuden hoito](#)
[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)
[Lähteet](#)
[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus

Vyötärönympäryys

Vyötärönympäryys mitataan paljaalta iholta. Mittauskohta on lonkkaluun ylimmän kohdan ja alimman kylkiluun välissä, navan yläpuolella. Mittanauhaa ei saa kiristää eikä se saa olla liian löysällä. Tarkista, että mittanauha on samalla korkeudella joka puolella vyötäröä.

Vyötärönympäryys	Nainen	Mies
Tavoite-arvo	80 cm tai alle	94 cm tai alle
Terveysriskit lisääntyneet lievästi	Yli 80 cm	Yli 94 cm
Terveysriskit lisääntyneet huomaattavasti	Yli 90 cm	Yli 100 cm



Vyötärölihavuudessa rasva kertyy sisäelinten ympärille vatsantalon sisään. Sisäelinyräsä on erityisen haitallista ja aiheuttaa monia eri sairauksia. Tällainen omenalihavuus on tyypillisempää miehille kuin naisille.

Vaikka henkilö olisi normaalipainoinen, saattaa hänellä olla keskivartalolihavuutta.

Vyötärönympärystä voi jokainen mitata itsekin, mittanauha on edullinen väline painonpudotuksen konkreettisten tulosten mittaamiseen.

6
[Takaisin](#)

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

Lihavuuden liitännäissairaudet

[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)

[Lihavuuden hoito](#)

[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus

Lihavuuden liitännäissairaudet

Lihavuus lisää riskiä sairastua moniin eri sairauksiin. Mitä nuoremmalla iällä lihavuus on alkanut sitä haitallisempaa se on. Jo 5-10 % pysyvä painonpudotus vähentää huomattavasti riskiä sairastua lihavuuden liitännäissairauksiin.

Henkilön paino ennen laihdutusta (kg)	5 % painonpudotus (kg)	10 % painonpudotus (kg)
65	3,3	6,5
70	3,5	7
75	3,8	7,5
80	4	8
85	4,3	8,5
90	4,5	9
95	4,8	9,5
100	5	10
110	5,5	11
120	6	12
130	6,5	13
140	7	14

Yleisimmät lihavuuden aiheuttamat sairaudet ovat:

- kohonnut verenpaine
- korkea kolesteroli
- sepelvaltimotauti
- aivoverenkierron häiriöt
- tyypin 2 diabetes
- nivelrikko
- metabolinen oireyhtymä
- uniapnea
- maksan rasvoittuminen
- sappikivet
- hedelmättömyys
- virtsankarkailu

7

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

Lihavuuden liitännäissairaudet

Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn

[Lihavuuden hoito](#)

[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus

Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn

Toimintakyky tarkoittaa sitä, miten hyvin yksilö selviytyy jokapäiväisestä elämästä. Toimintakyky alkaa huonontua painoindeksin ylittäessä 30 kg/m². Suurimmat toimintakyvyn heikentäjät ovat liiallinen alkoholin käyttö, epäterveellinen ruokavalio ja vähäinen liikunta. Työikäisistä yli puolet liikkuu terveytensä kannalta liian vähän.

Työmatkaliikuntaa voit helposti lisätä:

- kävelemällä tai pyöräilemällä työmatkat
- jäämällä bussista pysäkkiä aikaisemmin kuin tavallisesti
- pysäköimällä auton kauemmas sisäänkäynnistä

Merkitävä lihavuus vaikeuttaa liikkumista ja jokapäiväistä elämää. Lihavuus heikentää fyysisen terveyden ja toimintakyvyn lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Lihavilla esiintyy muun muassa masennusta ja ahdistuneisuutta normaalipainoisia enemmän. Lihavat voivat joutua kohtaamaan ennakkoluuloja ja syrjintää. Kaiken kaikkiaan lihavuus huonontaa ihmisten elämänlaatua. Lihavuus liitännäissairauksineen lisää ennenaikaista eläkkeelle siirtymistä.



Lihavuus vaikeuttaa muun muassa:

- kävelyä
- portaiden nousua
- kengännahojen sitomista
- tavaroiden nostamista lattialta
- kyykistymistä
- yhdyntöjä

8


Etusivulle Lihavuus Lihavuuden liitännäis-sairaudet Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn Lihavuuden hoito Painonhallinta Linkit Lähteet Tekijät Terveysnettiin	<h2 style="color: #008000;">Työikäisten lihavuus</h2> <h3 style="color: #008000;">Lihavuuden hoito</h3> <p>Hoitomuodon valintaan vaikuttavat yksilölliset tekijät, lihavuuden aste sekä jo mahdollisesti olemassa olevat lihavuuden aiheuttamat liitännäissairaudet. Hoidon tavoitteena on saavuttaa pysyviä muutoksia elintavoissa, jotta myös laihdutustulos on pysyvä. Lisäksi pyritään lihavuussairauksien ehkäisyyn ja hoitoon, mikä toteutuu jo suhteellisen pienellä, 5-10 % painonpudotuksella. Hoidossa tavoitellaan energiansaannin vähentämistä ja energiankulutuksen lisäämistä.</p> <p>Lihavuuden hoidon onnistumisen edellytys on asiakkaan oma motivaatio, jota ilman laihdutus ei onnistu. Laihuttamisen aloitusajankohdan tulee olla mahdollisimman hyvä. Esimerkiksi, jos elämässäsi on meneillään suuria muutoksia, on hyvä siirtää hoidon aloitusta myöhemmäksi.</p> <p>Pienikin ylipaino tulee hoitaa silloin, kun lihavuus on painottunut keskivartalolle tai kun ylipaino liittyy kohonnut verenpaine, tyypin 2 diabetes tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Laihuttamiseen on aihetta myös, mikäli sinulla on nivelrikko tai uniapnea, jonka oireita ylipaino pahentaa entisestään.</p> <p>Kilot karisevat pysyvästi vain, jos tekee pysyviä muutoksia ruokailu- ja liikuntatottumuksissa.</p> <p>Lihavuuden hoitomuotoja ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elintapahoito • ENE-ruokavalio • Lääkkeellinen hoito • Kirurginen hoito
--	---

9

Etusivulle Lihavuus Lihavuuden liitännäis-sairaudet Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn Lihavuuden hoito Painonhallinta Linkit Lähteet Tekijät Terveysnettiin	<h2 style="color: #008000;">Työikäisten lihavuus</h2> <h3 style="color: #008000;">Elintapahoito</h3> <p>Elintapahoito on pysyviin elintapamuutoksiin tähtäävää lihavuuden hoitoa. Ruokavalio ja liikunta ovat hoidon kulmakivet. Hoidossa käsitellään syömiseen ja liikuntaan liittyviä ajatuksia ja asenteita.</p> <p>Elintapahoittoa käytetään, kun asiakkaan painoindeksi on alle 30 kg/m². Hoitoa toteutetaan yleensä ryhmähoitona ja se on ensisijainen lihavuuden hoitomuoto. Hoito koostuu useista tapaamiskerroista terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa.</p> <p>Elintapojen muuttamisen tarkoituksena on terveyden, toimintakyvyn, elämänlaadun ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja parantaminen. Nälkää ei ole tarkoitus kärsiä missään vaiheessa.</p> <p>Esimerkkejä ruokavaliomuutoksista</p> <div style="border: 1px solid #ADD8E6; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px 0;">Pienellä muutoksella on suuri vaikutus.</div> <ul style="list-style-type: none"> • Syö hallitusti, säännöllisin väliajoin ja kohtuullisia määriä kerrallaan • Vältä tyhjää energiaa (sokeri, alkoholi, valkoinen vilja) • Syö kasviksia, marjoja ja hedelmiä kuusi kourallista, eli 0,5 kg päivässä • Syö riittävästi (60-120 g) proteiinia päivässä, näin estät lihasten surkastumisen ja pysyt paremmin kylläisenä • Turvaa riittävä vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti <p>Muutokset eivät saa olla liian isoja, eikä niitä kannata tehdä liian montaa yhtä aikaa.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;">       </div>
--	---

10

Kylläisyys syntyy nautitun ruoan määrästä, ei siitä, kuinka paljon ruoassa on kaloreita.



Miksi sitten kannattaa pudottaa painoaan? Oman terveytesi vuoksi.

Kilojen karistaminen ehkäisee sairauksia, kohottaa itsetuntoa sekä vaikuttaa kohottavasti seksuaaliseen halukkuuteen ja kykyyn.

Vältä ääridieettejä, niissä ravinto on yksipuolista, tulokset eivät ole pysyviä, eikä dieettien turvallisuudesta useinkaan ole tutkittua näyttöä.

[Vinkkeä painonhallintaan](#) [Takaisin](#)

11

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

[Lihavuuden liitännäissairaudet](#)

[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)

[Lihavuuden hoito](#)

[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekiät](#)

[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus

ENE-ruokavalio

Erittäin niukkaenergistä ruokavaliota (ENE-ruokavalio) on mahdollista käyttää, kun BMI on yli 30 kg/m², eikä elintapahoito ole tuottanut toivottua tulosta. ENE-dieettiä voidaan toteuttaa vain asiaan perehtyneen ammattihenkilön ohjauksessa.

ENE-dieettiä ei tule käyttää, jos sinulla on:

- tyypin 1 diabetes
- syömishäiriö
- psykoosi tai jokin muu vaikea sairaus tai
- olet raskaana tai imetät

Ruokavalio koostuu tähän tarkoitukseen valmistetuista laihdutus tuotteista, joita voi ostaa apteekista. Energiansaanti on päivää kohden maksimissaan 500-800 kcal. Tällöin elimistö menee paastotilaan, nälän tunne katoaa ja laihtuminen on erittäin nopeaa. Dieetissä laihdutaan 1,5-2,5 kilon viikkovauhtia ja 8-16 viikon aikana laihtumistulos on keskimäärin 15-21 kiloa.





Dieettiin liittyvät mahdolliset sivuvaikutukset:


- ihon kuivuminen
- hiusten tilapäinen oheneminen
- palelu.

Jotta dieetin avulla saataisiin pysyviä tuloksia, tulee dieetin aikana opetella laihdutus tulosta ylläpitäviä ruokailutottumuksia. ENE-dieettiä ei voi käyttää lihavuuden pysyvänä hoitomuotona. Dieetin jälkeen siirrytään asteittain normaali ruoan käyttöön. Dieetillä aikaansaadun nopean laihtumisen seurauksena lihavuussairauksien oireet lievittyvät ja aineenvaihdunta korjaantuu. Tämä parantaa elämänlaatua ja fyysistä toimintakykyä, sekä yleensä vähentää lääkityksen tarvetta lihavuuden liitännäissairauksien hoidossa.

12
[Takaisin](#)

<p>Etusivulle</p> <p>Lihavuus</p> <p>Lihavuuden liitännäissairaudet</p> <p>Lihavuuden vaikutukset</p> <p>toimintakykyyn</p> <p>Lihavuuden hoito</p> <p>Painonhallinta</p> <p>Linkit</p> <p>Lähteet</p> <p>Tekijät</p> <p>Terveysnettiin</p>	 <h2 style="color: #008000;">Työikäisten lihavuus</h2> <h3>Lääkkeellinen hoito</h3> <p>Jotta lääkehoito voidaan aloittaa, terveen potilaan painoindeksi tulee olla yli 30 kg/m². Mikäli potilaalla on diabetes tai jokin muu laihtumista edellyttävä sairaus, voidaan lääkkeen käyttö aloittaa painoindeksi ollessa vähintään 27. Lääkkeellinen hoito ei ole koskaan ensisijainen lihavuuden hoitomuoto. Kun lääkettä käytetään lihavuuden hoitoon, on pyrittävä myös liikunta- ja ruokailutottumusten muuttamiseen.</p> <p>Suomessa lihavuuden hoitoon käytetään yhtä lääkeainetta: orlistaattia. Orlistaatti vaikuttaa suolessa vähentäen rasvan imeytymistä elimistöön noin 30 %. Lääkkeestä on tällä hetkellä yksi lääkärin reseptillä saatava valmiste, Xenical® sekä yksi käsikauppavalmiste, Alli®. Allissa® on orlistaattia puolet vähemmän kuin Xenicalissa®. Xenicalin® laihdutusteho on 20 % parempi kuin Allin®.</p> <p>Orlistataattia käytettäessä tulee tavoitella sitä, että aterioiden energiasta alle 30 % tulisi rasvoista ja että välipalat ovat vähärasvaisia.</p> <p>Ennen kuin aloitat orlistaatin käytön, keskustele lääkärisi tai apteekkihenkilökunnan kanssa, mikäli sinulla on jokin lääkitys käytössäsi.</p> <p>Lääkkeen tavallisia sivuvaikutuksia, jotka usein johtuvat liian rasvaisesta ruoasta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ulosteiden rasvaisuus • ilmaivaivat • ulostamispakko • ripuli • rasvaiset ulostamistahrat • heikentää rasvaliukoisten vitamiinien imeytymistä (A-, D-, E- ja K-vitamiinit) • voimakas ripuli saattaa heikentää ehkäisy pillereiden tehoa 
---	---

13

	<p>Jotta saisit riittävästi vitamiineja, käytä vitamiinivalmistetta, joka sisältää A-, D-, E- ja K-vitamiineja. Ota vitamiini eri aikaan kuin otat orlistaattia, esimerkiksi iltaisin.</p> <p>Mikäli paino ei ole pudonnut 12 viikon kuluessa orlistaatin käytön aloittamisesta, ota yhteyttä lääkäriisi.</p> <p>Tammikuussa 2010 yhden kuukauden lääkehoidon hinnat olivat Xenical® 120 mg 3 tablettia päivässä noin 100 euroa ja itsehoitovalmiste Alli® 60 mg tabletti 55 euroa. Orlistaatille ei ole mahdollista saada Kelan peruskorvausta.</p> 
--	--

[Takaisin](#)

14

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

[Lihavuuden liitännäissairaudet](#)

[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)

[Lihavuuden hoito](#)

[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus

Kirurginen hoito

Lihavuusleikkaus voidaan valita potilaan hoitomuodoksi, mikäli

- asiakkaan BMI on yli 40 kg/m²
- asiakkaan ikä on 20-60 vuotta
- asiakkaan lihavuus on kestänyt yli 5 vuotta
- muut hoitomuodot eivät ole tuottaneet tulosta
- asiakas on kykenevä pysyvästi muuttamaan ruokailutottumuksiaan

Leikkausmenetelmiä on useita. Suomessa käytetään pääosin kahta leikkausmuotoa: mahalaukun ohitusleikkausta ja kavennusleikkausta. Ohitusleikkauksessa mahalaukku katkaistaan yläosastaan, ruokatorven läheltä ja ruokatorven puoleisesta mahalaukun osasta rakennetaan yhteys ohutsuoleen. Lisäksi pohjukaissuoli ja ohutsuolen alkupää liitetään mahalaukusta tulevaan suolen osaan. Syöty ruoka siirtyy ruokatorvesta suoraan ohutsuoleen, jolloin mahalaukku siis ohitetaan.

Mahalaukun kavennusleikkauksessa mahalaukusta poistetaan osa.

Kolmas leikkausmenetelmä on pantaleikkaus. Pantaleikkauksessa mahalaukun yläosan ympärille kiristetään rengas, joka puristaa kohdan kapeaksi. Pannan kireyttä voidaan tarvittaessa säädellä ihon alla olevan putken avulla. Pantaleikkaus on jäämässä pois käytöstä.




15

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

[Lihavuuden liitännäissairaudet](#)

[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)

[Lihavuuden hoito](#)

[Painonhallinta](#)

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

Leikkauksessa ruoansulatuskanavan rakenne muuttuu pysyvästi, eikä sitä voida enää palauttaa entiselleen. Siksi palaaminen aiempiin ruokailutottumuksiin ei ole enää mahdollista.

Leikkauksen jälkeen syömistottumuksia on muutettava seuraavasti:

- Tulee nauttia vain pieniä ruoka-annoksia kerrallaan
- Ateriat tulee nauttia rauhallisesti ja ruoka pureskellaan huolellisesti
- Aterioiden yhteydessä tulee välttää runsasta juomista
- Ruokien tulee olla vähärasvaisia
- Makeita ruokia tulee syödä tavallista vähemmän
- Nesteitä tulee juoda 1,5 litraa päivittäin (ei kuitenkaan sokeripitoisia juomia)
- Monivitaamiinivalmisteen käyttö on suositeltavaa

Leikkauksen jälkeen paino on alimmillaan noin kahden vuoden kuluttua leikkauksesta. Mahalaukun ohitusleikkauksella laihtuu noin 35-40 kiloa ja pantaleikkauksella 20-25 kiloa.

Onnistunut laihdutusleikkaus lisää terveyttä ja hyvinvointia merkittävästi, mutta suureen leikkaukseen liittyy aina riskejä. 10 %:lla leikatuista esiintyy leikkaukseen liittyviä välittömiä haittoja. Yleensä haitoista selvittää hyvin, mutta 2 %:lle leikatuista joudutaan tekemään uusintaleikkaus. Laihdutusleikkauksen aiheuttamiin haittoihin kuolee 0,002-0,005 %

16
[Takaisin](#)

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

[Lihavuuden liitännäissairaudet](#)

[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)

[Lihavuuden hoito](#)

Painonhallinta

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekijät](#)

[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus

Painonhallinta

On tärkeää erottaa toisistaan laihduttaminen ja painonhallinta. Laihduttaminen on varsinaista painon pudottamista.

Painonhallinta:

- on jo saavutetun laihdutustuloksen ylläpitämistä
- on painon nousun ehkäisemistä ilman edeltävää laihdutusta
- on mahdollista pysyvien elintapamuutosten kautta
- ehkäisee lihavuuden liitännäissairauksien puhkeamista ja hidastaa jo puhjenneen sairauden etenemistä.

Lihavuus on yleistynyt maassamme, vaikka energian ja rasvan saanti ovat vähentyneet. Tämä tarkoittaa sitä, että energiankulutuksen on täytynyt vähentyä vielä enemmän. Vaikka ihmisillä on nykyään enemmän vapaa-aikaa ja he harrastavat enemmän vapaa-ajan liikuntaa, se ei ole riittänyt korvaamaan työliikunnan vähenemistä. Työmatkaliikunnan ja arki liikunnan lisääminen ovat siis hyvin keskeisiä painonhallinnan keinoja.



Lihavuutta voi ehkäistä:

- oikeilla ruokailu- ja liikuntatottumuksilla
- säännöllisellä ateriarytmillä
- alentamalla aterioiden energiamääriä
- rakentamalla arkea fyysisesti vaativammaksi

[Vinkkejä painonhallintaan](#)

17

[Etusivulle](#)

[Lihavuus](#)

[Lihavuuden liitännäissairaudet](#)

[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)

[Lihavuuden hoito](#)

Painonhallinta

[Linkit](#)

[Lähteet](#)

[Tekijät](#)


[Terveysnettiin](#)

Vinkkejä painonhallintaan

ENERGIAN SAANTI
=
ENERGIAN KULUTUS

Tavoitteena on pysyvät muutokset elämäntavoissa. Elimistön tulee kuluttaa energiaa samassa suhteessa energian saannin kanssa.

- Tavoitteet on hyvä määritellä tarkasti, jotta tiedät tekeväsi toisin kuin aiemmin. Esimerkiksi: "Tästä lähtien syön kunnan aamupalan."
- Kannattaa määritellä tarkasti muutoksen aloitusajankohta.
- Pidä muutokset realistisina, jotta voit toteuttaa niitä oikeasti. Juhlissa voi syödä hyvällä omallatunnolla herkkujakin, sillä arjen valinnat ovat ratkaisevia.
- Muutosten on oltava mitattavia, koska muuten ei tiedä, onko jokin asia muuttunut. Esimerkiksi: "Välipalana syön suklaapatukan sijasta omenan."



7 vaihtoa kevyempään

Viineri → Pieni pulla

Metvursti → Kinkkuleikkele

Paistaminen → Keittäminen

Vaalea leipä → Täysjyväleipä

Voi → Kasvimargariini

Suklaa → Vaahtokarkit


Jäätelö → Sorbetti

Muista:

- Suunnittele ruokaostokset etukäteen
- Ruokakauppaan ei ole järkevää mennä nälkäisenä
- Vesi on paras janojuoma, juo ainakin 1,5 litraa joka päivä

Avuksi omaseurantaan:



- Vaaka, punnitse itsesi säännöllisesti, esimerkiksi viikon välein
- Ruokapäiväkirja, kirjaa ylös tarkasti kaikki mitä syöt ja juot päivän aikana



18

Voit hallita painoasi:

- syömällä terveellisesti ja monipuolisesti
- noudattamalla lautasmallia
- syömällä säännöllisesti (aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala)
- syömällä runsaasti kasviksia
- syömällä itsesi kylläiseksi
- käyttämällä alkoholia vain kohtuullisesti
- lisäämällä liikuntaa





Näin onnistut helposti lisäämään arkiliikuntaa:

- Valitse portaat hissien sijaan
- Kulje kohtuullisen pituiset matkat kävelen
- Tee koti- ja pihatöitä

Painonhallitsijan muistilista

- Nälkää ei tarvitse nähdä
- Rento suhtautuminen ruokaan ja syömiseen auttaa pysymään kohtuudessa
- Mistään lempiruoosta ei tarvitse luopua
- Toistuvan iltanapostelun onnistuu välttämään syömällä kunnollisen aamiaisen ja lounaan
- Syömiskohtaukset eivät pääse yllättämään, kun et päästä nälkää liian kovaksi missään vaiheessa
- Repsahduksista ei kannata lannistua, ne kuuluvat painonhallinnan opetteluun



19
[Takaisin](#)

[Etusivulle](#)
[Lihavuus](#)
[Lihavuuden liitännäis-sairaudet](#)
[Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn](#)
[Lihavuuden hoito](#)
[Painonhallinta](#)

Linkit
[Lähteet](#)
[Tekiät](#)
[Terveysnettiin](#)

Työikäisten lihavuus


Hyödyllisiä sivustoja

- **Aikuisten lihavuuden hoito –Käypä hoito-suositus 2011**
<http://www.kavpahoito.fi/web/kh/suosituksset/navtaartikkeli/tunnus/khp00017>
- **Tietoa ravintorasvoista** www.margariinidotus.fi
- **Tietoa sydänterveydestä** <http://www.sydanliitto.fi>
- **Tietoa elintapamuutoksista** www.pienipaatospaivassa.fi
- **Tietoa tyyppin 2 diabeteksestä** http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2
- **Leipätiedotuksen kuitutesti ja sokeritesti:** <http://www.leipatiedotus.fi/testit>
- Liisa Heinosen ja Pirjo Ilanne-Parikan artikkeli **Erittäin niukkaenergiainen (ENE) dieetti**, vuodelta 2009 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00703&p_haku=ene
- Marjaana Lahti-Kosken artikkeli **Lihavuus**, vuodelta 2005 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00017
- Pertti Mustajoen artikkeli **Lihavuuden leikkaushoito**, vuodelta 2008 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845
- Pertti Mustajoen artikkeli **Lihavuuden lääkehoito**, vuodelta 2008 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00685http:

20

<p>Etusivulle</p> <p>Lihavuus</p> <p>Lihavuuden liitännäis-sairaudet</p> <p>Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn</p> <p>Lihavuuden hoito</p> <p>Painonhallinta</p> <p> </p> <p>Linkit</p> <p>Lähteet</p> <p>Tekijät</p> <p> </p> <p>Terveysnettiin</p>	<h2 style="color: #008000;">Työikäisten lihavuus</h2> <h3 style="color: #008000;">Lähteet</h3> <p>Borg, Patrik 2011. Luento 8.3.2011 Ruoka – ravinto, rakkaus vai rasite?</p> <p>Finnish Obesity Treatment Expert Group, FOTEG 2011a. Kuinka yleistä lihavuus on? [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: http://www.foteg.fi/index.php?mid=7&pid=19.</p> <p>FOTEG 2011b. Miten lihavuus vaikuttaa terveyteen? [Viitattu 22.2.2011] Saatavissa: http://www.foteg.fi/index.php?mid=7&pid=21.</p> <p>Hyytinen, Mila; Mustajoki, Pertti; Partanen, Raija & Sinisalo-Ojala, Laura 2009. Ravitsemushoito- opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.</p> <p>Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino – Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.</p> <p>Mustajoki, Pertti; Fogelholm, Mikael; Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti 2006. Lihavuus – Ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.</p> <p>Mustajoki, Pertti & Lappalainen, Raimo 2001. Painonhallinta. Ohjaajan opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.</p> <p>Mustajoki, Pertti & Leino, Ulla 2002. Laihdu pysyvästi – hallitse painoasi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.</p> <p>Aikuisten lihavuuden hoito. Käypä hoito –suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2011. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 6.4.2011] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi > Suositukset > Aakkosissa > Aikuisten lihavuuden hoito.</p> <p>Ravitsemusterapeuttien Yhdistys Ry 2006. Ravitsemus ja ruokavaliot. Louheranta, Anne (toim.) Helsinki: Dieettimedia Oy.</p>
---	---

21

<p>Etusivulle</p> <p>Lihavuus</p> <p>Lihavuuden liitännäis-sairaudet</p> <p>Lihavuuden vaikutukset toimintakykyyn</p> <p>Lihavuuden hoito</p> <p>Painonhallinta</p> <p> </p> <p>Linkit</p> <p>Lähteet</p> <p>Tekijät</p> <p> </p> <p>Terveysnettiin</p>	<h2 style="color: #008000;">Työikäisten lihavuus</h2> <h3 style="color: #008000;">Tekijät</h3> <p>Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyö Työikäisten lihavuus ja sen vaikutukset toimintakykyyn</p> <p>10. toukokuuta 2011</p> <p>Sivujen sisällöstä vastasivat terveydenhoitajaopiskelijat Tiia Pietilä ja Elina Äijälä STHS08</p> <p>tiia.pietila@students.turkuamk.fi elina.aijala@students.turkuamk.fi</p> <p>Sivujen www-muotoon toteuttamisesta vastasi Turun ammattikorkeakoulun assistentti.</p> <p>Sivut julkaistu Internetissä</p> 
---	--

22

Kehittämistyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
2012

Tiia Pietilä ja Elina Äijälä

PAINONHALLINNAN TUEKSI – ESITE LIHAVUUDEN EHKÄISYKSI



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 PAINONHALLINTA	4
2.1 Terveellinen ruokavalio	6
2.2 Liikunta	8
3 TERVEYDENEEDISTÄMINEN	11
4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN JA PAINONHALLINTAMATERIAALI	14
5 POHDINTA	16

1 JOHDANTO

Lihavuus on lisääntynyt runsaasti viime vuosien aikana, etenkin länsimaissa. Nykyään suositaan epäterveellisiä ruokia ja suurentuneet ruokapakkaukset houkuttelevat syömään entistä enemmän ruokaa. Myös kiireinen elämäntyyli ajaa ostamaan nopeaa valmisruokaa. Nyky-yhteiskunnassa ei ole helppoa tehdä oikeita valintoja. (Manninen, Holmala & Borg 2004, 10–12.)

Lihavuuden ehkäisy on tärkeää, koska lihavuus aiheuttaa liitännäissairauksia, joista yleisimpiä ovat tyypin 2 diabetes sekä sydän- ja verisuonitaudit. Painonhallintaan tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota kuntatasolla, terveyden edistäminen on perusterveydenhuollon tehtävä. Ylipainon ennaltaehkäisyssä tulisi keskittyä liikunnan lisäämiseen ja terveellisempiin elitapoihin. (HUS 2011.)

Ruokavalio ja liikunta ovat painonhallinnan peruspilarit. Hyvä ruokavalio on monipuolinen ja sisältää kohtuudella kaikkea. Oikea ruokavalio auttaa painon pitämisessä ennallaan ja olon virkeänä. Liikunta yksinään ilman terveellistä ruokavaliota ei laihduta kovinkaan paljon, mutta on tärkeä tekijä painonhallinnassa. Säännöllisellä liikunnalla on paljon terveysvaikutuksia, jotka useimmiten näkyvät vasta pitkällä aikavälillä. (Manninen, Holmala & Borg 2004, 43, 83.)

Opinnäytetyöprojektin tarkoituksena oli tehdä työikäisille Internet-sivut lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Projektin tavoitteena on lisätä työikäisten tietoa lihavuudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Internet-sivujen pohjalta syntyi idea luoda kehittämistyönä painonhallintamateriaalia. Kehittämistyön tarkoituksena oli tehdä esite painonhallinnasta. Esitteen tavoitteena on lisätä tietoa lihavuuden ehkäisystä. Esite on tarkoitettu pääsääntöisesti normaalipainoisille aikuisille, mutta myös ylipainoisille, koska painonhallinta on myös painonnousun ehkäisyä vaikka ylipainoa jo olisikin. Työssä on haluttu painottaa ennaltaehkäisyn näkökulmaa.

2 PAINONHALLINTA

Lihavuus tarkoittaa kehon ylimääräistä rasvakudosta (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus 2011). Lihavuus onkin merkittävä kansanterveysongelma ja lisää väestöryhmien välisiä terveyseroja (THL 2011). Lihavuus lisää riskiä sairastua moniin eri sairauksiin. Sairauksia voidaan ehkäistä ja hoitaa laihduttamalla ja painoa hallitsemalla. (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus 2011.) Mikäli lihavuuden annetaan lisääntyä entisestään, kansanterveys heikkenee, sairaudet lisääntyvät, palveluiden tarve kasvaa, kustannukset nousevat ja ihmisten elämänlaatu heikkenee (Puska 2010).

Parasta lihavuuden ehkäisyä on terveellisen ruokavalion noudattaminen ja säännöllinen liikunta. Lihavien lasten tiedetään olevan yleensä lihavia myös aikuisiässä. (NHS 2010b.) Todellisia lihavuuden ehkäisyyn tähtäviä toimenpiteitä tarvitaan valtiovallan ja elinkeinoelämän piireissä, kodeissa ja kouluissa. Lihavuuden hoito toteutuu huonosti. (THL 2010.) Lohjalla on ollut käytössä ylipainon ehkäisyohjelma vuosina 2006–2007. Aikavälillä seurattiin 104 lasta (n) ja nuorta. Ylipainon ehkäisyyn osallistuttiin liikuntatoimen ja terveydenhuollon yhteisvoimin. Ohjelmassa keskityttiin liikunnan määrän lisäämiseen ja kunnon ruoan syömiseen. Tutkituista 56 %:lla painonnousu pysähtyi tai paino laski. (HUS 2011.)

Väestötasolla lihavuutta on mahdollista ehkäistä muun muassa elintarviketeollisuuden ja joukkoruokailun keinoin. Joukkoruokailu tavoittaa valtaosan päiväkotilapsista, koululaisista, opiskelijoista ja työikäisistä. Joukkoruokailussa tulisi aina olla tarjolla terveellinen vaihtoehto. Elintarviketeollisuudessa tulisi kehittää yhä enemmän terveellisiä, ravitsemussuosittelun mukaisia elintarvikkeita ja näin tukea väestön terveyttä. Lihavuuden ehkäisyyn liikunnan keinoin on mahdollista myötävaikuttaa tehostamalla terveydenhuollon ja liikuntajärjestöjen yhteistyötä. (Mustajoki 2010.)

Painonhallinta tarkoittaa sitä, että pyritään estämään painonnousua tai säilyttämään laihduttamalla hankittu tulos. Dieetit eivät toimi painonhallinnassa,

koska ne eivät tähtää pysyviin elintapamuutoksiin, eikä dieetillä voi olla jatkuvasti. (Mustajoki 2011d.) Ylipainoa on mahdollista ehkäistä oikeilla ravitsemus- ja liikuntatottumuksilla. Painonhallinnassa energian saanti ja kulutus ovat tasapainossa keskenään. (Puska 2010.) Monien ihmisten tavoitteena on syödä terveellisesti, mutta se ei aina käytännössä toteudu (THL 2011).

Painonhallinnassa pyritään pysyvien elintapamuutosten tekemiseen. Ilman muutoksia ei voi saavuttaa tuloksia. Päätösten tulee olla riittävän konkreettisia ja mitattavia, jotta päätösten pitävyyttä on mahdollista seurata. ”Vaihdan meetvurstin kalkkunaleikkeleeseen”, on esimerkki konkreettisesta tavoitteesta. Muutosten tekeminen tulee aloittaa pikkuhiljaa ja niiden tulee liittyä jokapäiväiseen elämään. Muutokset eivät saa olla liian epämukavia eikä kaikista nautinnoista tarvitse luopua, sillä arjen valinnat ovat ratkaisevia. 80-sääntö on hyvä apu painonhallinnassa. Sääntö tarkoittaa, että toteuttaa päätöksiä 80-prosenttisesti. Joka viides päivä voi joustaa valinnoissaan. (Mustajoki 2011b.)

Syömisen hallinta kuuluu jokapäiväiseen elämään. Syömistä voi hallita syömällä vain pöydän ääressä, pureskelemalla ruoan hyvin ja syömällä rauhassa. Jääkaapissa on hyvä olla jotain naposteltavaa, esimerkiksi porkkanaa, ennen aterialaajuutta juotu vesilasi auttaa annosten pitämisessä kohtuullisena, nälkäisenä ei kannata mennä kauppaan ja ostoslistan teko auttaa välttämään turhia ostoksia. Mieliteko ja nälkä on hyvä oppia erottamaan. Lipsahdukset kuuluvat syömisen hallintaan ja ne tulisi antaa itselle anteeksi. (Suomen Sydänliitto ym. 2012c.)

Nykyään ei syödä pelkästään nälkään, vaan myös erilaiset tunnetilat voivat ajaa liikaa syömiseen. Tärkeintä on tunnistaa, millaiset tilanteet laukaisevat syömisen. Kun tunnistetaan, milloin liiallista syömistä tapahtuu, voidaan sitä paremmin seurata. Ajan myötä oppii huomaamaan, ettei syöminen paranna oloa yhtään. Sama masentunut olo jatkuu syömisen jälkeenkin. (Suomen Sydänliitto ym. 2012b.) Myös työuupumus vaikuttaa syömiseen. Nevanperä ym. (2012) tutkimuksessa selvitettiin työuupumuksen ja tunnesyömisen suhdetta. Tutkimukseen osallistui 230 työkäistä (n) naista. Tulokset kerättiin kyselylomakkeen avulla. Tutkimuksessa selvisi, että työuupumuksesta kärsivät

ovat alttiimpia tunnesyömiselle ja liikasyömiselle. Syömisellä pyritään lievittämään stressiä. (Nevanperä ym. 2012.)

Vaa'an on todettu olevan tärkeä väline painonhallinnassa. Jotta paino pysyisi ennallaan, tulee sitä seurata säännöllisin väliajoin, esimerkiksi kerran viikossa. Tutkimuksissa on todettu, ihmisten, jotka eivät punnitse itseään säännöllisin väliajoin lihoavan helpommin kuin sellaisten, jotka niin tekevät. Vaaka on helppo keino seurata painoa. (Mustajoki 2011b.)

2.1 Terveellinen ruokavalio

Energiaa saadaan energi ravintoaineista: hiilihydraateista, proteiineista ja rasvoista. Myös alkoholi sisältää runsaasti energiaa. (Huttunen 2011.) Energiaravintoaineiden lisäksi ruoassa on muitakin ravintoaineita. Painonhallinnan kannalta niistä tärkein on ravintokuitu. Ravintokuitu ei sisällä paljonkaan energiaa, eikä energia siirry elimistöön. (Mustajoki 2007, 32.) Ravintokuitu täyttää vatsaa ja pitää kylläisyydentunteen pitkään yllä. Kuitujen saantia voi lisätä käyttämällä täysjyväleipää, tummaa pastaa ja täysjyväriisiä valkoisten viljojen sijaan. (Partanen 2007, 57.) Naisten suositeltava kuidunsaantimäärä vuorokaudessa on 25 grammaa ja miesten 35 grammaa. Suomessa kuidunsaanti on suosituksiin nähden liian vähäistä. (Suomen Sydänliitto ry 2012c.)

Hiilihydraatit ovat tärkeitä painonhallinnassa. Nykyään monet suosivat vähähiilihydraattista dieettiä ja jossain hiilihydraattien väitetään olevan vaarallisia terveydelle. Kokojyväviljan on osoitettu olevan tärkeä osa ihmisen ravintoa. Nopeat hiilihydraatit ovatkin huonoja painonhallinnan ja terveyden kannalta. Nopeita hiilihydraatteja sisältävät muun muassa sokeripitoiset juomat, makeat leivonnaiset ja vaalea leipä. Nopeat hiilihydraatit kannattaakin vaihtaa hitaasti imeytyviin hiilihydraatteihin. (Mustajoki 2011c.)

Kasvikset ovat hyvä kuidun lähde. Kasviksilla tarkoitetaan vihanneksia, juureksia, marjoja ja hedelmiä. Kasviksissa on runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita. (Suomen Sydänliitto ry 2012a.) Ravitsemussuosituksen mukaan kasviksia tulisi syödä päivittäin monipuolisen ruokavalion osana. Kasvisten päivittäinen saantisuositus on 400–800 grammaa. Vaikka kasvisten

kulutus on lisääntynyt viime vuosina tasaisesti, suomalaiset syövät kasviksia merkittävästi vähemmän kuin esimerkiksi keskieurooppalaiset. Kasvisten kulutuksessa on väestöryhmien välisiä eroja. Nuoret ja nuoret aikuiset, eritoten miehet syövät kasviksia vähemmän kuin muu työikäinen väestö. Eläkeikäiset miehet ja yksin asuvat syövät kasviksia muuta väestöä harvemmin. (Kotimaiset Kasvikset ry 2012b.)

Runsas kasvisten kulutus auttaa terveyden ylläpitämisessä ja ehkäisee sairastumista moniin kroonisiin sairauksiin. Runsaasti kasviksia sisältävä ruokavalio parantaa suoliston toimintaa ja elimistön puolustuskykyä. (Kotimaiset Kasvikset ry 2012a.) Painonhallitsijan ruokavaliossa kasviksilla on erityinen merkitys; ne sisältävät vain vähän kaloreita, mutta täyttävät vatsaa ja saavat aikaan kylläisyydentunteen. (Suomen Sydänliitto ry 2012d). Kasvisten käyttöä voi helposti lisätä ottamalla kasvikset jokaisen aterian osaksi (Suomen Sydänliitto ry 2012a).

Kana, kala, liha ja muna sisältävät runsaasti proteiinia. Punainen liha sisältää paljon tyydyttyntä rasvaa. Kokolihasa rasvaa on vähemmän. Kala ja kana ovat hyviä vaihtoehtoja, sillä niissä on vähemmän tyydyttyntä rasvaa kuin punaisessa lihassa. Kalaa tulisikin syödä ainakin kahdesti viikossa sen sisältämien ravintoaineiden, esimerkiksi Omega-3-rasvahappojen, vuoksi. Lihat täyttävät suomalaisilla 13 % päivittäisestä energian tarpeesta. Osan lihasta saadusta proteiinista voisi hyvin korvata kasviproteiinilla. (Aro 2008a.)

Rasvan määrä ja laatu ovat terveellisen ruokavalion perusta. Rasva sisältää enemmän energiaa kuin muut energiaravintoaineet. Siksi runsaasti rasvaa sisältävä ruokavalio johtaa lihomiseen. (Huttunen 2011.) Tyydyttymätön eli pehmeä rasva on terveyden kannalta parempaa kuin tyydyttynyt eli kova rasva. Pehmeää rasvaa sisältävät kasviöljyt, juoksevat margariinit, rasiamargariinit, rasvaiset kalat, öljypohjaiset salaattinkastikkeet ja pähkinät. Kovia rasvoja sisältäviä ruoka-aineita ovat rasvaiset maitovalmisteet, juustot, rasvaiset lihat ja makkarat, leivonnaiset ja voi sekä voi-kasviöljyseokset. (Partanen 2007, 41, 43.) Rasvan määrän voi monista elintarvikkeista nähdä silmämääräisesti. Piilorasvan havaitseminen vaatii perehtymistä pakkausselosteisiin. Piilorasva on terveydelle haitallista tyydyttyntä rasvaa. Kaikesta syömästämme rasvasta

noin kaksi kolmasosaa on piilorasvaa. (Aro 2008b.) Ravitsemussuositusten mukaan tavoitteena on kuitenkin, että tämä kaksi kolmasosaa olisi pehmeitä rasvoja. (Partanen 2007, 43.)

Säännöllinen ateriarytmi on keskeinen tekijä painonhallinnassa. Säännöllisellä ateriarytmillä tarkoitetaan sitä, että ateria tai välipala syödään 3-4 tunnin välein. Säännöllinen syöminen pitää verensokerin tasaisena ja olon virkeänä. Ateriarytmin säännöllistäminen auttaa myös iltasyömisestä hillitsemisessä. (Partanen 2006.) Lautasmallin avulla terveellisen ruokavalion periaatteet toteutuvat ja annoskoot pysyvät maltillisina. Lautasen täyttäminen etenee niin, että ensimmäiseksi täytetään puolet lautasesta tuoreilla ja keitetyillä kasviksilla, joihin lasketaan juurekset ja vihannekset. Salaattiin voi laittaa ruokalusikallisen öljypohjaista salaattinkastiketta. Seuraavaksi neljännes lautasesta täytetään vaihdellen perunalla, tummalla riisillä tai pastalla. Viimeinen neljännes täytetään vähärasvaisella lihalla, kanalla, kalalla tai munalla. Kasvisruokavaliota noudattavat voivat korvata lihatuotteet palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä sisältävällä ruoalla. Ruoan kanssa juomaksi valitaan lasillinen rasvatonta maitoa tai piimää. Vettä voi juoda vapaasti. Ateriaan kuuluu lisäksi viipale täysjyväleipää ja sipaisu kasvirasvavalevitettä. Jälkiruoaksi voidaan valita hedelmä tai marjoja. Jälkiruoan voi jättää myös välipalaksi. Jos ateria tuntuu liian suurelta lautasen voi vaihtaa pienempään tai kasvisten osuutta lisätä. (Kotimaiset kasvikset ry 2012.)

2.2 Liikunta

Liikunta on yksi tärkeimmistä tekijöistä terveellisen elämän ylläpitämisessä ja se edistää terveyttä ja toimintakykyä sekä tuottaa mielihyvää ja iloa. Liikunnan tulisi olla säännöllistä ja sen kokonaismäärä on ratkaiseva yksilön terveyden kannalta. Liikunta saadaan sovitettua parhaiten arkipäivän rutiineihin ilman, että tarvitsee mitään erillistä liikuntaharrastusta. (Suomen Sydänliitto ym. 2012b.) Säännöllinen liikunta on tärkeä osa painohallintaa (UKK-instituutti 2010). Liikunta kuluttaa energiaa sitä enemmän mitä raskaampaa se on. Liikunta ilman ruokavaliomuutosta pudottaa painoa noin kaksi kilogrammaa. Liikunta kasvattaa myös energiatasoa, mikä auttaa pitämään painon kurissa. Liikkumisen hyötyjä ovat rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan paraneminen. (Mustajoki 2011a.)

Liikunta kasvattaa lihasvoimaa ja parantaa insuliiniherkkyyttä. (Suomen Sydänliitto ry 2012b.)

Liikuntaa suositellaan harrastettavan useana päivänä viikossa reippaasti ainakin kaksi tuntia ja 30 minuuttia tai rasittavaa liikuntaa tunti ja 15 minuuttia. Reipasta liikuntaa on esimerkiksi kävely, pyöräily, pihatyöt sekä arki- ja työmatkaliikunta. Rasittavaa liikuntaa on esimerkiksi sauva- ja porraskävely, kuntouinti ja juoksu. Lisäksi tulisi kehittää lihaskuntoa ainakin kaksi kertaa viikossa. Lihaskuntoa kehittävää liikuntaa on esimerkiksi kuntosalilla ja, jumpissa käynti, pallopelien pelaaminen ja tanssiminen. (UKK-instituutti 2009.) Vain kolmannes suomalaisista liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Liian vähäisen liikunnan arvellaan aiheuttavan 150–200 miljoonan kustannukset yhteiskunnalle. (Kärkkäinen 2008.)

Liikumisesta voi olla hankalaa tehdä säännöllistä. Kukaan ei jaksakaan kovin kauan liikkua toisen patistamana, vaan ihmisille pitäisi kertoa erilaisista kannustimista. Jokaisen olisi hyvä asettaa itselleen tavoitteita liikkumisen suhteen. Kannustimena voi toimia esimerkiksi liikunnan tuoma ilo, terveysvaikutukset, uusien sosiaalisten suhteiden syntyminen, liikunnan mukanaan tuoma itseluottamus, työkyvyn ylläpitäminen ja unenlaadun paraneminen. Liikuntaharrastusta aloitettaessa on hyvä muistaa, että liikunta tuottaa mielihyvää vasta, kun siihen tottuu. (Suomen Sydänliitto ry 2012b.) Jos liikunnan aloittaminen tuntuu todella inhottavalta ajatukselta, kannattaa selvittää, milloin on hukannut liikkumisen ilon. Kannattaa miettiä koska on viimeksi kokenut iloa liikkueessaan ja millaista liikuntaa se on ollut. Huonoista muistoista tulisi päästä yli ja kokeilla rohkeasti uuden lajin aloittamista. Lajiksi kannattaa valita sellainen, johon ei liity negatiivisia ajatuksia. Jos jokin laji ei tunnu mielekkäältä, kannattaa sitä vaihtaa. Liikuntaa ei sen vuoksi kannata kokonaan lopettaa. (Manninen, Holmala & Borg 2004, 90–91.)

Arkiliikunta on päivän mittaan tapahtuvaa liikkumista. Se ei ole varsinaisesti vapaa-ajan liikuntaa. Esimerkiksi työmatkan kulkeminen pyörällä tai jalkaisin, kotiaskareiden tekeminen ja portaiden käveleminen ovat arkiliikuntaa. Valtaosa ihmisen kaikesta liikunnasta on päivittäisten askareiden yhteydessä kertyvää. Arkiliikunnan merkitys energiankulutukseen on huomattava. Suomalaisten

työmatkaliikunta on vähentynyt viime vuosikymmenien aikana. Suurin osa matkoista ajetaan autolla, vaikka kaikista työmatkoista 25 % on alle kolmen kilometrin mittaisia. Päivittäinen liikunta on mahdollista kerätä kestoaltaan lyhyistä suorituksista pitkän liikuntasuorituksen sijaan. Ratkaisevaa on, paljonko energiaa kuluu yhteensä päivän aikana. (UKK-instituutti 2010.)

Omaa arkiliikunnan määrää voi olla vaikea arvioida, mutta askelmittarin avulla se onnistuu. Alle 5000 askelta päivässä tarkoittaa sitä, että ihminen on liikunnallisesti passiivinen. Kun askelia kertyy päivittäin 7500–10000, ihminen liikkuu sopivasti ja on liikunnallisesti melko aktiivinen. Noin 10000 askelta riittää painonhallinnassa. Yli 10000 askelta päivässä liikkuva ihminen liikkuu paljon ja on liikunnallisesti aktiivinen. Askelmittari voi toimia myös hyvänä motivaattorina liikunnan lisäämisessä. Mittarilla kannattaa seurata, paljonko askelia kertyy työpäivän aikana ja vapaapäivänä. Sitten voi miettiä, miten askelten määrää saisi lisättyä entisestään. Kannattaa myös asettaa jokin tavoite askelmäärän saamiseksi. Esimerkiksi jos liikunta on ollut hyvin vähäistä, voi lisätä 15 minuuttia kävelyä päivittäisten askareiden lomaan, mikä lisää askelmäärää noin 2000 askeleella. Kun tavoite on saavutettu, voi tasoa hiljalleen nostaa. (Mustajoki 2011a.)

Kävely on turvallista perusliikuntaa ja suosittu liikuntamuoto. Kävelysauvat nostavat kävelyn tehoa, koska koko kehon lihaksisto on paremmin mukana. Sauvakävelyn on todettu parantavan kestävyyskunnan lisäksi lihaskuntoa. (UKK-instituutti 2010.) Rasvan on todettu ”palavan” parhaiten kevyessä tai kohtalaisessa rasituksessa. Elimistö kuluttaa hiilihydraatteja, kun liikunta alkaa tuntua rasittavammalta. Energiaa alkaa kulua heti ensimmäisestä askeleesta. (Suomen Sydänliitto ry 2012b.) Rauhallista liikuntaa jaksaa tehdä pidempään kuin raskasta. Esimerkiksi tunnin kävelylenkki kuluttaa energiaa suunnilleen yhtä paljon kuin puolen tunnin juoksulenkki. Siksi huonompikuntoisen kannattaakin alussa keskittyä enemmän liikunnan kestoan kuin sen rasittavuuteen. (Manninen, Holmala & Borg 2004, 86.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen on valtion ja kuntien keskeinen tehtävä. Myös lihavuuden ehkäisy väestötasolla tulee kuulua siihen. (Mustajoki 2010.) Kansantautien kehittyminen on yhteydessä ihmisen elintapoihin, -ympäristöön ja elinolosuhteisiin. Terveys on sen loppusumma, mitä tapahtuu kodeissa, työpaikoilla, kouluissa, kasvatuksessa ja liikkumisessa. (THL 2008.) Siksi ihmisten omat elintavat ja -olosuhteet ovat keskeisessä roolissa terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä. (STM 2009). Terveyden edistäminen pohjautuu kansanterveyslakiin ja on keskeinen osa kansanterveystyötä (STM 2011). Se on terveyttä tukevien mahdollisuuksien etsimistä ja lisäämistä, terveydelle suotuisien asioiden tukemista, terveyttä tuottavien muutosten tekemistä sekä terveyden tasa-arvon lisäämistä. (Terveyden edistämisen keskus 2005.)

Terveyden edistämiseen tarvitaan taloudellisia resursseja ja kaikkien yhteiskunnallisten osa-alueiden yhteistyötä, sillä terveydenhuollon ulkopuolisilla asioilla on suuri vaikutus ihmisten terveyteen (THL 2008). Tuloksellisessa terveyden edistämässä työ on pitkäjänteistä vaikuttamista ja kehittämistä, joiden avulla terveydelle suotuisat valinnat tulevat osaksi ihmisten arkea (Terveyden edistämisen keskus 2005). Sosiaali- ja terveystieteiden aiheuttamat kustannukset ovat kuntien suurin menoerä. Palvelutarpeen kasvua ja kustannusten kasvua on mahdollista hillitä kuntalaisten terveyttä edistämällä. Sairastaminen ja siitä aiheutuvat työpoissaolot vievät vuodessa lähes 500 000 työvuotta. Poissaolojen ja sairauslomien syihin, joista yksi on vakava ylipaino, vaikuttamalla ehkäistään ennenaikaisia eläkkeelle siirtymisiä ja kuolemia. Näin saadaan selvää taloudellista hyötyä. (THL 2008.) Terveyden edistäminen vaikuttaa suoraan kansansairauksien syihin. Tällä saadaan pienennettyä myös terveydenhuollon palveluista aiheutuvia kustannuksia. (STM 2011.)

Viestintä on merkittävä osa terveyden edistämistä. Terveyttä edistävä viestintä tukee terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä. Lisäksi sillä lisätään kansalaisten yleistä terveystietoutta ja terveyttä tukevia valintoja. (Terveyden edistämisen keskus 2005.) Terveystieteiden viestintä ei ole olemassa yhtenäistä määritelmää. Usein terveystieteiden viestintä nähdään positiivisena

terveyteen vaikuttamisena. Terveysviestinnässä välitetään muun muassa joukkoviestinnän keinoin terveystietoa väestölle ja pidetään yllä julkista keskustelua tärkeistä terveystieteistä. Ei voida kuitenkaan ajatella terveystieteiden rajautuvan ainoastaan terveyden edistämiseen liittyvään viestintään. Kaikki terveystietä ei ole tavoitteellista. Kaikessa laajuudessaan voidaan ajatella terveystieteiden käsittävän kaiken sairauten, terveyden, terveydenhuollon ja lääketieteeseen liittyvän viestinnän. Terveystietä on osa mediaa. (Torkkola 2002, 5-6.) Potilasohjeet ovat osa terveystietä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 22).

Ymmärrettävä ja asiakkaat huomioiva kirjallinen ohjaus on yhä merkittävämpi hyvän hoidon osatekijä. Potilaat haluavat tietää sairauksistaan ja niiden hoidosta. Lisäksi asiakkailta odotetaan aiempia parempia itsehoitovalmiuksia. Hoitoaikojen lyhentyessä aikaa suulliseen ohjaukseen on vähemmän. Toisinaan hoitajilla on paljon potilaita, jolloin yksittäisen potilaan ohjaukseen ei ehdi käyttää riittävästi aikaa. Nämä tekijät lisäävät kirjallisen ohjausmateriaalin merkitystä. Kirjallisia potilasohjeita tarvitaan suullisen ohjauksen tueksi myös silloin, kun aikaa ohjaamiseen on tarpeeksi. Potilasohje ei ole vain viestin välittäjä, vaan sisältää aina myös merkityksiä, esimerkiksi sairaudesta, terveydestä ja potilaan asemasta terveydenhuollon järjestelmässä. Potilasohjeiden laadinnassa olennaisinta ei ole vain se, mitä sanotaan, vaan se, miten asia ilmaistaan. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7,11,22.)

Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta (Leino-Kilpi & Salanterä 2009) ja antaa ohjausta ja neuvontaa. Potilasohjeen tarkoituksena on palvella asiakkaita ja henkilökuntaa. Ohjeen laadinnassa on tärkeää huomioida asiakkaan tarpeet. Hyvä ohje on suunnattu juuri lukijalle. Hyvässä ohjeessa käytetään ymmärrettävää yleiskieltä. Liian pitkiä virkkeitä tulee välttää. Ohjeen laatija ei saa ajatella asioiden olevan itsestäänselvyksiä, vaan kaikki käsitteet tulee selvittää perinpohjaisesti. Ohjeen loppuun tulee sijoittaa tiedot tekijöistä ja viitteet, joiden avulla lukija voi halutessaan etsiä lisätietoa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 34–42.)

Fontin valinnassa tärkeintä on se, että kirjaimet erottuvat hyvin toisistaan. Tekstissä tulee käyttää pääsääntöisesti pienaakkosia, mutta otsikoissa voi

käyttää suuraakkosia tekstin korostamiseen. Korostamiskeinoja ovat myös tekstin lihavointi ja suuremman fontin käyttö otsikoissa. Kuitenkaan liian monia korostuskeinoja ei kannata käyttää. Otsikot ovat tärkeitä, auttavat jaksottamaan sekä keventämään tekstiä ja herättävät lukijan mielenkiinnon. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 59.) Väliotsikot auttavat tekstin hahmottamisessa (Hyvärinen 2005). Kuvien käyttäminen tukee tekstiä, auttaa ymmärtämään tekstin sisältöä ja lisäävät aiheen kiinnostavuutta (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 40).

Ohjeita noudatetaan parhaiten silloin, kun niiden noudattaminen ei liiaksi haittaa tavallista elämää. Kun potilaalta vaaditaan ponnisteluja ohjeen toteuttamiseksi, on tärkeää perustella ohjeet. Yksinomaan neuvojen antaminen ei motivoi muuttamaan tapoja. Oma hyöty on hyvä perustelu. Kannattaa muotoilla teksti niin, että lukija saa tietää, millä tavalla hän hyötyy, mikäli noudattaa annettuja ohjeita. (Hyvärinen 2005.) Kannattaa perustella ja selittää, miksi kannattaa toimia tietyllä tavalla ja mitä haittaa voi olla toisin toimimisesta. Hyvä ohje puhuttelee potilasta. Kirjoitusohje tärkeimmästä asiasta kohti vähemmän tärkeää asiaa, on hyvä muistaa potilasohjetta laadittaessa. Tällöin myös ne henkilöt, jotka lukevat vain ohjeen alun, saavat tärkeää tietoa. Käskymuotojen liiallista käyttöä kannattaa ohjeessa välttää. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002 34, 38–39.)

Sähköiset potilasohjeet ovat suuremman kohdeyleisön saatavilla ja niitä on myös helpompi muokata kuin paperisia ohjeita. Paperimuotoiset ohjeet ovat kuitenkin edelleen tärkeitä. Kaikkien ei ole mahdollista päästä Internetiin ja ruututekstin lukeminen on paperista lukemista vaikeampaa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 42, 60.)

4 PROJEKTIN TOTEUTUS JA PAINONHALLINTA-MATERIAALI

Projekti lähtee käyntiin ideasta. Projektille on tunnusomaista se, että projekti on kestoltaan rajattu, sillä on aina alku ja loppu. Projektilla on aina myös selkeä, ennalta asetettu tavoite. (YLE 2012.) Tämän projektin toteuttaminen aloitettiin marraskuussa 2011. Projektin idea syntyi opinnäytetyön tuloksena syntyneiden Internet-sivujen pohjalta. Opinnäytetyössä painonhallintaa sivuttiin pinnallisesti ja nyt haluttiin perehtyä aiheeseen syvällisemmin. Aiheen valintaan vaikuttivat ajankohtaisuus ja tärkeys. Juuri lihavuuden ennaltaehkäisyyn tulisi keskittyä hoidon sijaan, koska ennaltaehkäisy on helpompaa ja halvempaa. Esitteen on tarkoitus tukea terveydenhoitajan antamaa ohjausta ja helpottaa asioiden puheeksi ottamista. Esitteen avulla pyritään tuomaan myös asiakkaalle tietoon, ettei painonhallinta vaadi kovinkaan suuria ponnisteluja vaan onnistuu suhteellisen pienillä asioilla. Opinnäytetyön kehittämistehtävä on projekti, jonka tuotos on ”Painonhallinnan tueksi –esite lihavuuden ehkäisystä”. (Liite 1.)

Vuoden 2012 alussa alkoi lähdemateriaalin hankkiminen. Lihavuuden ehkäisystä on saatavilla huomattavasti vähemmän lähdemateriaalia kuin lihavuuden hoidosta, joten aihetta ei tarvinnut rajata selkeämmin. Materiaalia löytyi kuitenkin riittävästi. Seuraava vaihe oli esitteen laatiminen PowerPoint-ohjelmalla. Lopullinen esite on kahdeksansivuinen ja A5-kokoinen. Esitteen aiheet valittiin lähdekirjallisuuden perusteella. Tekstin määrä pyrittiin pitämään esitteessä vähäisenä, jotta luettavuus pysyisi hyvänä. Liiallinen tekstin määrä vie huomion tärkeimmältä sanomalta.

Esitteessä on käytetty fonttina Calibria. Se on selkeä ja helppolukuinen. Pääotsikot on korostettu lihavoimalla ja käyttämällä leipätekstiä suurempaa fonttia. Oppaan pohjaväriksi valittiin valkoinen, tekstilaatikoiden väriksi vaaleansininen ja leipätekstin väriksi musta. Vaaleasta pohjasta musta teksti erottuu hyvin. Pääotsikoiden väriksi valittiin sininen. Sininen on neutraali ja rauhoittava väri. Oppaan teksti on kirjoitettu laatikoihin ja niihin on pyritty tuomaan esiin vain tärkeimmät asiat. Liika teksti voi viedä oppaalta mielenkiinnon, eikä lukijakaan välttämättä jaksaa ryhtyä lukemaan sellaista

opasta, joka on täynnä tekstiä. Tiedot on pyritty tuomaan esiin konkreettisesti, että jokainen ymmärtäisi, mitä ohjeet tarkoittavat jokapäiväisessä elämässä. Tekstin sävyssä on pyritty kannustamaan asiakasta. Esitteen valokuvat valittiin ClipArt-ohjelmasta. Näin ei tekijänoikeusasioista tule ongelmia. Kuva lautasmallista on tekijöiden itse ottama. Esitteeseen pyrittiin valitsemaan mahdollisemmin positiivisia ja kannustavia kuvia. Kaiken kaikkiaan esitteen ulkoasusta on pyritty tekemään raikas.

Oppaassa on tuotu esiin, että painonhallinta onnistuu jo pienillä muutoksilla eikä kaikkia tottumuksia tarvitse muuttaa. Ihminen ei jaksa välttämättä edes yrittää tehdä muutoksia, jos ne tuntuvat liian suurilta. Oppaan luettavuutta ja käytettävyyttä paransi se, että esite annettiin luettavaksi ulkopuolisille henkilöille. Oppaan saivat luettavakseen terveydenhoitaja ja kolme maallikkoa. Saadun palautteen perusteella opasta muokattiin toimivammaksi. Terveystieteiden ammattilaiselta saadun palautteen mukaan esite on kansantajuinen ja raikas. Asiaa on paljon, mutta kaikki on olennaista, eikä mitään voi jättää pois sisällön siitä kärsimättä. Terveystieteidenhoitaja antoi palautetta myös joidenkin osioiden kieliopillisista asioista, joita sitten muokattiin. Maallikoilta saadussa palautteessa keuhuttiin esitteen ulkoasua, se on pirteä ja kannustaa lukemaan. Teksti on motivoivaa ja ohjaavaa, eikä syyllistä lukijaa. Palautteen perusteella tekstin ja kuvan paikkaa vaihdettiin jollain sivulla.

5 POHDINTA

Lihavuus yleistyy jatkuvasti kaikkialla maailmassa. Lihavuus aiheuttaa sairauksia ja näiden kautta ihmisten elämänlaatu heikkenee ja elinikä lyhenee. On vaikea hallita painoan yhteiskunnassa, jossa ruokaa on tarjolla kaikkialla, liikkuminen on motorisoitua ja tiedonsiirto sähköistä. (Männistö ym. 2010, 777.) Nykyinen lihavuuden lisääntymisen kehityssuunta on äärimmäisen huolestuttava ja kestämaton. Vaikka ongelma on tiedostettu jo pitkään, ei tuloksia ole kuitenkaan saatu. Tehokkaita keinoja tarvitaan nopeasti, jotta lihavuuden yleistyminen saadaan pysäytettyä. (THL 2010.) Lihavuuden ehkäisy tulisi huomioida jokaisella yhteiskunnan alueella. Yhteiskunnan on mahdollista tukea kansalaisten terveellisiä valintoja esimerkiksi verotuksen ja yhdyskuntasuunnittelun avulla. (Kunttu ym. 2011, 220.) Lihavuuden ehkäisy on myös sairauksien ehkäisyä.

Terveellinen ruokavalio ja säännöllinen liikunta ovat painonhallinnan kulmakivet (Manninen, Holmala & Borg 2004, 43). Painonhallinnassa pyritään pysyviin elintapamuutoksiin. (Mustajoki 2011b). Ruumiillinen työ sekä arkiliikunta ovat vähentyneet ja istuva elämäntapa on yleistynyt. Kodin ulkopuolella syötävä ruoka on usein rasvaista ja kotona syötävät perheiden yhteiset ateriat ovat vähentyneet. Liialliseen energiansaantiin usein johtava napostelu on lisääntynyt. Lisäksi lihavuudelle altistavia tekijöitä ovat stressi, liian vähäinen yöuni sekä erilaiset mielenterveyden häiriöt. (Mustajoki 2010.) Liikunta ei ilman ruokavalion keventämistä pudota painoa kovin hyvin, mutta se estää painonnousua. Ei tarvitse harrastaa mitään tiettyä lajia voidakseen liikkua, hyötyliikuntaa tapahtuu kotiaskareiden parissa. Arkiliikunnan merkitys onkin huomattava painonhallinnassa. (Suomen Sydänliitto 2012b.)

Tehdyn opinnäytetyön perusteella tekijät halusivat perehtyä syvällisemmin lihavuuden ehkäisyyn, joka oli vain pieni osa työtä. Lihavuuden ehkäisy on tärkeää, huomattavasti helpompaa ja halvempaa kuin jo kehittyneen lihavuuden hoito. Aihe on yhteiskunnallisesti ja kansanterveydellisesti merkittävä. Terveystieteiden työssä terveysneuvonta ja terveellisten elintapojen tukeminen on erityisen tärkeää. Terveystieteiden edistämisen näkökulma tulee pitää

mielessä jatkuvasti. Asioita tulisi käydä läpi asiakkaiden kanssa ennen kuin ongelmaa on ehtinyt edes syntyä. Esimerkiksi normaalipainoisen kanssa tulee keskustella terveellisistä elintavoista ja niiden vaalimisesta. Näin voidaan estää osaltaan lihavuuden ja sen aiheuttamien sairauksien syntymistä.

Terveydenhoitaja kohtaa työssään eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia ihmisiä ja tavoittaa valtaosan väestöstä. Terveydenhoitajan vaikutusmahdollisuudet väestön terveyteen ovat laajat. Terveydenhoitajat tarvitsisivat enemmän rohkeutta puuttua arkoihin asioita ja esitteen avulla voidaan edesauttaa asioiden puheeksi ottamista asiakkaan kanssa. Esitteen avulla halutaan tehdä ruohonjuuritason ennaltaehkäisevää työtä, mikä on juuri terveydenhoitajan osaamisen ydinaluetta.

Esitettä tehtäessä pyrittiin valitsemaan uusimmat ja luotettavimmat lähteet. Esitteeseen valittiin sellaiset aihepiirit, jotka esiintyivät monessa eri lähdekirjallisuudessa. Tieto tuotiin oppaassa esiin, niin kuin se alkuperäisessä tekstissä on sanottu, kuitenkin plagioimatta tekstiä.

Opinnäytetyön tuloksena tehtyjä Internet-sivuja kohdennettiin ylipainoisille. He voivat käyttää sivuja itsenäiseen tiedonhakuun, Sivuilla on linkkejä, joiden kautta voi hakea lisätietoa kiinnostavasta aiheesta. Sivuja voivat käyttää ohjauksen tukena terveydenhuollon ammattilaiset. Esitteen kohderyhmä on laajempi. Se on tarkoitettu erityisesti normaalipainoisille, mutta myös ylipainoiset ja lihavat voivat hyötyä esitteestä. Terveydenhuollon ammattilaiset voivat jakaa esitettä esimerkiksi terveystarkastusten yhteydessä. Esitteen avulla asiakkaan on helppo palauttaa mieleen tarkastuksessa läpi käytyjä asioita painonhallinnasta. Esitteeseen voi palata uudelleen helposti, mikäli haluaa kerrata asioita. Esitteeseen on koottu olennainen tieto tiiviiksi kokonaisuudeksi. Teksti on kirjoitettu kansankielellä, jolloin se on helppolukuista ja ymmärrettävää. Esitteen takasivulle on merkitty käytetty lähdemateriaali ja hyödyllisiä Internet-sivuja.

LÄHTEET

Aro, Antti 2008a. Liha ruokavaliossa. [Viitattu 12.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00071.

Aro, Antti 2008b. Piilorasva. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00006.

Borg, Patrik; Fogelholm, Mikael & Hiilloskorpi, Hannele 2004. Helsinki: Edita Prima Oy.
Huttunen, Jussi 2011. Terveellinen ruoka. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00935.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2011. Lihavuden aiheuttamat terveyshaitat hallintaan. [Viitattu 19.3.2012] Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,616,617,618,35580,39715>.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>.

Kotimaiset Kasvikset ry 2012. Kasvisten vaikutus terveyteen. [Viitattu 11.3.2012] Saatavissa: http://www.kasvikset.fi/Suomeksi/Asiakkaalle/Ravitsemus/Kasvikset_ja_terveys/Kasvisten_vaiutus_terveyteen.

Kotimaiset kasvikset ry 2012. Lautasmalli. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: <http://www.kasvikset.fi/WebRoot/1033640/Page.aspx?id=1049179>.

Kotimaiset Kasvikset ry 2012. Lisää kasviksia ruokavalioon. [Viitattu 11.3.2012] Saatavissa: <http://www.kasvikset.fi/WebRoot/1033640/Page.aspx?id=1048134>.

Kunttu, Kristiina; Komulainen, Anne; Makkonen, Katri & Pynnönen, Päivi 2011. Opiskeluterveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kärkkäinen Anna-Leena 2008. Liikkumattomuuden hinta. Pääkirjoitus. Keski-suomalainen. [Viitattu 15.3.2012] Saatavissa: <http://www.ksmi.fi/mielipide/paakirjoitukset/liikkumattomuuden-hinta/905275>.

Leino-Kilpi, Helena & Salanterä, Sanna 2009. Hyvä potilasohje edistää potilasturvallisuutta. Suomen Potilaslehti 2/2009: 6-7. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf.

Lihavuus (aikuiset) (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentnaytaartikkeli/.../hoi24010>.

Manninen, Katri; Holmala, Eija & Borg, Patrik 2004. Sinä onnistut. Pysyvän painonpudotuksen salaisuudet. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Mustajoki, Pertti 2011a. Liikunta ja painonhallinta. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01005.

Mustajoki, Pertti 2011b. Painonhallinta –ennen aloittamista. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=pah00007.

Mustajoki, Pertti 2011c. Painonhallinta – rasvat, hiilihydraatit ja proteiinit. [Viitattu 19.3.2012] Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=pah00010&p_teos=pah&p_osio=&p_selaus=#s2

Mustajoki, Pertti 2011d. Painonhallinta ja ruoka. [Viitattu 19.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864

Männistö, Satu; Harald, Kennet; Pietinen, Pirjo; Kaartinen, Niina & Laatikainen, Tiina 2010. Lihottaako alkoholi suomalaisia? Suomen lääkirilehti 34/2010.

Nevanperä, Nina; Hopsu, Leila; Kuosma, Eeva; Olavi, Ukkola; Uitti, Jukka & Laitinen Jaana 2012. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. American Society for Nutrition. [Viitattu 12.3.2012.] Saatavissa: <http://www.ajcn.org/content/early/2012/02/28/ajcn.111.014191.abstract>.

NHS Choices 2010a. A balanced diet. [Viitattu 16.3.2012] Saatavissa: <http://www.nhs.uk/Livewell/Goodfood/Pages/Healthyeating.aspx>.

NHS Choices 2010b. Preventing obesity. [Viitattu 16.3.2012] Saatavissa: <http://www.nhs.uk/Conditions/Obesity/Pages/obesityprevention.aspx>.

Partanen, Hanna 2007. Olet mitä syöt. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Poskiparta, Marita 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystyötymisen muutosta. Teoksessa

Torkkola Sinikka: Terveystyötymistä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi: 24–35.

Puska, Pekka 2010. Yhteiskunnalliset näkökulmat lihavuuden ehkäisyssä. VI Valtakunnallinen kansanterveyspäivä 15.1. 2010. THL. [Viitattu 16.3.2012] Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a32dbb39-c786-43f2-a65b-3c1504c2d33a>.

STM 2011. Terveystyötymisen edistäminen. [Viitattu 24.3.2012] Saatavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>.

STM 2010. Liikunta ja ravinto. [Viitattu 24.3.2012] Saatavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/elintavat/liikunta>.

STM 2009. Elintavat ja elinympäristö terveystyötymistä edistäväksi. [Viitattu 24.3.2012] Saatavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/elintavat>.

Suomen Sydänliitto, Suomen Diabetesliitto, Aivoliitto ja Suomen Syöpäyhdistys 2012a. Ateriarytmi. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: <http://www.pienipaatospaivassa.fi/ateriarytmi>.

Suomen Sydänliitto, Suomen Diabetesliitto, Aivoliitto ja Suomen Syöpäyhdistys 2012b. Liikunta osaksi elämää. [Viitattu 19.3.2012] Saatavissa: <http://www.pienipaatospaivassa.fi/liikunta>.

Suomen Sydänliitto, Suomen Diabetesliitto, Aivoliitto ja Suomen Syöpäyhdistys 2012c. Syömisen hallinta. [Viitattu 17.3.2012] Saatavissa: <http://www.pienipaatospaivassa.fi/syomisen-hallinta>.

Suomen Sydänliitto ry 2012a. Kasvikset. [Viitattu 11.3.2012] Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/kasvikset>.

Suomen Sydänliitto 2012b. [Viitattu 17.3.2012] Liikunta painonhallinnassa. Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/liikunta-ja-painonhallinta>.

Suomen Sydänliitto 2012c. Riittävästi kuitua. [Viitattu 17.3.2012] Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/kuitu>.

Suomen Sydänliitto ry 2012d. Vinkkejä painonhallintaan. [Viitattu 11.3.2012] Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/vinkkejä-painonhallintaan>.

Terveyden edistämisen keskus 2005. Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat. [Viitattu 24.3.2012] Saatavissa: http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005_004.pdf.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Ylipaino ja lihavuus iso haaste yksilölle, yhteiskunnalle ja terveydenhuollolle. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=27881.

THL 2012. Elintavat. [Viitattu 13.3.2012] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/elintavat.

THL 2010. Nuoret lihovat, työkäisistä joka viides on lihava ja joka toinen painaa liikaa. [Viitattu 15.3.2012] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=21858.

THL 2008. Terveyden edistäminen on kannattava sijoitus. [Viitattu 24.3.2012] Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/terveyden_edistaminen_on_kannattava_sijoitus.

Torkkola, Sinikka 2002. Johdanto: Näkökulmia terveystiedettä. Teoksessa Torkkola Sinikka: Terveystiedettä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi: 5-12.

Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. potilasohjeet ymmärrettäviksi. opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

UKK-instituutti 2010. Arkiliikunta auttaa painonhallinnassa. [10.3.2012] Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunta_ja_painonhallinta/arkiliikunta_painon_hallinnan_apuna.

UKK-instituutti 2009. Viikottainen liikuntapiirakka. [Viitattu 19.3.2012] Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/61-uusi_liikuntapiirakka.pdf.

Uusitupa, Matti 2010. Tyypin 2 diabeteksen ja lihavuuden ehkäisy on terveydenhuoltomme ykköshaasteita. [Viitattu 16.3.2011] Saatavissa: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/230410144215KA?OpenDocument>.

YLE 2012. Projekti haltuun. [Viitattu 17.3.2012] Saatavissa: http://oppiminen.yle.fi/projekti_haltuun.



Painonhallinnan tueksi –esite lihavuuden ehkäisystä

Lihavuus on kansanterveysongelma ja lisääntyy jatkuvasti kaikkialla maailmassa. Tähän syynä on erityisesti **arkiliikunnan väheneminen** ja istuvan elämäntavan yleistyminen sekä **energiansaannin lisääntyminen**. Ylipaino ja fyysinen liikkumattomuus ovat yleisiä kaikissa ikäryhmissä. Energiansaantia ovat lisänneet perheiden yhteisten aterioiden väheneminen, ruoan rasvaisuus sekä napostelua suosiva elämäntapa. Lihavuudelle altistavia tekijöitä voivat olla myös stressi, mielenterveyshäiriö sekä liian vähäinen yöuni.

Liikunta ja terveellinen ruokavalio ovat painonhallinnan kulmakiviä. Painonhallinta eroaa laihduttamisesta sillä, että se on jo saavutetun laihdutustuloksen ylläpitämistä tai painonnousun ehkäisyä ilman edeltävää laihdutusta. Painonhallinta on siis tärkeää meille ihan jokaiselle.

Painonhallinta



Ylipaino on mahdollista ehkäistä syömällä terveellisesti, pitämällä annoskoot kohtuullisina, syömällä säännöllisesti ja liikkumalla säännöllisesti.

Painonhallinnassa keskeistä on **muutoksen tekeminen**. Kiloja ei kannata liiaksi tuijottaa vaan keskittyä muutoksen tekemiseen. Pienillä päivittäiseen arkeen kuuluvilla valinnoilla on suurempi vaikutus kuin isommalla muutoksella, joka kohdistuu vain harvoin syötyn ruokaan.

Maailman terveysjärjestö WHO on asettanut tavoitteeksi sen, että paino ei nousisi aikuisiässä viittä kiloa enempää.



Miksi painonhallinta kannattaa?

Painonnousun ehkäisy on paljon helpompaa kuin laihduttaminen ja laihdutustuloksen ylläpitäminen.

Kun pidät yllä normaalipainoa olet paljon **virkeämpi, jaksat liikkua pidempään**, jaksat myös hoitaa työsi kunnolla ja vielä työpäivänkin jälkeen riittää energiaa.

Ylipaino lisää riskiä **sairastua moniin sairauksiin**. Yleisimpiä ylipainoon liittyviä sairauksia ovat tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine ja veren rasva-arvojen kohoaminen. Lisäksi lihavuus heikentää elämänlaatua ja altistaa masennukselle. Lihavuus heikentää myös toimintakykyä ja seksuaalista kyvykkyyttä sekä halua. Normaalin painon ylläpitäminen on siis tärkeää ja se auttaa huomattavasti edellä mainittujen sairauksien ja haittojen ehkäisyssä.

Terveellinen ruokavalio

Jotta paino pysyisi ennallaan **tulee energian kulutuksen ja saannin olla tasapainossa**. Painonhallitsijan ei ole tarkoitus kärsiä nälkää, vaan pitää itsensä kylläisenä, niin ettei mielitekoja syntyisi niin helposti.

Viljatuotteet kannattaa vaihtaa täysjyvätuotteisiin esimerkiksi vaalea leipä ruisleiväksi, vaalea makaroni tummaksi yms.



Kasviksia, marjoja ja hedelmiä tulisi lisätä ruokavalioon mahdollisimman paljon. Kasvikset täyttävät, mutta sisältävät vähän kaloreita. Suositusten mukaan kasviksia tulisi syödä **puoli kiloa eli kuusi kourallista päivässä**.

Kuidun saantisuositukset

Kuitupitoiset ruoat säilyttävät kylläisyyden tunteen pidempään kuin vähäkuituisemmat vaihtoehdot. Saat riittävästi kuitua nauttimalla 6-9 viipaletta runsaskuituista leipää vuorokaudessa.

Naiset 25 grammaa/vrk
Miehet 35 grammaa/vrk



Kovien eläinrasvojen (esim. voi) tilalla kannattaa käyttää kasvirasvatuotteita. Kasviöljyt ja tyydyttymätöntä rasvaa sisältävät rasiamargariinit ovat esimerkkejä pehmeistä rasvoista. Myös rasvaiset lihatuotteet voi vaihtaa kevyempiin, esimerkiksi kanaan ja kalaan. Myös maitotaloustuotteissa on tyydyttynyttä rasvaa. Siksi kannattaa vaihtaa runsasrasvaiset tuotteet vähärasvaisiin.

Runsaasti sokeripitoisia ruokia tulisi välttää, mutta herkuista ei kuitenkaan ole tarkoitus täysin luopua. **Herkuja voi syödä kohtuudella**, kunhan se ei ole ihan jokapäiväistä. Herkuja voi vaihtaa myös kevyemmiksi. Esimerkiksi viinerin voisi vaihtaa pikkupullaan tai keksiin. Juhlissa saa siis hyvällä omallatunnolla nauttia tarjottavista.





Muista, vesi on paras janojuoma!

Lautasmalli

Lautasmalli auttaa pitämään ruokamäärät kohtuullisina ja terveellisen ruokavalion toteuttaminen on helpompaa.

Puolet lautasesta täytetään kasviksilla (tuoreilla ja kypsennetyillä).

1/4 lautasesta täytetään perunalla, tummalla riisillä tai pastalla.

Toinen neljännes täytetään vähärasvaisella ja –suolaisella lihalla, kalalla tai kanalla.

Lisäksi voi ottaa täysjyväleipää ja lasillisen maitoa. Leivän päällä levitteenä margariini.

Vinkejä painon hallintaan:

- Ruokakauppaan ei kannata mennä nälkäisenä
- Suunnittele ruokalista etukäteen
- Pyri syömään kasviksia puoli kiloa päivässä
- Tee pieni päätös kerrallaan. Esimerkiksi: ”Vaihdan kahvipullan keksiin”
- Herkkuja ei kannata kieltää itseltään kokonaan, se voi johtaa helposti hallitsemattomiin mielitekoihin



Omaseuranta

Ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä **säännöllinen omaseuranta** on tärkeää. Vaa'alla on hyvä käydä säännöllisesti, esimerkiksi kerran viikossa. Tällöin voi nopeasti reagoida mahdolliseen painonnouluun.

Myös mittanauha on hyvä apuväline omaseurantaan. **Vyötärönympäryys** mitataan paljaalta iholta, 1-2 cm navan yläpuolelta, niin että mittanauha ei kiristä eikä ole liian löysällä. Mittanauhan tulee olla samalla korkeudella joka puolelta. Vyötärölle kertyvä rasva on erityisen haitallista ja vyötärölihavuutta esiintyy normaalipainoisillakin. Vyötärönympäryksen tavoitearvo on **naisilla 80 cm tai alle ja miehillä 94 cm tai alle**. Terveysriskit alkavat lisääntyä, mikäli tavoitearvot ylittyvät.

Rasvaisia pikaruokia kannattaa välttää niiden sisältämän runsaan energiamäärän vuoksi.



Turhia houkutusia on hyvä välttää. Kotiin ei kannata esimerkiksi ostaa energiapitoisia naposteluruokia. Herkkuja tulee helposti syötyä esimerkiksi iloon, suruun tai yksinäisyyteen.

Mehu, energiajuomat ja limonadi sisältävät paljon sokeria ja energiaa, joten niitä kannattaa välttää kokonaan tai korvata esimerkiksi kivennäisvedellä tai light-juomilla. Myös alkoholi sisältää paljon energiaa, joten suurien määrien käyttöä tulisi välttää.



Suolan saantisuositus

Suola nostaa verenpainetta. Kannattaa valita vähäsuolaisia elintarvikkeita ja käyttää suolaa mahdollisimman vähän ruoanvalmistuksessa.

Alle 5 grammaa/vrk miehillä ja naisilla

Arkikäyttöön on hyvä valita elintarvikkeista **vähäenergiset vaihtoehdot mahdollisimman usein**. Kun teet pääsääntöisesti oikeita valintoja, voit joka viides päivä poiketa suunnitelmistasi. Kokonaisuus ratkaisee.

Ateriarytmi

Säännöllisen ateriarytmin avulla olosi pysyy virkeänä ja jaksat paremmin. Säännöllinen syöminen on erittäin tärkeää painonhallinnan ja hyvän olon kannalta. Sopiva ateriaväli on useimmille 3-4 tuntia. Myös välipalat lasketaan aterioiksi. Mikäli ateriavälit venyvät liian pitkiksi, vireystila laskee ja tulee syötyä tarpeettoman paljon.



Esimerkki päivän ateriarytmistä ja aterioiden koostumuksesta

Aamupala klo 7.00	Kaurapuuroa, omena ja kuppi kahvia
Lounas klo 11.00	Lihakeittoa ja pala ruisleipää, lasi rasvatonta maitoa
Välipala klo 14.00	Maustamatonta jogurttia ja marjoja
Päivällinen klo 17.30	2 perunaa, 4 lihapullaa ja puoli lautasellista salaattia ja lasi rasvatonta maitoa
Iltapala 20.00	2 palaa ruisleipää, leivän päälle vähärasvaista juustoa, salaattia ja kurkkua



Painonhallintaa tukeva liikunta

Vähäinen liikunta on yhteydessä lihavuuden kehittymiseen. Riittävällä liikunnalla on mahdollista ehkäistä painonnousua tehokkaasti.



Arki- ja hyötyliikunta sopivat kaikille.

Pyri harrastamaan liikuntaa niin paljon, kuin se omassa elämäntilanteessasi on mahdollista.

On tärkeää löytää itselle oikea tapa ja sopiva ajankohta liikkua.

Liikuntasuosituksen mukaisesti kohtuullisen kuormittavaa kestävyysliikuntaa olisi hyvä harrastaa päivittäin yli tunnin ajan. Lisäksi tulisi tehdä lihaskuntoharjoittelua kahdesti viikossa.

Jos määrä tuntuu isolta, voit aloittaa liikkumalla päivittäin puoli tuntia joko yhtäjaksoisesti tai hajautetusti kolmeen kymmenen minuutin jaksoon.

Muutamia vinkkejä arki- ja hyötyliikunnan lisäämiseen:

- Portaiden käyttäminen hissien sijaan
- Piha- ja puutarhatöiden tekeminen
- Lasten kanssa ulkoilu ja leikkiminen
- Kotitöiden tekeminen
- Remontointi
- Työmatkojen tai osan työmatkasta kulkeminen kävellen tai pyörällä
- Mene työpaikalla tapaamaan työkaveria paikan päälle puhelimesta soittamisen sijaan
- Kohtuullisten matkojen kulkeminen kävellen tai pyöräillen
- Auton pysäköiminen kaupan pihalla mahdollisimman kauas sisäänkäynnistä
- Pyri välttämään kaukosäätimen käyttöä

Liikunnan hyödyt:

- Energiankulutus lisääntyy
- Rasvan määrä elimistössä vähenee
- Perusaineenvaihdunta vilkastuu
- Fyysinen kunto kohenee
- Lihakset kasvavat
- Sydän- ja verisuonitautien sekä tyyppin 2 diabeteksen riskitekijät vähenevät
- Henkinen jaksaminen paranee
- Mieliala kohenee ja stressioireet vähenevät



.m

Vinkkejä parempiin valintoihin ruokakaupassa

Ruokia valitessa pakkausmerkinnät kannattaa lukea huolella!



Valitse:

- Juustoja, jotka sisältävät rasvaa enintään 17 % ja suolaa enintään 1,2 %
- Leipiä, joissa on kuituja vähintään 6 % ja suolaa enintään 0,7 %.
- Jogurtteja, jotka ovat rasvattomia tai vähärasvaisia (enintään 1 %). Sokereita saisi olla enimmillään 12g/100g. Myös maidon ja piimän tulisi olla rasvattomia
- Muroja ja myslejä, joissa on enimmillään rasvaa 5 %, suolaa enintään 1 % ja sokereita enintään 16g/100g.
- Valmisruokia, jotka sisältävät rasvaa enintään 5 % ja suolaa enintään 0,8 %.
- Marinoimatonta lihaa, joka sisältää rasvaa enintään 7 %, eikä siinä ole lisättyä suolaa.
- Täyslihalleikkeitä, joissa on suolaa enintään 1,8 %. Jos käyttää leikkelemakkaroita niissä saisi olla rasvaa enintään 12% ja suolaa enintään 1,5 %.

Muista tehdä ostoslista etukäteen!

Lähteet

- Borg, Patrik, Fogelholm, Mikael & Hiilloskorpi, Hannele 2004. Liikkujan ravitsemus –teoriasta käytäntöön. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hakala, Paula 1999. Paino hallintaan kotikonstein. Turku: Kansaneläkelaitos.
- Lihavuus (aikuiset) (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi24010>.
- Mustajoki, Pertti 2010. Lihavuus. [Viitattu 21.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042#s2.
- Mustajoki, Pertti 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Partanen, Hanna 2006. Olet mitä syöt. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Ruokatieto Yhdistys ry 2012. Säännöllinen ateriarytmi takaa työvireyden. [Viitattu 21.3.2012] Saatavissa: http://www.ruokatieto.fi/Suomeksi/Ruoka_ja_terveys/Ruoka_eri_ikakausina/Tyoikaiset/Saannollinen_ateriarytmi_takaa_tyovireyden.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä 2011. Lihavuus (aikuiset). [Viitattu 8.3.2012] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista. [Viitattu 8.3.2012] Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1221461425231/passthru.pdf>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2012. Painonhallinta. [Viitattu 4.3.2012] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/ravitsemustietoa/terveys/painonhallinta.
- THL 2011. Ylipaino ja lihavuus ovat iso haaste yksilölle, yhteiskunnalle ja terveydenhuollolle. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=27881.
- Uusitupa, Matti 2009. Lihavuuden ehkäisy (lyhyt ohje). [Viitattu 9.3.2012] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00176.

Hyödyllisiä Internet-sivustoja

- UKK-instituutin liikuntasuositukset: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>
- Sydänliiton elintapetestit: <http://www.sydanliitto.fi/testit>
- Mielenkiintoista asiaa ravinnosta, ravitsemusneuvonnan työkalupakki: http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.nayta?p_sivu=99379
- Erilaisia testejä elintavoista: <http://www.pienipaatospaivassa.fi/testit>



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiia Pietilä ja Elina Äijälä
STHS08
Toukokuu 2012