

TERVEYDENHOITAJIEN NÄKÖKULMIA ALA- KOULUIKÄISTEN RAVITSEMUKSEEN, LIIKUN- TAAN JA UNEEN

Eeva Kananen
Pilvi Poutanen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijät Kananen Eeva Poutanen Sini Pilvi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 18.11.2013
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Terveydenhoitajien näkökulmia alakouluikäisten ravitsemukseen, liikuntaan ja uneen		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto		
Työn ohjaajat HÄYRYNEN Teija, PUNNA Mari		
Toimeksiantaja Keski-Suomen seututerveyskeskus		
<p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää alakouluikäisten lasten terveystietoisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä, erityisesti ravinnon, liikunnan ja unen vaikutusta terveydenhoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville millaisia keinoja ja menetelmiä terveydenhoitajat käyttävät työssään alakouluikäisten terveystietoisuuden parantamisessa.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkittavat työskentelevät eri kuntien terveyskeskuksissa Keski-Suomen seututerveyskeskuksessa, joten laadullinen kyselylomaketutkimus soveltui hyvin hajallaan olevan joukon tutkimiseen. Tutkimus toteutettiin sähköisen kyselylomakkeen avulla lokakuussa 2013. Vastauksia saatiin seitsemän kappaletta.</p> <p>Terveydenhoitajilta saamiemme vastausten perusteella jokainen heistä kohtaa työssään ongelmia alakouluikäisten ravitsemuksen, liikunnan ja unen suhteen. Tutkimustuloksissa korostui vanhempien ja perheen roolin merkitys terveystietoisuuden muutoksessa. Myös motivaatiolla on suuri merkitys tulosten aikaansaamiseksi, jotta muutokset terveystietoisuudessa olisivat pysyviä, on ne tehtävä vähitellen. Terveydenhoitajien käytössä yleisimmin esiintyviä terveydenedistämisen menetelmiä olivat Neuvokas perhe-menetelmä sekä erilaisten päiväkirjojen täyttäminen ja niiden analysointi yhdessä perheen kanssa.</p> <p>Mahdollisessa jatkotutkimuksessa voisi syventää jotakin käsittelemäämme terveystietoisuuden teemaa tai tutkia uusia terveystietoisuuden vaikuttavia tekijöitä, kuten ruutuaikaa tai päihteitä. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi myös olla vertailu alakouluikäisten ja yläkouluikäisten terveystietoisuudesta.</p>		
Avainsanat Kouluikäisen ylipaino ja lihavuus, kouluterveydenhuolto, perhekeskeisyys, terveyden edistäminen, terveystietoisuus.		
Muut tiedot		



Authors Kananen Eeva Poutanen Sini Pilvi	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 18.11.2013
	Pages 48	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title Public health nurses' views on elementary school children's nutrition, physical activity and sleep.		
Degree Programme Nursing		
Tutors HÄYRYNEN Teija; PUNNA Mari		
Assigned by Central Finland's Regional Health Care Center.		
<p>The aim of this bachelor's thesis was to study elementary school children's health behavior and factors affecting it - especially nutrition, physical activity and sleep - from a public health nurse's perspective. The objective of the study was to find out what kind of means and methods nurses use when intervening with young children's health behavior.</p> <p>A qualitative research method was employed in this study. The members of the target group worked in the health care centers of different municipalities, which meant that a qualitative survey conducted with a questionnaire was appropriate for studying a geographically dispersed group of people. The survey was conducted via e-mail during October 2013. Seven answers were received.</p> <p>The answers indicated that every nurse faces problems related to elementary school children's nutrition, physical activity and sleep. The results showed the importance of parents' and family members' role in changing health behavior. Motivation was also seen to be an important factor in gaining results. The respondents also thought that in order to achieve permanent results in health behavior, changes have to be implemented gradually. The most common health promotion methods were the Neuvokas perhe (Resourceful Family) - method and the filling of different journals and their analysis together with the family.</p> <p>Further research could more specifically study the themes now used or search for more facts considering health behavior, for example, time spent with TV or computer or intoxicants. Another topic of further research could also be a comparison between younger and older school children.</p>		
Keywords School-aged children's overweight and obesity, school nursing, family-centeredness, health promotion, health behavior.		
Miscellaneous		

Sisältö

1	JOHDANTO	3
2	KOULUTERVEYDENHUOLTO	4
2.1	Kouluterveysdenhuollon tehtävät ja tavoitteet	4
2.2	Terveydenhoitaja kouluterveysdenhuollossa	5
2.3	Kouluterveysdenhuollon työmenetelmät	7
3	KOULUIKÄISTEN LASTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	8
4	LASTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN TERVEYDELLISET VAIKUTUKSET	10
4.1	Lihavuus ja terveys	12
4.2	Lihavuuden psykososiaaliset vaikutukset	13
4.3	Ajankäytön vaikutus lihavuuden kehittymiselle	14
5	RAVITSEMUKSEN VAIKUTUS LASTEN YLIPAINOON JA LIHAVUUTEEN	16
5.1	Perheen merkitys kouluikäisen ravitsemuksessa	17
5.2	Välipalojen merkitys	18
6	LIIKUNNAN MERKITYS LASTEN YLIPAINON ENNALTAEHKÄISYSSÄ 20	
6.1	Liikunta lasten terveyden edistämisessä	20
6.2	Lasten ja nuorten liikuntasuosituksat	22
7	UNEN MERKITYS LIHAVUUTEEN	24
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	25
8.1	Tutkimuksen lähestymistapa	26
8.2	Aineistonkeruu	27
8.3	Tutkimuksen kohde	30
8.4	Tutkimuksen analysointi	30
9	TUTKIMUSTULOKSET	31
10	POHDINTA	35
10.1	Tulosten tarkastelu	36
10.2	Tutkimuksen luotettavuus	38
10.3	Tutkimuksen eettisyys	40
10.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	41
	LÄHTEET	42

LIITTEET.....	46
Liite 1. Tutkimuksen saatekirje.....	46
Liite 2. Kyselylomake	47

1 JOHDANTO

Lasten terveyskäyttäytymisessä on tapahtunut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana useita merkittäviä muutoksia, joidenkin ongelma-alueiden kohdalla on tapahtunut positiivistakin kehitystä, esimerkiksi nuorten alkoholin käyttö ja tupakointi ovat kääntyneet viime vuosina laskuun (Vuori, Kannas & Tynjälä 2004, 181). Valtaosa koululaisista koki itsensä vähintäänkin melko terveeksi WHO-koululaistutkimus kyselyn perusteella, pojat hieman tyttöjä yleisemmin (Välimaa 2004, 21–22).

Lasten ylipaino on merkittävä terveyskysymys, koska siihen johtaneet elintavat vaikuttavat myös aikuisuudessa ja niillä voi olla vakaviakin seurauksia. Tämän takia on tärkeää, että asiaan puututaan ennen kuin ongelmia edes ilmenee. (Lagström 2006, 284.) Kouluterveydenhoitajan työn kannalta koulut ja oppilaitokset ovat erityisen haastavia, sillä nuoruusikä on merkittävä ja tärkeä ihmisen myöhemmälle terveydelle ja hyvinvoinnille (Ruski 2002, 48–49). Kouluterveydenhoitajan työ voidaan jakaa yksilöön, ryhmään ja yhteisöön kohdistuvaan terveydenhoitoon. Oppilaiden kasvun ja kehityksen seuraaminen, seulonnat, terveyttä koskevista henkilökohtaisista asioista keskusteleminen, ensiapu ja sairaanhoito toimenpiteet ovat yksilökeskeisiä terveydenhoitomenetelmiä. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 376–378.)

Työmme tavoitteena on selvittää alakouluikäisten lasten terveyskäyttäytymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, erityisesti ravinnon, liikunnan ja unen

vaikutusta terveydenhoitajan näkökulmasta. Ylipainon ja lihavuuden kehittymiselle on useita eri syitä, mutta aihealueen laajuuden vuoksi tässä työssä käsittelemme vain edellä mainittuja teemoja.

Tarkoituksenamme on saada selville millaisia keinoja ja menetelmiä terveydenhoitajat käyttävät työssään alakouluikäisten terveyskäyttäytymiseen puuttumisessa.

2 KOULUTERVEYDENHUOLTO

Kouluterveydenhuoltoa säätelee terveydenhuoltolaki sekä sitä ohjaavat kouluterveydenhuollon opas 2002 sekä kouluterveydenhuollon laatusuositukset 2004 (Haarala ym. 2008, 373). Kunnan on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Kouluterveydenhuoltoon kuuluu myös oppilaan työelämään tutustuttamisen aikainen terveydenhuolto. (Terveydenhuoltolaki 2013.)

2.1 Kouluterveydenhuollon tehtävät ja tavoitteet

Kouluterveydenhuollon tehtävänä on turvata jokaiselle koululaiselle mahdollisimman terve kasvu ja kehitys ja siten luoda perusta terveelle aikuisuudelle. Se on kaikkien oppilaiden tasavertainen oikeus koko maassa riippumatta varallisuudesta, sukupuolesta tai äidinkielestä. Kouluterveydenhuollon tehtävänä on osallistua koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, sekä koulun työolojen ja koulutyön terveellisyyden ja turvallisuuden

valvontaan ja edistämiseen. Yhtenä tärkeimmistä tehtävistä ovat myös oppilaan hyvinvoinnin ja terveyden seuraaminen, arviointi ja edistäminen. Näiden lisäksi kouluterveydenhuolto osallistuu oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja selvittämiseen yhteistyössä muun oppilashuoltohenkilöstön ja opetushenkilöstön kanssa. (Stakes 2002, 28.)

Oppilaan hyvinvoinnin ja terveyden kokonaisvaltainen seuraaminen, arviointi ja tukeminen sekä varhainen ongelmiin puuttuminen ja oppilaan välitön auttaminen ovat osa kouluterveydenhuoltoa. Kouluterveydenhuollon keskeisiä tehtäviä ovat myös jatkotutkimusten ja hoidon järjestäminen sekä hoidon ja kuntoutuksen koordinointi. Suun terveydenhoito sisältyy oppilaan henkilökohtaiseen terveydenhoitoon, tosin se toteutuu pääosin hammashuollon piirissä. Oppilaiden henkilökohtaisessa terveystiedon opetuksen kehittämisessä ja toteuttamisessa kouluterveydenhuollolla on merkittävä rooli yhdessä oppilashuollon muiden työntekijöiden ja opetushenkilöstön kanssa. (Stakes 2002, 28-29.)

2.2 Terveydenhoitaja kouluterveydenhuollossa

Kouluterveydenhoitajan työn kannalta koulut ja oppilaitokset ovat erityisen haastavia, sillä nuoruusikä on merkittävä ja tärkeä ihmisen myöhemmälle terveydelle ja hyvinvoinnille (Ruski 2002, 48-49). Kouluterveydenhoitajan tehtävä on vastuullinen ja vaativa, kouluterveydenhoitaja on kouluyhteisön terveyden edistämisen asiantuntija (Stakes 2002, 31). Kouluterveydenhoitajan asiantuntemuksen tulee olla niin opettajien, vanhempien kuin oppilaiden saatavissa (Ruski 2002, 48-49).

Koululääkärillä on lääketieteellinen vastuu, työparina terveydenhoitajan kanssa he osallistuvat molemmat kouluuyhteisön terveyden edistämiseen ja oppilashuoltotoimintaan terveydenhuollon asiantuntijoina (Haarala ym. 2008, 376). Kouluterveydenhoitajan työ vaatii eri ammattiryhmien yhteistä työskentelyä onnistuakseen, näin ollen terveydenhoitajalta vaaditaan kykyä moniammatilliseen työskentelyyn. Tärkeimpänä työparina toimii lääkäri, tarvittaessa mukana ovat vanhemmat, opettajat, koulun muut työntekijät kuten psykologi, tukioppilaat, nuorisotoimi, sosiaalitoimi, poliisi, seurakunnan nuorisotyöntekijät, sekä muut virkamiehet. (Ruski 2002, 49–50.)

Yhteisötasolla työ koostuu kouluuyhteisön terveyden edistämisen suunnittelusta ja toteutuksesta. Kouluterveydenhoitaja ja -lääkäri työparina osallistuvat terveystiedon ja oppilashuollon opetussuunnitelmien ja terveyttä ja turvallisuutta edistävien toimintamallien laatimiseen. (Haarala ym. 2008, 376–378.)

Terveyden edistämiseen kuuluu erilaisia auttamismenetelmiä. Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset ovat kouluterveydenhuollon keskeinen työmuoto, näillä arvioidaan fyysistä ja psyykkistä kasvua ja kehitystä, sekä pyritään löytämään mahdolliset sairaudet ja mahdolliset terveyttä ja hyvinvointia uhkaavat tekijät riittävän ajoissa. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 27.)

Kouluterveydenhuollossa terveystarkastuksia on neljänlaisia. Laaja-alaisia terveystarkastuksia peruskoulussa on kolme, koulunkäynnin alkaessa ensimmäisellä luokalla, murrosiän alettua viidennellä luokalla ja peruskoulussa kahdeksannella luokalla. Laaja-alaisiin terveystarkastuksiin olisi tärkeää saada myös vanhemmat mukaan, näiden välivuosina on terveydenhoitajan ja

oppilaan terveystapaamisia. (Haarala ym. 2008, 377.) Erityisesti terveystarkastukset ovat niitä tilanteita, joissa mahdolliset puutokset ja kehittämiskohdeet oppilaan terveyskäyttäytymisessä havaitaan herkimmin (Ivanoff ym. 2007, 27).

2.3 Kouluterveydenhuollon työmenetelmät

Kouluterveydenhuollossa toimivien terveydenhoitajien yleisimmin käytetyt terveydenedistämisenmenetelmät ovat henkilökohtainen keskustelu ja ohjaus, sekä jaettavan kirjallisen terveyskasvatusmateriaalin käyttö (Ruski 2002, 50–52). Kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmaan sisältyvät terveystapaamiset ovat kattavia määräaikaista tapaamisia, joissa kouluterveydenhoitaja voi tutustua oppilaaseen, tapaamisten tulee kattaa kaikki kouluterveydenhuollon oppilaat. Määräaikaista tapaamisia tulee olla laaja-alaisten terveystarkastusten väli vuosina. Terveystapaamisissa oppilaalle tulee antaa mahdollisuus tuoda esille omia asioitaan ja mahdollisia huoliaan, keskustelun sisältö suunnitellaan oppilaan ikätasoon sopivaksi ja tavoitteeltaan yhteneväksi. Näissä tapaamisissa tärkein työmenetelmä on terveyskeskustelu, sen tulee olla asiakaslähteistä ja antaa oppilaalle mahdollisuuden kertoa omasta elämästään avoimesti. Rauhallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri mahdollistaa vaikeidenkin asioiden esille ottamisen, esimerkiksi koulukiusaamisen. (Stakes 2002, 39.)

Koululaisten terveyteen vaikuttaa keskeisesti perhe, jossa lapsi kasvaa, sillä perheissä luodaan hyvinvoinnin ja terveyden perusta (Terho 2002, 406). Perheen ja vanhemmuuden tukeminen sekä perheiden elämänmuutosten huomiointiin ottaminen edellyttävät varhaista tukea, näin voidaan turvata yksittäisten perheenjäsenten terveys, perheen toimivuus ja kyky ratkaista ongelmia. Me-

netelmien avulla vahvistetaan perheiden kokonaisvaltaista hyvinvointia ja vanhempien kyky tehdä hyvinvointia edistäviä päätöksiä helpottuu, jos he kokevat pystyvänsä vaikuttamaan perhettä koskeviin päätöksiin. (Pietilä 2002, 165.) Nuorimpien oppilaiden tapaamiseen on hyvä kutsua vanhemmat mukaan (Ruski 2002, 50–52).

Terveystapaamiset voivat sisältää myös seulontatutkimuksia, tapaamisten päätteeksi päivitetään oppilaan henkilökohtainen terveydenhuoltosuunnitelma. Seulontatutkimukset antavat hyvän mahdollisuuden oppilaiden tapaamisiin. Seulontatutkimuksilla tarkoitetaan koko ikäluokkiin kohdistuvia määräaikaista tutkimuksia, niiden avulla etsitään jotain piilevää sairautta, terveydellistä riskitekijää tai ongelmaa. Riski voi olla fyysinen, psyykinen tai elämäntapoihin liittyvä. (Stakes 2002, 39.)

Terveyden edistämässä tulee käyttää henkilökohtaisen keskustelun lisäksi myös muita terveysneuvontamenetelmiä, erityisesti tarve toiminnallisten ja vuorovaikutuksellisten menetelmien käytölle on suuri. Yksilöiden ja yhteisöjen osallistuminen käytännössä terveysneuvonnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin on tärkeässä roolissa. Erilaisten työmenetelmien käyttö edellyttää työntekijältä laaja-alaista osaamista ja jatkuvaa oman asiantuntijuuden kehittämistä. (Ruski 2002, 49–51.)

3 KOULUIKÄISTEN LASTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Terveyskäyttäytyminen määritellään yksilön käyttäytymiseksi ja valinnoiksi terveyteen vaikuttavissa asioissa. Terveyskäyttäytyminen muodostuu tavallisesti jo lapsuudessa tai nuoruudessa vakiintuneiden, usein tiedostamattomien tottumusten pohjalta, myös tietoiseen pyrkimykseen perustuva käyttäytyminen ja valinnat vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen. (Terveyskirjasto 2013.) Terveyskäyttäytyminen on perimän, yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen tulos (Fogelholm 2006, 131).

Yksilön terveyskäyttäytymiseen ja terveyteen läheisimmin vaikuttavaa ympäristöä kutsutaan mikrotasoksi. Tähän kuuluvat perhe, päiväkotiryhmä ja koululuokka sekä läheisimmät ystävät. Nämä muodostavat sosiaalisesta ympäristöstä merkittävimmän osan, jotka omilla esimerkeillään muokkaavat yksilön psyykkisiä edellytyksiä toimia ja käyttäytyä tietyllä tavalla. Esimerkiksi lasten terveyskäyttäytymiseen on todettu olevan yhteydessä vanhempien fyysinen aktiivisuus ja syömistottumukset. Mikrotasolla sosiaalisen ympäristön lisäksi terveyskäyttäytymiseen vaikuttaa fyysinen ympäristö, kuten koulun pihan lähiliikuntapaikka. Mikrotasoa hieman laajempi ympäristö, johon ihminen on säännöllisesti, mutta harvemmin yhteydessä, ja jotka ovat vähemmän merkityksellisiä, kutsutaan mesotasoksi. Mesotasolla ihmiset voivat myös vaihtua, tähän tasoon ei kuulu lähipiiri, vaan esimerkiksi lapsen koulussa oppilaat, jotka eivät ole samalla luokalla. Mesotason fyysinen ympäristö muodostuu muun muassa naapurustosta, jossa lapsi elää sekä lähikaupan elintarvikevalikoimasta. Makrotasona käsitetään yhteiskunta, jossa ihminen elää, siihen kuuluen kulttuuri, yhdyskuntarakenne, lait ja asetukset sekä joukkotiedotusvälineet. Liikennejärjestelmät ja kaavoitus ovat makrotason fyysistä ympäristöä. Tärkeintä on havaita miten fyysinen ja sosiaalinen ympäristö vaikuttavat ihmisen toimintaan, rajan eri tasojen välillä ollessa epäselvä. (Fogelholm 2006, 131–133.)

Fyysisesti passiivisten lasten osuus on kasvanut ja vähentynyt liikkuminen yhdessä ravintotottumuksissa tapahtuneiden muutosten kanssa on lisännyt ylipainoisuutta ja lihavuutta terveyttä vaarantavalla tavalla. Terveyskäyttäytymisellä on usein pitkällä aikavälillä ratkaiseva vaikutus yksilön terveyteen ja tämän riskiin sairastua, esimerkiksi koko ikänsä ylipainosta huonojen ruokailutottumusten vuoksi kärsineellä on suurempi riski sairastua useisiin eri tauteihin kuin normaalipainoisella. Usein mitä vaikeammasta lihavuudesta kyse, sitä nuoremmalla iällä lihominen on alkanut. (Terveyskäyttäytyminen 2013.)

4 LASTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN TERVEYDELLISET VAIKUTUKSET

Suomessa ja muualla teollisuusmaissa lasten lihavuus on yleistynyt huomattavasti kaikissa ikäryhmissä. Yleisesti ajateltuna väestön lihomisen taustalla on elinympäristön muuttuminen lihomista edistäväksi. Tämä muutos ilmenee esimerkiksi työ- ja arkiliikunnan vähenemisenä, elintarvikkeiden pakkauskojen ja ruoka-annosten suurenemisenä ja ravitsemussuosituksista poikkeavien kulutustottumusten lisääntymisenä. (Käypä hoito 2012.)

Lapsuusiän ylipainon ja lihavuuden diagnoosi perustuu pituuspainon määrittämiseen, tämä tarkoittaa pituuden ja painon mittaamista sekä pituuteen suhteutetun painon määrittämistä (Haglund, Huupponen, Ventola, Hakala-

Lahtinen 2010, 137). Lapsuusiän ylipainolla tarkoitetaan kouluikäisten kohdalla 20- 40 prosentin pituuspainon ylitystä. Lihavuudesta puhutaan kun pituuspainon ylitys on yli 40 prosenttia. Tärkeää on havaita muutos lapsen painokäyrässä. Jatkuva nousu viittaa lihomiseen ja ylipainon rajan ylittäneillä ennakoi lihavuutta. Vyötärön ympärysmitta mittaa keskivartalolihavuutta. Tämä tarkoittaa vatsaonteloon kertyneen viskeeraalisen rasvan määrää ja sen aiheuttaman insuliiniresistenssin ja valtimotaudin riskitekijöiden astetta myös lapsilla ja nuorilla. Suomalaisilla lapsilla ei toistaiseksi ole määritetty vyötärön ympärysmittan viitearvoja. (Käypä hoito 2012.)

Silmämääräisesti ei ole helppoa arvioida lasten ylipainoa, ja usein vanhemmista yli puolet arvioivat virheellisesti lapsensa painon normaaliksi.

Tästä syystä lasten painoa tulee arvioida vaa'an ja pituusmittan avulla. Lasten painoindeksi lukema kertoo onko lapsi normaalipainoinen, ylipainoin vai alipainoinen, ja se määritetään lapsen painon ja pituuden perusteella. (Dunkel, Saarelma & Mustajoki 2012.) Lasten painoindeksi lasketaan samalla tavalla kuin aikuistenkin, mutta painoindeksiluku ei sellaisenaan ole vertailukelpoinen aikuisten indeksin kanssa, koska kehon mittasuhteet ovat lapsilla erilaiset kuin aikuisilla ja muuttuvat kasvun eteenpäin myötä. Tämän takia lasten painoa tulee aina arvioida käyttäen aikuista vastaavaa painoindeksiä, jossa lasten painoindeksi muutetaan iänmukaisella kertoimella aikuista vastaavaksi. (Dunkel ym. 2012.)

Kuten aiemmin mainittu lapsen pituuskasvun ja painon seurantaan käytetään myös pituus-painokäyriä, erityisesti rajatapauksissa ne saattavat antaa tuloksia, jotka poikkeavat lasten painoindeksistä, johtuen muun muassa lasten välisistä rakenne-eroista. Pituus-painokäyrän mukaan lapsi voi olla lievästi yli- tai alipainoinen, mutta painoindeksi ilmoittaa hänen olevan normaalipainon

puolella, tämä kuvastaa sitä, että lasten ylipainon arviointi ei ole täysin yksiselitteistä tai grammantarkkaa. (Dunkel ym. 2012.)

Ylipainoisten lasten osuus sekä tytöissä että pojissa kasvaa erityisesti koulun aloittamisen jälkeen. Pojilla ylipainoisten osuus pysyy melko vakiona 12-vuotiaista 18-vuotiaisiin kun taas tytöissä ylipainoisia vaikuttaa olevan runsaimmin esimurros- ja murrosiässä. (Lagström 2006, 286.)

4.1 Lihavuus ja terveys

Lapsuusiän lihavuus on usein pysyvää ja aiheuttaa terveysongelmia aikuisiällä. Erilaisissa seurantatutkimuksissa on todettu, että lihavasta lapsesta tulee todennäköisesti myös lihava aikuinen, varsinkin mitä myöhäisimmässä vaiheessa lihavuus todetaan. Yleisesti arvioidaan, että lapsena ylipainoisista 50–80 prosenttia on ylipainoisia myös aikuisina. (Lihavuuden aiheuttamat terveyshaitat hallintaan 2012.) Vanhempien paino vaikuttaa riskiin merkittävästi, sillä kotona opitut ravitsemustottumukset muodostuvat jo varhain lapsuudessa (Salo & Mäkinen 2006, 292–293).

Ylipaino ja lihavuus lisäävät terveydenhuoltojärjestelmän kuormitusta sillä ylipainon on todettu olevan yhteydessä useisiin sairauksiin, kuten esimerkiksi sepelvaltimotautiin, kohonneeseen verenpaineeseen ja diabetekseen. Lasten ylipainon ja lihavuuden lisääntymisen katsotaan nostaneen tyypin 2 diabeteksen esiintymistä. (Lagström 2006, 284.) Sairastuminen tyypin 2 diabetekseen jo nuoruusiässä johtaa myös sairauteen liittyvien elinmuutosten ja sydän- ja verisuonitautien ilmaantumiseen aiempaa varhaisemmin (Salo & Mäkinen 2006, 294). Ylipaino tai lihavuus aiheuttaa harvoin välittömiä ja vakavia fyysi-

siä sairauksia lapsille. Fyysiset haitat ilmenevät usein vasta aikuisiällä (Mikkilä 2002, 921). Lihavuus voi aiheuttaa lapsille polvikipuja tai muita tuki – ja liikuntaelimestön ongelmia. Lihavan lapsen elämänlaatu voi kärsiä myös kömpelyyden takia ja tämä voi vaikuttaa liikunnan harrastamiseen vähentäen sitä. (Kaisanlahti 2008, 28.)

4.2 Lihavuuden psykososiaaliset vaikutukset

Jo lapsuus- ja nuoruusiässä lihavuus vaikuttaa ennen kaikkea elämänlaatuun huonontaan sitä verrattuna normaalipainoisiin ikätovereihinsa. Ylipainoisilla lapsilla on todettu esiintyvän esimerkiksi masentuneisuutta ja yksinäisyyttä. Samat ongelmat korostuvat ylipainoisilla ihmisillä vielä aikuisiässäkin. (Käypä hoito 2012.)

Terveysteen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä ulkomuotoon liittyvät elämänlaadun osa-alueet ovat usein lihavilla lapsilla huonommat kuin muilla lapsilla. Sen sijaan koulunkäyntiin, perheeseen tai psykologiseen hyvinvointiin liittyvä elämänlaatu ei lihavilla lapsilla johdonmukaisesti poikkea normaalipainoisista lapsista. Itsetunnon ja lihavuuden välinen yhteys ei lapsilla kuitenkaan ole yksiselitteinen, liikunnallisuuteen tai fyysiseen suoriutumiseen ja ulkomuotoon liittyvä itsetunto saattaa olla lihavilla lapsilla huonompi, kuin heidän normaalipainoisilla ikätovereillaan. Liikapaino voi lisätä kiusaamista, ylipainoiset ja lihavat lapset kokevatkin syrjintää ja leimaamista painonsa vuoksi, erityisesti länsimaisessa kulttuurissa on voimakkaita ennakkoluuloja ylipainoisia ja lihavia kohtaan. (Käypä hoito 2012; Lehtinen & Lehtinen 2007.) Kokemus kavereiden ja perheenjäsenten kiusaamaksi joutumisesta on tavallista. Ylipainoiset tytöt näyttävät tulevan ylipainoisia poikia useam-

min kiusatuiksi ja sosiaalisesti eristetyiksi. (Käypä hoito 2012; 68; Salo ym. 2006, 296.)

Useiden tutkimusten perusteella on osoitettu ylipainoisilla ja lihavilla lapsilla olevan normaalipainoisiin ikätovereihin verrattuna enemmän oman ruumiinkuvan häiriöitä. Psykiatrisia häiriöitä on havaittu erityisesti tytöillä, heille lihavuus on suurempi riski itsetunto-ongelmille, sillä oma ruumiinkuva on tytöille tärkeä osa itsetuntoa. Lihavuuden takia psykiatriseen hoitoon hakeutuneilla lapsilla on todettu myös kehityshäiriöitä, ahdistusta sekä syömishäiriöitä. (Salo ym. 2006, 296.) On tärkeä tiedostaa, että kaikille lapsille lihavuudesta ei aiheudu ongelmia sosiaalisessa elämässä ja suurin osa heistä selviytyy elämässä hyvin ja pystyy rakentamaan kestäviä sosiaalisia ystävyys-suhteita (Janson & Danielsson 2005, 44–45).

4.3 Ajankäytön vaikutus lihavuuden kehittymiselle

Lasten tulisi välttää yli kahden tunnin pituisia istumisjaksoja ja ajankäyttö viihdemedian parissa tulisi rajoittaa kahteen tuntiin päivässä (Tammelin & Karvinen 2008). Koulumatkojen kulkeminen ja asioiminen kävellen tai pyörällä on vähentynyt. Lyhyitäkin matkoja liikutaan yhä useammin autolla. Sosiaalisia suhteita hoidetaan kännyköillä ja internetissä sen sijaan, että kaverit mentäisiin tapaamaan kävellen.

Kouluikäisten lasten ajankäytön suunnittelu on vanhempien ja perheen vastuulla. Vapaa-aikaa vietetään nykyään paljon passiivisesti istuen television ja tietokoneiden ääressä, mikä johtaa liikunnan vähentymiseen ja ylipaino-ongelmiin. Lasten ajankäytöstä puhuttaessa erityisesti huolta on kannettu siitä,

kuinka suuren osan ajasta tietokone tai televisio vie lapsen arjessa, heijastuen liikuntaan tai ulkoiluun käytettävän ajan vähenemisenä. Myös lapsen yksinolon ja aikuisen läsnäolon vähyydestä ollaan huolissaan. (Miettinen & Rotkirch 2012, 11–12.)

Ruutuajan eli television katselun ja tietokoneella pelaamiseen tai muuhun tietokoneella puuhailuun kuluvan ajan osuus nuorten arkipäivästä on kasvanut selvästi viimeksi kuluneina kymmenenä vuotena. Tietokone on syönyt aikaa televisiolta, tietokoneella vietetty aika on lähes kaksinkertaistunut peruskouluikäisillä ja kolminkertaistunut tätä vanhemmilla pojilla. Tyttöillä muutos on ollut vielä suurempi, mutta heillä tietokoneen parissa vietetty aika jää poikia vähäisemmäksi. Samalla liikuntaan ja ulkoiluun sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen käytetty aika on vähentynyt sekä tytöillä että pojilla. (Miettinen & Rotkirch 2012, 103–104.) Långströmin (2010, 88) mukaan 15 % ala-asteikäisistä lapsista viettää arkisin viihdemedian parissa aikaa yli kaksi tuntia. Viikonloppuisin luku on 47 %.

Harrastukset sekä kavereiden kanssa ajan viettäminen vievät lasten ja nuorten aikaa arkisin, kuitenkin peruskouluikäisistä nykyään yhä suurempi osa on kotona koulun jälkeen. Kotiintuloaika iltaisin on useissa perheissä aikaistunut ja lisää näin lasten kotona viettämää aikaa. Lapsiperheiden vanhempien kotonaolo arki-iltaisin on hieman lisääntynyt ja perheenjäsenet viettävät nykyään aikaa enemmän kotona kuin vielä kymmenen vuotta sitten. (Miettinen & Rotkirch 2012, 96.) Tämä ei kuitenkaan ole lisännyt perheen yhdessä viettämää aikaa, vaan median parissa vietetty aika on lisääntynyt (Lehtinen & Lehtinen 2007, 98).

5 RAVITSEMUKSEN VAIKUTUS LASTEN YLIPAINON JA LIHAVUUTEEN

Ravitsemustottumukset muotoutuvat jo varhain lapsuudessa, kansansairauksien ehkäisemiseksi on tärkeää vaikuttaa lapsen ravitsemustottumuksiin jo varhaisessa vaiheessa. Ylipainon ja lihavuuden syynä on tavallisimmin energian saannin ja energian kulutuksen välinen epätasapaino. Runsasenergisien, vähän marjoja ja kasviksia sisältävä ruokavalio, sekä liikkumattomuus kasvattavat rasvakudosta yhtäläillä lapsilla kuin aikuisillakin. Myös ruoan laadulla on merkitystä lihavuuden lisääntymiselle. (Käypä hoito 2012.)

Ruokamäärät pysyvät kohtuullisina ja terveellisen ruokavalion periaatteet toteutuvat lautasmallin avulla. Aterialla puolet lautasesta täytetään tuoreilla tai keitetyillä kasviksilla. Lautasmallissa neljäsosa muodostuu perunasta, pastasta tai riisistä ja yksi neljännes koostuu vähärasvaisesta – ja suolaisesta lihasta, kanasta tai kalasta. Pääruoan lisäksi voi nauttia palan vähäsuolaista täysjyväleipää kasvismargariinilla sekä lasin rasvatonta maitoa tai piimää. Salaatinkastikkeen tulee olla öljypohjainen. Laatikkoruokaa syödessä puolet lautasesta koostuu kasviksista ja puolet itse ruoasta. Keittoruuan kanssa kannattaa syödä lautasellinen salaattia. Lasten aterian muodostamisessa noudatetaan samanlaista mallia, kuin aikuistenkin suhteen, ainoastaan annoskoko on pienempi. Kouluruokailussa noudatetaan lautasmallin toteutumista, tämä on määritelty perusopetuslaissa. Kovan rasvan ja suolan käyttöä vältetään kouluruokailussa. (Haglund ym. 2010, 134-136.)

Kouluikäinen lapsi tarvitsee monipuolisen ja tasapainoisen ruokavalion. Lisäksi tärkeää kouluikäisen ravitsemuksessa ovat riittävä D-vitamiinin ja kalsiumin saanti sekä ateriarytmi ja välipalat. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008,

77.) 2-18-vuotiaille lapsille D-vitamiinilisän saantisuositus on 7,5 mikrogrammaa vuorokaudessa ympäri vuoden, D-vitamiinin ohella kalsiumin riittävä saanti on luuston terveyden kannalta erittäin tärkeää. (Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon 2005.) Lisäksi suositellaan kalaa vähintään kaksi kertaa viikossa sekä D-vitamiinoituja maitovalmisteita noin puoli litraa päivässä ja vitamiinoituja margariineja päivittäin leivän päälle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Virvoitusjuomia, makeisia ja erilaisia pikaruokia tulisi kouluikäisen syödä harvoin ja harkiten. Tässä vanhemmilla on suuri merkitys, sillä heidän ostopäätöksensä vaikuttavat suoraan koululaisen terveyteen. (Haglund ym. 2010, 136.)

5.1 Perheen merkitys kouluikäisen ravitsemuksessa

Ruokailuhetket ovat oppimistilanteita, joissa aikuiset ovat lapselle tärkeitä roolimalleja syömisen suhteen. Ruokailutottumukset opitaan jo varhaisessa lapsuudessa. Lapsi tarkkailee, mitä ja miten muut syövät sekä oppii aikuisten valinnoista ja ruokapuheista. Lapsi ei osaa itse erottaa epäterveellistä ja terveellistä ruokaa toisistaan, vaan aikuisen tehtävä ja vastuu on opastaa lasta terveellisiin ruokatottumuksiin. (Neuvokas perhe 2012.) Lasten lihavuuden hoidossa perhe on keskeisellä sijalla ja vanhempien motivointi elämäntapamuutokseen on ensisijaista, koska lapsi ei itse pysty tarvittavaa pitkäjänteiseen toimintaan. (Kaisanlahti 2008, 28.) Lapsuus- ja nuoruusiällä on keskeinen merkitys ihmisen myöhemmälle hyvinvoinnille, koska silloin luodaan perusta terveydelle (Terho 2002, 18). Perheessä ravitsemustottumukset ovat yhteneväisiä, sillä lasten ravitsemus muodostuu niistä samoista ruoka-aineista, joita kotonakin syödään (Ojala & Arffman 2010, 134).

Värikäs ja maistuva ruoka, sekä säännölliset ruoka-ajat tukevat lapsen kasvua ja kehitystä sekä auttavat jaksamaan. Lapsuudessa opitut terveelliset ruokattottumukset säilyvät helpommin läpi elämän. (Neuvokas perhe 2012). Säännöllinen päivärytmi muodostaa hyvän pohjan lapsen lihavuuden ehkäisylle ja hoidolle. Joka päivä olisi hyvä nauttia kunnollinen aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala. Tutkimukset ovat osoittaneet, että niissä perheissä joissa nautitaan joka päivä perheen yhteinen lämmin ateria on muita terveellisemmät ruokattottumukset. Lihottavien välipalojen määrä on todettu kasvavan lapsilla, kun säännöllinen ateriarytmi puuttuu. (Kaisanlahti 2008, 28-29.)

Vanhempien tiedon taso terveellisestä ruokavaliosta ja syömisestä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä vaihtelee paljon. Vanhempien sosioekonominen taso vaikuttaa merkittävästi terveyskäyttäytymiseen ja tietoon terveydestä. Lasten ylipainoa esiintyy eniten alhaisessa sosioekonomisessa luokassa. (Ojala & Arffman 2010, 134.) Lapsuus- ja nuoruusiällä on keskeinen merkitys ihmisen myöhemmälle hyvinvoinnille, koska silloin luodaan perusta terveydelle (Terho 2002, 18).

5.2 Välipalojen merkitys

Koulun jälkeen lapsille tulisi varata monipuolista ja yksinkertaista välipalaa kuten täysjyväleipää, maitoa, jogurttia, kaakaota, rahkaa, leikkeleitä kasviksia ja hedelmiä. Keitto - ja laatikkoruuat ovat helppoja päivällisvaihtoehtoja kiireiseen arkeen, sillä niiden lämmittäminen on kätevää myös koululaiselle itselle. Ennen harrastuksiin lähtemistä tulee huolehtia, että koululainen on syönyt hyvän välipalan. Iltapalalla on tärkeä merkitys, erityisesti jos päivällistä ei

ole syöty. Iltapalaksi soveltuu hyvin esimerkiksi lämmin kaakao ja sämpylä leikkeleillä. (Haglund ym. 2010, 136.)

Perinteinen ruokailukulttuuri on korvautumassa nopeilla ja helpoilla välipaloilla, kuten perunalastuilla, makeilla mehuilla, virvoitusjuomilla ja makeisilla. Näiden kulutus on kasvanut voimakkaasti niin aikuisten kuin lastenkin keskuudessa. (Lagström 2006, 290.) Osa vanhempien kasvatustyötä on kasvua edistävien ruoka-aine valintojen tekeminen. Se on huomioitava, että lapset eivät osta perheen ruokatarvikkeita, jos lapsilla on käytössään taskuraha, tulisi sen käytöstä yhdessä tarkasti sopia. Terveellinen ja monipuolinen arki-ruoka on parasta lapsen hyvinvoinnille, herkut tulisi säästää vain tiettyihin ajankohtiin. (Lehtinen & Lehtinen. 2007, 68.)

Lasten yksin vietettyjen tuntien määrä kotona on selvässä yhteydessä fyysisiin elintoimintoihin, esimerkiksi väsymykseen, nukkumisvaikeuksiin, sekä heikkoon itsetuntoon. Usein tekemisen puute johtaa rasvaisten ja makeiden välipalojen naposteluun ajan kulumiseksi. Yksinolo altistaa helposti herkuttelulle, etenkin jos kotona on tarjolla paljon houkutuksia. Vanhempien tulisi huolehtia, ettei lasten ateriaväli venyisi liian pitkäksi, sillä tämä johtaa usein isojen annoskokojen syömiseen kerralla. Tärkeää on myös huolehtia ruokailuhetken rauhoittamisesta, sillä usein nopeasti hotkittu ruoka ei tuo kylläisyyden tunnetta niin nopeasti kuin rauhassa syöty. Tasapainoinen ruokavalio mahdollistaa myös herkuttelun, joista kuitenkin on hyvä sopia vanhempien kanssa etukäteen. Esimerkiksi yksi herkuttelupäivä viikossa on sopiva, tällöin tulee kuitenkin huolehtia siitä, ettei rasvaisten ja makeiden herkkujen määrä kasva kohtuuttomaksi. (Kaisanlahti 2008, 28-29.)

6 LIKUNNAN MERKITYS LASTEN YLIPAINON ENNALTAEHKÄISYSSÄ

Lapsen hyvinvoinnin perustana kunnollisen ja monipuolisen ravinnon sekä riittävän huolenpidon lisäksi on liikunta. Liikunnan terveystvaikutukset kehitykselle muodostuvat sen fyysisten, motorististen, psyykkisten sekä sosiaalisten etujen vuoksi. (Nuutinen 2006, 318-319.) Kouluikäisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä liikunnalla on merkittävästi mahdollisuuksia. Yhteiskunta on muuttunut viimeisten vuosikymmenten aikana niin, että liikunta ei enää ole itsestäänselvyys jokaisen kouluikäisen päivässä. Arkipäivään kuuluva liikunta ja fyysinen aktiivisuus ovat vähentyneet. Lapset ja nuoret ovat lihonneet ja heidän fyysinen kuntonsa on heikentynyt, tämä uhkaa myös tulevaisuudessa kansanterveyttä ja työkykyä. (Nuori Suomi ry 2008, 10.)

6.1 Liikunta lasten terveyden edistämässä

Lapsella on luontainen tarve liikkua, ja lapsen normaalille fyysiselle kasvulle kehitykselle liikunta on edellytys. Lapsi tarvitsee päivittäisen hyvinvointinsa ja terveytensä edistämiseksi fyysistä aktiivisuutta. (Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005.) Liikunta-aktiivisuus vähenee iän myötä, lapset liikkuvat enemmän kuin nuoret, erityisesti raskas liikunta vähenee ja harrastettujen liikuntamuotojen valikoima kapenee. Eniten aikuisena liikkuvia on niiden joukossa, jotka ovat kouluiässä harrastaneet säännöllisesti varsin tehokasta liikuntaa useiden vuosien ajan. Lasten ja nuorten liikunnan edistämässä tärkeää onkin murrosikäisten, lihaviiden ja koulussa heikoimmin menestyvien lasten tukeminen, sillä heillä fyysinen aktiivisuus on suositukseen näh-

den vähäistä. Liikunnan harrastamisen mahdollisuuksia tulee edistää esimerkiksi parantamalla ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia sekä korostamalla vanhemmilta saadun tuen merkitystä sekä edistämällä vanhempien omaa fyysistä aktiivisuutta. (Fogelholm, Vuori & Vasankari 2011, 76; Nuori Suomi 2008, 48.)

Säännöllinen liikunta kasvattaa rasvattoman kudoksen määrää kehossa edistämällä myönteistä kehonkuvaa. Liikunta lisää lihaskoordinaatiota ja edistää oppimista, sekä lisää luottamusta omiin taitoihin ja vahvistaa minäkuvaa. Liikunnan sosiaaliset vaikutukset ovat merkittäviä, sillä joukkuepeleissä lapsi laajentaa kaveripiiriään ja hänen yhteistyötaitonsa kehittyvät. Liikunta vaikuttaa myönteisesti lapsen energiatasapainoon lisäten energian kulutusta ja tukien syömisen hallintaa vähentämällä napostelua. Passiivisuus esimerkiksi televisiota katsottaessa tai tietokoneella istuttaessa lisää lasten napostelua ja kasvattaa lihomisen vaaraa. Lasten painonhallinnassa liikunnan lisääminen on keskeisellä sijalla, sillä kasvun turvaamiseksi ruokavalion energiamäärää ei voi merkittävästi vähentää. (Nuutinen 2006, 318-319; Fogelholm ym. 2011, 76.) Liikunnalla on monia edullisia vaikutuksia terveyteen koko elämänkulun varrella, tähän vaikuttavat koko ajan myös perimä ja ympäristö. Perimä vaikuttaa sekä fyysiseen aktiivisuuteen, fyysiseen kuntoon ja terveyteen mutta myös siihen millaisia yksilöllisiä terveystuloksia liikunta saa aikaan. (Nuori Suomi ry. 2008, 51.)

Vartalon ja raajojen suurten lihasryhmien lihasvoimaa kehittävää voimaharjoittelua, sydän – ja hengityselimistöön kuntoa ja sydän – ja verenkiertoelimistöä ja metabolisten sairauksien riskitekijöitä parantavaa ja paljon kuormittavaa aerobista liikuntaa, sekä luustoa kuormittavaa liikuntaa on suositeltavaa harjoittaa vähintään kolme kertaa viikossa. Jo lapsilla liikunnan havaitaan li-

säävän sydän - ja verisuonisairauksien riskitekijöitä, joten liikunnan voidaan ajatella suojelevan pitkäaikaissairauksilta, niin oman itsenäisen vaikutuksensa johdosta että helpottamalla painonhallintaa. Tuki – ja liikuntaelimityksen kehittyminen, psykososiaaliset vaikutukset sekä liikuntatottumusten muotoutuminen ja säilyminen aikuisuuteen ovat lasten ja nuorten tärkeimmät terveydelliset perusteet. Lasten liikuntataidot, liikkuvuus ja liikehallinta kehittyvät ensimmäisen kymmenen vuoden aikana. Kiipeäminen, pallopelit sekä juoksu ja hyppelyä vaativat leikit ovat hyviä liikuntataidon monipuolisia kehittäjiä. Riittävät liikunnalliset ärsykkeet ovat luuston kehittymiselle välttämättömiä, näitä ärsykejä tulisi etenkin murrosiän kynnyksellä harjoittaa useasti esimerkiksi erilaisten pallopelien avulla. Lapsen myönteistä minäkuvaa vahvistavat hyvin suunniteltu liikunta, yhdessä leikkiminen ja joukkuepelit, sillä ne tukevat vuorovaikutuksen ja toisten huomioon ottamisen kehittymistä. Yhdessä tekeminen on myös lapselle sosiaalista pääomaa. Perheliikunta on myös lasten ja vanhempien väliselle vuorovaikutukselle hyvä tilaisuus. (Fogelholm ym. 2011, 64, 83-84.)

6.2 Lasten ja nuorten liikuntasuositukset

Lasten ja nuorten liikuntasuositusten mukaan lapsen tulisi liikkua kohtuullisen raskaasti vähintään kahden tunnin ajan päivässä monipuolisesti ja ikään soveltuvalla tavalla, tällaista liikuntaa voi olla esimerkiksi koulumatkat, ulkoleikit, liikuntaharrastukset. Kouluikäisten fyysisen aktiivisuuden suositus ottaa kantaa liikunnan määrään, laatuun sekä toteuttamistapoihin, mutta myös liikkumattomuuteen ja etenkin paikallaan olon määrään. Liikunnan vaikutukset ovat moniulotteiset ja tarvittavan liikunnan määrän suositus vaihtelee sen mukaan mitä terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueita tarkastel-

laan. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille on yleissuositus, ja se on laadittu terveystieteiden näkökulmasta soveltumaan kaikille 7–18-vuotiaille lapsille ja nuorille, niin urheilijoille kuin erityistuen tarpeessa oleville koululaisille. (Nuori Suomi ry 2008, 18 -20.)

Tärkeää lapsen fyysisen aktiivisuuden toteutumisessa ovat vanhempien oma liikuntamalli sekä perheen yhdessä liikkuminen. Fyysistä aktiivisuutta ei voi varastoida, jos liikunta jonain päivänä jää väliin, se ei ole vaarallista, mutta pidempiä liikkumattomuuden jaksoja tulee välttää. Fyysisen aktiivisuuden ylärajaa ei suosituksessa määritellä, mutta sekin tulee lapsilla ja nuorilla huomioida, mikäli harjoittelu on yksipuolista ja liian kuluttavaa. Liiallinen liikunnan määrä voi olla terveysriski lapselle, mikäli liikunta on liian yksipuolista tai se sisältää pitkiä yhtäjaksoisia rasittavan liikunnan jaksoja. Lapsi tarvitsee myös riittävästi palautumisaikaa ja unta. Lapsi kykenee helposti lyhytkestoiseen, kovaankin intervallityyppiseen harjoitteluun, mutta pitkäkestoisia rasittavia harjoituksia on syytä välttää. (Nuori Suomi ry 2008, 21, 47 -49.)

Vanhempien omat liikuntatottumukset ja osallistuminen lastensa liikuntaharrastuksiin vaikuttavat lapsen liikunnallisuuteen myös aikuisuudessa. Liikuntasuosituksissa passiivista toimintaa ja paikallaan oloa tulisi olla korkeintaan kaksi tuntia päivässä. Passiivisen ajankäytön rajoittamisessa vanhempien ja aikuisten tulee pitää kiinni sovituista rajoista ja säännöistä, sillä he päättävät elektroniikkalaitteiden, kuten television ja tietokoneiden käytöstä ja sijoittelusta kotona vain yhteisiin tiloihin. Lapsi innostuu liikunnallisiin leikkeihin ja peleihin sekä liikuntaharrastuksiin siksi, että se on hänestä kivaa, liikunnassa korostetaan leikinomaisuutta, iloa ja kannustetaan lasta parhaalla mahdollisella tavalla. Tällä on suuri merkitys erityisesti lihavien lasten kohdalla, lii-

kunnan tulee olla itselle mieluista ja vaatimustasolta sopivaa, jotta se motivoi häntä jatkamaan. (Nuutinen 2006, 318–319; Nuori Suomi ry 2008, 23–24.)

7 UNEN MERKITYS LIHAVUUTEEN

Kouluikäisen lapsen unentarve on keskimäärin 9-10 tuntia yössä, kasvun aikana unen tarve usein lisääntyy (Uni 2013). Kun lapsi noudattaa säännöllistä rytmiä viikonloppuisin, on arkipäivinä helpompi herätä. Viikonlopun nukkumaan menon ja heräämisen ajankohta ei saisi merkittävästi erota arjen rytmistä, sillä jo kahden tunnin poikkeamalla rytmistä on iso vaikutus. Nykyaikana liian moni lapsi ei nuku riittävästi, unen ollessa elintärkeä lapselle ja nuorelle. Erityisesti aivot tarvitsevat unta, sillä uni mahdollistaa paremmin uuden oppimisen ja opitun muistamisen. Hyvä uni on tärkeää lapsen luovuuden edistämiseksi, vaikuttaen myös keskittymiskykyyn sekä mielialaan. Lapsen sosiaaliseen elämään ja itsetuntoon uni vaikuttaa merkittävästi, sillä hyvin nukkunut lapsi on virkeä, jaksaa leikkiä ja osallistua koulutyöhön. Lapsen tunne-elämän kannalta uni on tärkeää, sillä unessa lapsi käsittelee vaikeita asioita ja omia pelkojaan. (MLL 2012.) Havainnointikyky on parempi levänneenä ja hyvin nukuttu yö vähentää tapaturmariskiä (Uni 2013).

Kasvuun tarvittavaa hormonia, somatotropiinia, erittyy unen aikana. Uni vahvistaa lapsen vastustuskykyä ja edistää sairauksista toipumista. Hyvin nukutun yön jälkeen lapsen havainnointikyky ja aktiivisuus ovat parempia kuin väsyneenä. Unella on merkittävä vaikutus myös painonhallintaan. Virkeälle lapselle maistuu aamulla terveellinen aamupala, kun taas väsyneenä

lapsen tekee herkemmin mieli epäterveellisiä herkkuja. Ajan kuluessa univaje voi näkyä muun muassa lapsen painon nousuna. (MLL 2012.)

Vanhempien tehtävänä on huolehtia, että lapsi nukkuu riittävästi ja näin osoittaa välittämistä ja huolenpitoa. Useimmissa lapsiperheissä tilapäiset ja väliaikaiset univaikeudet ovat tavallisia, nukkumisvaikeuksien kohdalla olisi hyvä tarkastella koko perheen nukkumistottumuksia sekä arkirytmiiä. (Uni 2013.) Vanhempien on syytä rajoittaa kouluikäisen viihde-elektroniikan käyttöä nukkumaanmenoajan lähestyessä. Television ollessa lastenhuoneessa sen katsomisen kontrollointia on vaikea toteuttaa, myös tietokoneen käyttöä on syytä valvoa. Jos kouluikäisellä on oma matkapuhelin, tulisi se sammuttaa yön ajaksi. Myös harrastusten kertamäärää viikossa tulee miettiä, etenkin liikunnallisten harrastusten ei ole hyvä alkaa enää klo 20 jälkeen, jotta rauhoittuminen iltaa kohden onnistuu. Aikuiset voivat näyttää mallia kohentamalla omia unittottumuksiaan, kiireisen elämäntyylin tasoittamisella iltaa kohti on tässäkin suuri merkitys. Vanhempien on tärkeää määrittää myös säännölliset iltarutiinit ja kotiintuloajat. (Saarenpää-Heikkilä 2009.)

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Työmme tavoitteena on selvittää alakouluikäisten lasten terveyskäyttäytymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, erityisesti ravinnon, liikunnan ja unen vaikutusta terveydenhoitajan näkökulmasta. Ylipainon ja lihavuuden kehit-

tymiselle on useita eri syitä, mutta aihealueen laajuuden vuoksi tässä työssä käsittelemme vain edellä mainittuja teemoja.

Tarkoituksenamme on saada selville millaisia keinoja ja menetelmiä terveydenhoitajat käyttävät työssään alakouluikäisten terveystyöskäytymiseen puuttumisessa.

8.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuksen kohdetta, sekä selittää tutkittavan käytöstä ja päätöksien syitä. Tutkimuksessa rajoitetaan useimmiten pieneen määrään tutkittavia, ja ne pyritään analysoimaan mahdollisimman tarkasti. Laadullinen tutkimus sopii hyvin esimerkiksi toiminnan kehittämiseen ja vaihtoehtojen etsimiseen. Laadullisen tutkimuksen aineisto on usein tekstimuotoista, joko kerättyä tutkimusta varten, tai muuta tarkoitusta varten tuotettua materiaalia. (Heikkilä 2008, 16–17.)

Lähtökohtana laadulliselle tutkimukselle voidaan pitää todellisen elämän kuvaamista. Laadullinen tutkimus on myös luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Keskeistä on myös, että ihmistä suositaan tiedon keruun välineenä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja, joten lähtökohtana ei ole teorian testaaminen vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan myös tarkoituksenmukaisesti, eikä satunnaisotantaa käyttäen. Tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja tutkimus suoritetaan joustavasti muuttuvien olosuhteiden mukaan. Laadullisessa tutkimuk-

nessä käsitellään tapauksia ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan myös sen mukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; 160.)

8.2 Aineistonkeruu

Kyselylomakkeen runko löytyy (Liite 1) liitteenä opinnäytetyöstämme.

Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimusmenetelmänä sähköisessä muodossa lähetettävää kyselylomaketta. Sähköpostin kautta lähetimme sähköisen linkin tutkittaville, jonka loimme Webropol kyselyohjelmiston avulla. Kyseinen tutkimusmenetelmä valittiin, sillä tutkittavat olivat hajallaan ja haastattelujen tekeminen olisi ollut haastavaa. Kysely haluttiin tehdä laadullisena, koska näin ollen tutkittavilla olisi mahdollisuus avointen kysymysten osalta tuoda julki mitä mieltä he todella ovat. (Vilka 2005, 73.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto voi olla lomakkeilla kerättyä kirjallista materiaalia (Heikkilä 2008, 17).

Tässä opinnäytetyössä lomakekyselyä voidaan pitää laadullisena tutkimusmenetelmänä, sillä kyselyyn vastanneiden henkilöiden vastaukset analysoidaan laadullisin menetelmin tulkiten tutkittavien vastauksia kokonaisvaltaisesti ja yksityiskohtaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75). Kyselylomaketutkimusta käytettäessä vastaaja itse lukee kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen kirjallisesti. Tutkittavat työskentelevät eri kuntien terveyskeskuksissa, joten laadullinen kyselylomaketutkimus soveltuu hyvin niin hajallaan olevan joukon tutkimiseen, haittana voidaan pitää sitä, että vastausprosentti voi jäädä pieneksi. (Vilka 2005, 74.)

Olemme panostaneet kyselylomakkeen laadintaan, sillä hyvin asetellut kysymykset ja oikea kohderyhmä ovat onnistuneen tutkimuksen perusedellytyksiä. Lomakkeemme ulkonäkö on tarkkaan mietitty, sille on valittu syksyinen ulkoasu sen hetkisen vuodenajan mukaan, ollen siisti ja houkuttelevan näköinen. Lomake aloitetaan helpoilla kysymyksillä pyrkien herättämään vastaajan mielenkiinto tutkimusta kohtaan. Tutkimuslomakkeemme on rakenteeltaan selkeä ja teksti sekä kysymykset etenevät loogisesti. Kussakin kysymyksessä kysytään vain yhtä asiaa ja samaa asiaa koskevat kysymykset on koottu omiksi ryhmikseen. Lomake ei ole liian pitkä, joten laadittaessa lomaketta, jokaisen kysymyksen tarpeellisuutta on harkittu. Lomaketta laadittaessa tavoitteenamme on saada tutkittavat tuntemaan vastaamisen tärkeäksi. (Heikkilä 2008, 48–49; 57.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa käytetään seitsemää avointa kysymystä, jotka antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin ja osoittavat yleisesti vastaajien tietämyksen asiasta. Avoimet kysymykset osoittavat, mikä on keskeistä vastaajien ajattelussa, sekä tuovat ilmi vastaajien tunteiden voimakkuuden kysyttävään asiaan liittyen. Haittana avoimissa kysymyksissä voidaan nähdä se, että tutkija olettaa vastaajien kykenevän, haluavan ja osaavan ilmaista itseään tarkoittamallaan tavalla. (Hirsjärvi ym. 2004, 196; Tuomi ym. 2009, 73.)

Kyselylomakkeen mukaan liitettävään saatekirjeeseen olemme panostaneet, sillä saatekirjeen perusteella tutkittava päättää aikooko hän vastata tutkimukseen vai ei. Saatekirjeessä perustelemme tutkimuksen tärkeyden ja saamme näin tutkittavat vakuuttumaan tutkimuksesta ja vastaamaan siihen. Saatekirje on huolellisesti suunniteltu ja toteutettu, lisäksi saatekirjeen sisältöön kiinni-

tetään huomiota. Vastaajalle kerrotaan, mistä tutkimuksessa on kyse, mihin tarkoitukseen tutkimusta tehdään, kenen käyttöön tutkimustulokset tulevat ja miksi vastaaminen on tärkeää. Vastaajille vakuutetaan, että heidän henkilötietonsa ovat salattuja eli tutkimustuloksia ei ilmoiteta henkilötasolla. (Vilkkä 2005, 152-154.) Kyselyä lähetettäessä sähköpostitse tai Internetin välityksellä, on etukäteen varmistettava, että jokaisella tutkittavalla on mahdollisuus sähköpostin tai Internetin käyttöön (Heikkilä 2008, 18). Tutkittavilla tulisi kaikilla olla siis käytettävissä samat tietotekniset resurssit (Vilkkä 2005, 75).

Sähköisellä tutkimusmenetelmällä on useita etuja. Ensinnäkin haastattelihoita ei tarvita ja näin ollen pystytään välttämään haastattelijan mahdollinen vaikutus tutkittavan vastauksiin. Vastaukset saadaan nopeasti, tosin kohdejoukon valinta vaikuttaa vastausprosenttiin. Kyselyssä on myös mahdollista esittää arkaluontoisia kysymyksiä, edellyttäen, että vastaajan anonymisuus on taattu. Etuna myös on, että kyselyn apuna voidaan käyttää oheismateriaalia. (Heikkilä 2008, 20.)

Sähköisellä kyselyllä on myös omat haittapuolensa. Tutkija ei voi olla varma siitä, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, eli ovatko tutkittavat vastanneet rehellisesti ja huolellisuudella. Kysymysten väärinymmärryksiä on myös vaikea huomioida. Myös joissain tapauksissa vastaamattomuus saattaa nousta hyvinkin suureksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.) Heikkilä (2008, 20) toteaa, että tutkittava saattaa käsittää jotkin kysymykset väärin, eikä voi kysyä neuvoa, kuten haastattelututkimusta osallistuessaan. Kyselyn mahdollisiin avoimiin kysymyksiin voidaan jättää helposti vastaamatta, ja vastausten tarkkuus voi olla kyseenalainen. Myöskään lisähavaintojen tekeminen ei onnistu sähköisen kyselyn avulla. Lisäksi sähköpostin ja Internetin kautta lähetettäviin kyselyihin liittyy ongelmia, sillä vastaajan anonymiteetin turvaa-

minen voi olla vaikeaa, koska sähkö-postiosoite usein paljastaa jo vastaajan ja Internetissä vastanneen tietokone voidaan paikallistaa sen IP-numeron eli Internet protokollan perusteella. (Vilkkä 2005, 75.)

8.3 Tutkimuksen kohde

Ennen tutkimusprosessin käynnistymistä otimme yhteyttä Keski-Suomen seututerveyskeskuksen osastonhoitajaan, joka välitti sen Keski-Suomen seututerveyskeskuksen avoterveydenhuollon ylihoitajalle. Tutkimuslupahakemuksemme hyväksyttiin ja tämän jälkeen pystyimme varsinaisesti aloittamaan itse kyselylomakkeen laatimisen. Osastonhoitajan kautta saimme kaikkien viidentoista seututerveyskeskuksen terveydenhoitajan yhteystiedot. Terveydenhoitajille lähetimme sähköpostilla linkin Webropol - kyselyohjelmistoon, jossa he anonyymisti vastasivat laatimaamme seitsemään kysymyksen kyselylomakkeeseen. Vastausaikaa heillä oli 18.10- 28.10.2013 välinen aika. Vastausajan puitteissa lähetimme kerran sähköpostilla kaikille terveydenhoitajille muistutusviestin, tuon muistutuksen jälkeen saimme vielä viimeisten vastauspäivien aikana kolme vastausta. Vastauksia saimme yhteensä seitsemältä terveydenhoitajalta.

8.4 Tutkimuksen analysointi

Käytettäessä lomakehaastattelua aineiston keräämistapana, kuten tässä opinäytetyössä, voidaan laadittua kyselylomaketta käyttää apuna purettaessa aineistoa ja analysoitaessa sitä. Analysointimenetelmänä voidaan käyttää teemoittelua, jolloin on kyse siitä, että aineisto ryhmitellään erilaisten teemojen mukaan. (Eskola & Suoranta 1998, 179; Tuomi ym. 2009, 92–93; Vilkkä

2005, 140.) Aineiston analysointitapoja on monia. Laadullinen analyysi perustuu yleisimmin tutkittavien ymmärtämiseen ja merkitysten esille tuomiseen sanallisina tulkintoina. (Hirsjärvi ym. 2007 218; Vilkka 2005, 140.) Kysymyslomakkeen eri teemoja analysoitaessa, voidaan tuoda ilmi keskeisimmät asiat, joita kustakin teemasta on sanottu ja tuoda aineistosta sellaiset asiat esille, jotka ovat keskeisimpiä opinnäytetyön tavoitteen kannalta ja keskitytään sellaisiin piirteisiin, jotka ovat yhteisiä koko tutkittavalle joukolle. Näin ollen voidaan suuresta aineistomäärästä poimia keskeisimmät aiheet ja tuoda ne julki, jotka selittävät tavoitetta ja tehtävää, sekä nostaa esille ja vertailla tiettyjen teemojen ilmenemistä aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998, 179; Tuomi ym. 2009, 92–93; Vilkka 2005, 140.)

9 TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeita lähetimme vastattavaksi yhteensä viidelletoista Keski-Suomen seututerveyskeskuksen alakoulujen kouluterveydenhoitajille. Vastauksia saimme yhteensä seitsemältä terveydenhoitajalta vastausajan puitteissa, joten vastausprosentti on 46 %.

Terveydenhoitajien vastausten perusteella jokainen heistä kohtaa työssään ongelmia alakoululaisten ravitsemuksen, liikunnan ja unen suhteen, sillä heidän kokemuksensa mukaan jokaisella luokalla esiintyy edellä mainittuja ongelmia. Osa oppilaista ei nuku riittävästi. He ovat aamulla väsyneitä, mutta illalla eivät kuitenkaan mene ajoissa nukkumaan. Suurella osalla univajeesta kärsivillä on vaikeuksia nukahtamisen kanssa, he myös heräilevät öisin, jol-

loin unenlaatu ei ole riittävä, tästä johtuen ikävä ja haitallinen väsymyksen ja epäsäännöllisen unirytmien kierre on valmis. Vastauksista ilmenee myös, että kaikki oppilaat eivät liiku suositusten mukaisesti vähintään 1-2 tuntia päivässä, vaikka ruutuaika rajataan pääosin hyvin kodeissa, on silti passiivinen ajankäyttö liiallista. Ylipaino on joillakin selvä ongelma, ruokavaliomuutoksilla saisi jo merkittäviä parannuksia tämän suhteen, esimerkiksi useat oppilaista eivät syö riittävästi hedelmiä tai marjoja päivittäin.

Osa terveydenhoitajista kokee, että terveysongelmia hoidettaessa ja seuratessa yhteistyö perheiden kanssa sujuu, osa taas näkee siinä puutteita. Vanhempien saanti yhteisiin keskusteluihin on ajoittain hankalaa, he eivät välttämättä osaa nähdä asioita riittävän pitkäjänteisesti tai motivoitua mahdollisiin muutoksiin. Yhteistyö kodin ja koulun kanssa vaatiikin pitkäjänteisyyttä ja johdonmukaisuutta. Ensimmäisen ja viidennen luokan laajoihin terveystarkastuksiin edellytetään vanhempien osallistumista ja saamiemme vastausten perusteella suurin osa vanhemmista ottaakin hyvin osaa näihin tarkastuksiin. Terveydenhoitajan huolen herätessä yhteyttä otetaan kotiin usein ensimmäisen kerran puhelimitse ja pyritään sitä kautta sopimaan tapaaminen, ensimmäisen tapaamisen jälkeen yhteyttä voidaan jatkossa pitää myös Wilma-viestein. Eräs vastaajista kokee, että teoriaviestin saa hyvin perille, mutta käytännön toteutuksessa on haasteita useiden perheiden kohdalla.

Terveydenhoitajien keinoja ottaa puheeksi ylipainon ja lihavuuden perheen kanssa on erilaisia. Selvästi vastausten perusteella yleisin keino tähän on kasvukäyrät, niiden avulla on selkeä ja hyvä havainnollistaa vanhemmille missä koululaisen kasvu menee. On myös tilanteita, kun vanhemmilla ei ole ollut mahdollisuutta osallistua terveystarkastukseen, silloin osa terveydenhoitajista kertoo lähettävänsä kasvukäyrän kotiin vanhempien nähtäväksi. Jokainen

kyselyyn vastanneesta terveydenhoitajasta pyrkii välttämään lapsen läsnä ollessa ilmauksia kuten ylipaino ja lihavuus. Yleisiä ohjeita lihavuuden hoitoon on olemassa, osan vastaajista kokee että niihin vedoten on hyvä perustella myös omaa toimintaa, esimerkiksi tehtäessä lähetettä laboratorioon tai varattaessa lääkärille aikaa lähetteen saamiseksi erikoissairaanhoidon. Yksi vastaajista kokee hyväksi tavaksi tuoda ylipainon riskejä vanhemmille esiin rehellisesti ja totuudenmukaisesti sekä kertomalla sen seurauksista myös aikuisikään. Erään vastaajan mukaan perheen motivointi ja oma ymmärrys tilanteesta ovat avainasemassa tilanteen korjaamiseksi, tämä on edellytys muutoksen aikaansaamiseksi.

Tavallisin keino, joka terveydenhoitajalla on käytössä perheen tukemisessa lapsen ylipainon ja lihavuuden kanssa on Neuvokas perhe menetelmä. Vastaanotolla perheen kanssa käydään yhdessä läpi Neuvokas perhe kansiota ja perhe pääsee täyttämään Neuvokas perhe - kortin. Menetelmää kertoo käyttävänsä kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista kuusi, erityisesti puuttuaan alakouluikäisen ravitsemusongelmiin. Yksi vastaajista ei kuitenkaan ole kokenut Neuvokas perhe - menetelmää riittävästi perhettä kohtaavaksi. Myös yhteiset keskustelut perheen heikoimmista alueista ja vahvuuksista, sekä niistä keinoista, joihin perhe itse on halukas panostamaan, ovat keinoja puuttua lapsen ylipainoon ja lihavuuteen. Perheen ravitsemustottumuksiin tutustutaan usein keskustelemalla niistä yhdessä ja käymällä läpi siihen liittyviä ajatuksia ja tuntemuksia. Säännölliset kontrollikäynnit nähdään myös hyväksi keinoksi tukea ja auttaa lapsen ylipainon ja lihavuuden kanssa. Terveydenhoitajista kaksi kertoo käyttävänsä seututerveyskeskuksessa tehtyä ylipainoisten lasten hoitopolkua etsiessään keinoja tukea perhettä, sillä se antaa hyvän rungon lähteä tukemaan perhettä. Myös yleiset lähetekäytänteet erikoissairaanhoidon lastenlääkärille ja ravitsemusterapiaan ovat ravitsemusongel-

mien suhteen käytössä ja lisäksi yksi vastaajista nostaa esille liikunta – ja ravitsemuspäiväkirjan täytön.

Huomatessaan alakoululaisen liikkuvan liian vähän lasten- ja nuorten liikuntasuosituksiin nähden on yksi tyypillisimmistä keinoista kysellä lapsen liikuntatottumuksia ja ajankäyttöä vapaa-ajalla. Terveystieteiden vastauksissa nousi esille, että huoltajiin otetaan yhteyttä, jotta asiaa voidaan pohtia koko perheen kesken. Yhdessä vanhempien ja lapsen kanssa mietitään sopivaa ja mielekästä liikuntaharrastusta, sekä sitä miten liikuntaa voisi pienin muutoksin lisätä. Liikunnan hyötyjä ja suosituksia on myös tärkeä tuoda esiin ja kerrata terveysvaikutuksia vanhemmille, sekä antaa kirjallista materiaalia mukaan. Vastauksissa oli havaittavissa selkeä yhdenmukaisuus siinä, miten tämän suhteen terveydenhoitaja työssään etenee. Jos lapsen ja perheen tilanteen on vaikea tai terveydenhoitaja kaipaa ammatillista apua näkemyksensä laajentamiseksi, kertoo yksi vastaajista lähettävänsä lapsen silloin fysioterapeutille.

Kysyttäessä terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä alakoululaisen uniongelmiensa hoidossa kaikissa vastauksissa nousi esille keskustelu lapsen ja vanhempien kanssa riittävän unen merkityksestä ja keinoista uniongelmiensa hoidossa. Yksi vastanneista terveydenhoitajista ohjaa tarvittaessa koulupsykologille tai koulukuraattorille perheen tilanteesta tai huolista puhumaan. Ohjaustilanteessa käydään läpi uneen vaikuttavia tekijöitä, kuten säännöllistä unirytmää, television, tietokoneen ja voimakkaan liikunnan välttämistä kahta tuntia ennen nukkumaan menoa. Unirytmien tärkeyden korostaminen ja hyvän unen ohjeiden jakaminen sekä unipäiväkirjan täyttämisen olivat terveydenhoitajien käyttämiä menetelmiä, myös ihan perusasioiden, kuten le-

von, harrastusten ja elämäntapa-asioiden, sekä unihygienian läpikäyminen nousi esille vastauksissa.

Viimeisenä kysymyksenä terveydenhoitajilla oli vielä mahdollisuus kommentoida vapaasti mieleen tulevia ajatuksia, neljä vastaajista kommentoi tähän avoimeen kysymykseen. Näissä vastauksissa painotettiin edelleen perheen ja vanhempien roolia lapsen terveyden edistäjinä, yksi vastaajista kommentoi ”vauvaiässä terveyteen liittyvät perusasiat hoidetaan hienosti, mutta sitten vähitellen lapsen kasvaessa aletaan lipsumaan herkkupäivistä, säännöllisyydestä ja omista periaatteista”, tämä ajatus näkyi muidenkin terveydenhoitajien vastauksissa, tärkeää olisikin muistaa, että säännöllisyys, rajat ja rajoitukset tulee pitää yllä vaikka lapsi osoittaisikin niitä kohtaan vastarintaa.

Ymmärrystä täytyy myös osoittaa niissä tilanteissa, kun perhe ei kerta kaikkiaan halua, että heidän asioihinsa puututaan millään tavalla, eräs terveydenhoitajista korostaa senkin olevan valinta, joka tulee ottaa huomioon. Terveydenhoitajien ammattitaitoa tarvitaan erityisesti silloin, kun perhe ei ole yhteistyöhaluinen. Siihen täytyy sopeutua ja tilanteen mukaan tuoda sitten lapsen asioita esille silloin, kun se on mahdollista, esimerkiksi juuri laajojen terveystarkastusten yhteydessä.

10 POHDINTA

Tässä kappaleessa tarkastelemme keskeisiä saamiamme tuloksia, sekä käsittelemme opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä kokonaisuudessaan.

Tämän kappaleen lopussa esittelemme teoriaosuuden, sekä tutkimustulosten pohjalta esiin tulleita mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

10.1 Tulosten tarkastelu

Kyselytutkimuksen vastauksissa tuli esille muutama selvä yhdenmukaisuus terveydenhoitajien kokemuksista kouluikäisen terveystyöskäytännöistä. Yhtenä selvimmistä tekijöistä esille nousi perheen motivaation merkitys muutosten aikaansaamiseksi. Terveydenhoitajilla ei ollut yhtä selkeää menetelmää, jolla puuttua lasten ylipainoon ja lihavuuteen sekä terveystyöskäytännöihin liittyviin ongelmiin. Tutkimuksen myötä olisi ollut mielenkiintoista saada enemmän innovatiivisia tapoja puuttua alakouluikäisen lapsen terveystyöskäytännöiden ongelmiin. Kiinnostavaa olisi ollut kuulla, millaisia konkreettisia tapoja terveydenhoitajat käyttävät koululaisen terveyden edistämiseksi, kuten tuleeko ohjauksessa ja neuvonnassa esille esimerkiksi välituntien ulkona viettämisen ja koulumatkojen liikkumisen tärkeys.

Lapsen ja perheen kohtaaminen on aina yksilöllistä ja jokaisen vastauksista tuli esille yhteistyön merkitys vanhempien ja alakoululaisen kanssa. Muutokset tapahtuvat vähitellen, pienin askelin, vanhempien ja alakoululaisen omasta tahdosta riippuen. Terveydenhoitajat kannustivatkin perheitä liikkumaan ja viettämään aikaa yhdessä heille mieleisen tekemisen parissa. Terveydenhoitajan rooli on lähinnä auttaa löytämään niitä koululaista ja perhettä itseään kiinnostavia harrastuksia ja yhdessä tekemisen merkityksen löytämistä. Heti valmista ratkaisua perheen tilanteeseen ei kukaan terveydenhoitaja pysty antamaan. Yhteyttä perheeseen pidetään pääasiassa tapaamisten ja puhelimen kautta, yhteydenpito ja säännöllinen

kuulumisten vaihto on todella tärkeää ja auttaa pitämään perheen sitoutumista ja motivaatiota yllä.

Terveydenhoitajista suurin osa koki alakouluikäisen lapsen terveystottumiseen puuttumisen haasteellisena ja aikaa vievänä. Yhtenä merkittävämpanä haasteena nähtiin vanhempien motivointi alakoululaisen hoitoon, sillä vanhempien motivaatio on edellytys muutosten aikaansaamiseksi.

Vanhempien roolin ja perheen merkitys alaikäisen lapsen terveystottumisen ja terveystottumusten muodostumisessa on kiistaton. Yhtäläillä kun lasta kasvatetaan ymmärtämään oikean ja väärän ero, käytöstavat tai perheen säännöt, ovat terveystottumukset rinnastettavissa näihin. Lapsi ei itse päättämitä hän syö tai kuinka hän viettää vapaa-aikaansa, vanhemmat ja mahdolliset sisarukset toimivat tässä roolimallina. Kasvaessaan lapsen päätäntävalta ja oma tahto tulevat toki esiin, ja tietyistä tavoista ja tottumuksista voi niin halutessaan oppia pois, se vaatii kuitenkin työtä ja aikaa. Tällä selittyy esimerkiksi se, että lapsuuden huonot terveystottumukset näkyvät tutkimusten mukaan myös aikuisiässä, lapsena ylipainoinen on mitä toden näköisemmin sitä myös aikuisena. Terveydenhuollon ammattilaisten olisikin tärkeä ymmärtää, että vanhempien ja perheen omien terveystottumusten merkitys on suoraan verrannollinen lapsen terveystottumiseen, ja näin ollen lapsen mahdolliseen ylipainoon ja lihavuuteen puuttuminen edellyttää koko perheen yhteisten tapojen muuttamista ja sitoutumista tähän pysyvään elämäntapamuutokseen.

Terveydenhoitajan on osattava toimia jatkuvasti muuttuvassa yhteiskunnassa, tunnistaa siinä tapahtuvia muutoksia ja sitä kautta osattava analysoida sen vaikutuksia oman asiakaskuntansa terveyteen, näihin asioihin on pyrittävä

vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi ja myönteisesti. Tämä edellyttää jokaiselta terveydenhoitajalta oma-aloitteellisuutta, innostusta ja mielenkiintoa, ajan hermoilla pysymisen apuna ovat erilaiset koulutukset ja oman tiedon päivittäminen. Tulevaisuudessa lasten ja nuorten terveyskäyttäytymisen edistämiseksi tarvitaan myös uusia ja innovatiivisia menetelmiä. Nyt kaikilla vastaajillakin käytössä oleva Neuvokas perhe- menetelmä tulee tarvitsemaan päivitystä, jotta sen käyttö kehittyvässä yhteiskunnassa pystytään säilyttämään.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen validiteetilla eli pätevyydellä pyritään siihen, että tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä oli tarkoituskin selvittää eli onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on luvattu tutkia. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata tutkittavia asioita yksiselitteisesti kattaen koko tutkimustehtävän. Myös tutkittavan joukon tarkka määrittely auttaa validin tutkimuksen toteutumisessa. (Heikkilä 2008, 29–31; Vilka 161–162.)

Tutkimuksen validiteetti toteutui kyselylomakkeen kysymysten pohjautuessa työmme teoriaosuuteen kattaen asettamamme tutkimustehtävän. Tutkittavan joukkomme määrittelimme tarkasti valitsemalla juuri alakoulun kouluterveydenhoitajia. Opinnäytetyön luotettavuudessa yksi merkittävä tekijä on lähdekritiikki, vaatii taitoa valita lähteitä harkiten ja suhtautua niihin tietyllä kriittisyydellä. Lähteiden laatu ei ole yhdentekevää, vaan mahdollisuuksien mukaan tulisi käyttää alkuperäisiä julkaisuja. Oma lähdeaineistomme on laaja,

opinnäytetyössämme lähdekritiikkiä voikin kohdistaa lähteiden ajankohtaisuuteen, sillä muutama lähteistä on 2000-luvun alkupuolelta.

Tutkimuksen realiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta ja toistettavuutta. Tutkimuksesta saatavat tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia, jolloin tutkimus on pystyttävä toistamaan samanlaisin tuloksin. Tuloksia voidaan pitää sattumanvaraisina tutkittavan joukon jäädessä kovin pieneksi, varsinkin kyselytutkimuksissa tulee huomioida mahdollisesti suureksi nouseva kato, eli vastaamatta jääneiden määrä. (Heikkilä 2008, 30-31.)

Reliaabeliuteen keskityttiin kyselylomakkeessa. Kysely, joka tätä tutkimusta varten on tuotettu, on toistettavissa uudelleen toiselle tutkimuksen otokselle. Tutkimuksen tekemisen myötä jäi kuva, että tutkimustieto tuotti vastauksia juuri niihin kysymyksiin, mihin kyselylomakkeella haettiin vastausta. Kyselylomakkeen kysymykset ovat yleislaadullisia, eivätkä ole sidonnaisia esimerkiksi Keski-Suomen alueelle. Ajan saatossa ravitsemus- ja liikuntasuositukset sekä ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan menetelmät voivat muuttua, tällöin kysely tulisi päivittää. Tutkimuksen luotettavuus myös toteutui tutkittavien tietojen ollessa luotettavia ja taatessamme vastaajien anonymiteetin. Kyselytutkimuksen lähetimme sähköpostilla, sähköpostissa oli liitteenä viesti, jossa esittelimme opinnäytetyömme teoriapohjaa sekä halusimme painottaa kyselytutkimuksen luottamuksellisuutta, tutkimustuloksista ei selviä vastaajien henkilöllisyyttä. Kunnioitimme terveydenhoitajien vastauksia säilyttämälle heiltä saamiamme kirjallisia vastauksiaan alkuperäisessä muodossa tutkimustuloksia analysoidessamme. Saamiamme tutkimustuloksia voidaan osin pitää sattumanvaraisina, sillä vastausprosentiksi jäi 46, eli viidestätoista terveydenhoitajaksi vastasi seitsemän. Tutkimustulosten luotettavuuden kan-

nalta, olisi ollut tärkeä saada vastaukset useammalta kuin seitsemältä terveydenhoitajalta.

10.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheemme on perusteltu, sillä alakouluikäisten terveyskäyttäytyminen on ajankohtainen aihe. Eettinen vastuu korostuu tässä tutkimuksessa, sillä tutkimustuloksemme kohdistuvat terveydenhoitajien henkilökohtaisiin kokemuksiin. Alakouluikäisen lapsen terveyskäyttäytyminen on laaja kokonaisuus ja arkakin aihe, sen tutkimisessa on osoitettava tiettyä varovaisuutta ja hienotunteisuutta, niin teoriaosuudessa kuin tutkimustulosten keräämisessä ja analysoinnissa.

Opinnäytetyön teon aikana tutkimuksen eettisyys kulki mukana alusta loppuun, kyselytutkimuksen vastaajille annettiin asianmukainen tieto tutkimuksesta ja mitä siihen osallistuminen tarkoittaa. Tutkimukseen vastattiin nimettömänä ja avoimet kysymykset olivat yleisluontoisia, eikä vastaajaa voinut tunnistaa vastauksista, kenenkään ei ollut pakko vastata tutkimukseen, vaan osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Kyselyssä ei pyydetty terveydenhoitajaa ilmoittamaan esimerkiksi hänen toimipaikkaansa, sillä se paljastaisi vastauksenantajan henkilöllisyyden. (Hirsjärvi ym. 2007, 23-27.)

Kyselytutkimus lähetettiin sähköpostilla, jossa vastaajille oli linkki Webropol-kyselyohjelmaan, jonne olimme kyselyt luoneet niin, että vastaukset tulivat tietoomme anonymisti. Tutkimukseen liittyvä tiedonjako vastaajille ilmeni tutkimuksen saatekirjeessä, joka lähetettiin kyselyn mukana vastaajille (Liite 1).

10.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöstämme voi tehdä useammankin jatkotutkimuksen. Aihealueena kouluikäisen terveyskäyttäytyminen on laaja, tässä opinnäytetyössämme olemme rajanneet aiheemme niin, että käsittelemme vain ravitsemuksen, liikunnan ja unen merkitystä. Mahdollisessa jatkotutkimuksessa voisi syventää jotakin edellä mainittua teemaa tai ottaa käsiteltäväksi uusia terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä, kuten ruutuaika tai päihteet. Tässä työssä olemme tutkineet alakouluikäisiä, kiinnostava jatkotutkimus voisi myös olla vertailu alakouluikäisten ja yläkouluikäisten terveyskäyttäytymisestä, ottaen tutkimuksessa samat yhtenäiset terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät tarkasteltaviksi.

Jatkotutkimusaiheena voisi tehdä myös toiminnallisen opinnäytetyön, jonka toteuttaminen oli meillä myös aluksi vaihtoehtona. Toiminnalliset harjoitukset ja menetelmät tehostavat elämäntapojen muuttamiseen liittyvien asioiden käsittelyä ja omaksumista, sekä sitä kautta edistävät muutosten syntyä.

LÄHTEET

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki WSOY oppimateriaalit Oy.

Dunkel, L., Saarelma, O. & Mustajoki, P. 2012. Lasten painoindeksi (Iso-BMI). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 6.2.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01073

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fogelholm, M. 2006. Lihavuuden ehkäisyn strategiat. Teoksessa Lihavuus ongelma ja hoito. Toim. Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 131-133.

Fogelholm, M., Vuori, I & Vasankari, T 2011. Terveysliikunta. UKK Instituutti. Duodecim.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K & Tervaskanto- Mäentausta, T. 2008. Terveystieteiden osaaminen. Helsinki: Edita Prima.

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L & Hakal-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOYpro Oy.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hurri, S. 2005. Lasten lihavuuteen saa ja pitää puuttua. Sairaanhoidajalehti 12/2005. Viitattu 6.9.2012.

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12_2005/kaypa_hoito/lasten_lihavuuteen_saa_ja_pitaa/

Ivanoff, P., Risku, A., Kitinoja, H., Vuori, A. & Palo, R. 2007. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Lihavuuden aiheuttamat terveyshaitat hallintaan. 2012. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.9.2012.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,616,617,618,35580,39715>

Janson, A. & Danielsson, P. 2005. Painonsa arvoiset. Lasten ylipainosta vanhemmille ja ammattilaisille. Helsinki: Edita.

Uni 2013. Jik. Peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Viitattu 16.1.2013.

http://www.jikky.fi/potilaat_asiakkaat_ja_laheiset/lapsille_nuorille_ja_perheille/kouluterveydenhuolto/koululaisen_hyvinvointi/uni/

Kaisanlahti, A. 2008. Lapsen lihavuus panee koko perheen elämäntavat remonttiin. Diabetes. 9/2008.

Kärkkäinen, M-L. 2007. Löytyykö lasten ylipainoon syytä? Sairaanhoitajalehti 8/2007. Viitattu 6.9.2012.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2007/muut_artikkelit/loytyyko_lasten_ylipainoon_syyta/

Käypä hoito-suositus 2012. Lasten lihavuus. Viitattu 6.9.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks12et/naytaartikkeli/tunnus/hoi50034>

Lagström, H. 2006. Yleisyys ja muutokset Suomessa. Teoksessa Lihavuus ongelma ja hoito. Toim. Mustajoki, P., Fagelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 284, 286, 290.

Lehtinen, T & Lehtinen, I 2007. Mikä Mättää? Murrosiän muutokset kotona ja koulussa. Helsinki. Edita Prima Oy.

Miettinen, A & Rotkirch, A. 2012. Yhteistä aikaa etsimässä. Lapsiperheiden ajankäyttö 2000- luvulla. Perhebarometri. Väestöliitto. Helsinki. VL-Markkinointi Oy.

Mikkilä, V., Lahti-Koski, M., Pietinen, P., Virtanen, S. & Rimpelä, M. 2002. Nuorten lihavuuteen ja koettuun painoon liittyvät tekijät. Duodecim 2002; 118: 921–9. Viitattu 10.9.2012.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92932.pdf>

MLL 2012. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Viitattu 25.9.2012.

http://www.mll.fi/ajankohtaista/tiedotteet_ja_uutiset/?x41088=1652602

Neuvokas perhe 2012. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 12.9.2012.
<http://www.sydanliitto.fi/lapset-ja-syomiskayttaytyminen>

Nuutinen, O. 2006. Lasten ja nuorten lihavuuden hoito. Teoksessa Lihavuus ongelma ja hoito. Toim. Mustajoki, P., Fagelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 318-319.

Ojala, M & Arffman, S. 2010. Syömistottumusten selvittäminen, ravitsemusohjaus ja motivointi. Teoksessa Ravitsemus neuvolatyössä. Toim. Arffman, S & Hujala, N. Helsinki: Edita Prima Oy, 134.

Pietilä, A-M. & Eirola, R. 2002. Työmenetelmät terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Terveyden edistäminen. Toim. Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 165. Juva: WS Bookwell Oy.

Pääkkönen, H. 2010. Perheiden aika ja ajankäyttö. Tutkimuksia kokonaistyöajasta, vapaaehtoistyöstä, lapsista ja kiireestä. Helsinki: Tilastokeskus.

Ruski, S. 2002. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa Kouluterveydenhuolto. Toim. Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, 48-52. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Saarenpää-Heikkilä, O. 2009. Koululaisten uniongelmia voidaan ehkäistä ennalta. Suomen lääkarilehti 1-2.2009. Viitattu 22.1.2013.
<http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL12009-saarenpaa-heikkila.pdf>

Salo, M. & Mäkinen, M. 2006. Lihavuuden vaikutukset lapseen ja nuoriin. Teoksessa Lihavuus ongelma ja hoito. Toim. Mustajoki, P., Fagelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 292-294, 296.

Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon 2005. Viitattu 22.1.2013. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>

Tammelin, T. & Karvinen, J. 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18 -vuotiaille. Nuori Suomi Ry. Opetusministeriö. Viitattu 22.1.2013.

[http://www.nuorisuomi.fi/files/ns2/Koulu_PDF/080129Liikuntasuositus-kirja\(kevyt\)_08.pdf](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns2/Koulu_PDF/080129Liikuntasuositus-kirja(kevyt)_08.pdf)

Terho, P. 2002. Terveyden edistäminen. Teoksessa Kouluterveydenhuolto. Toim. Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, 406. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Terveydenhuoltolaki 2013. Finlex. Kouluterveydenhuoltolaki 16 §. Viitattu 4.9.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P16>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Kouluikäisten ravitsemus. Viitattu 22.1.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/ravitsemustietoa/suomalaiset/kouluikaiset

Terveyskäyttäytyminen 2013. Duodecim. Viitattu 11.2.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03441

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset 2005. Sosiaali -ja terveysministeriön oppaita 2005:17. Sosiaali -ja terveysministeriö. Opetusministeriö. Nuori Suomi Ry. Helsinki 2005.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vuori, M., Kannas, L. & Tynjälä, J. 2004. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutossuuntia 1984-2002. Teoksessa Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Toim. Kannas, L. Jyväskylän yliopisto. Terveydenedistämisen tutkimuskeskus, 181.

Välimaa, R. 2004. Nuorten itsearvioitu terveys ja toistuva oireilu 1984-2002. Teoksessa Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Toim. Kannas, L. Jyväskylän yliopisto. Terveydenedistämisen tutkimuskeskus, 21-22.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuksen saatekirje

Hyvä kouluterveydenhoitaja,

opiskelemme Jyväskylän ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa terveydenhoitajiksi. Opinnäytetyömme aiheena on alakouluikäisen terveystyöskäytäytyminen. Selvitämme terveydenhoitajien näkemyksiä alakouluikäisten terveystyöskäytäytymisen ongelmista ja pyrimme saamaan tietoomme millaisia keinoja terveydenhoitajat käyttävät työssään alakouluikäisten terveystyöskäytäytymiseen puuttumisessa.

Toivomme sinun vastaavan lähettämäämme kyselyyn, vastauksesi on meille ensiarvoisen tärkeä. Kysely avautuu alla olevan linkin kautta. Kaikki vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti ja anonyymiteetin säilyttäen.

Vastaisitko kyselyymme 28.10.2013 mennessä.

Kiitos jo etukäteen yhteistyöstä.

Ystävällisin terveisin,
Pilvi Poutanen ja Eeva Kananen

Liite 2. Kyselylomake

1. Kohtaatko omassa työssäsi ongelmia alakoululaisten ravitsemuksen, liikunnan tai unen suhteen?
2. Miten otat puheeksi ylipainon ja lihavuuden perheen kanssa? Kerrotko jonkin esimerkin?
3. Terveysongelmia hoidettaessa ja seurattaessa, toteutuuko mielestäsi yhteistyö perheiden kanssa sujuvasti? Miten tämä yhteistyö käytännössä toteutuu?
4. Millaisia keinoja terveydenhoitajalla on tukea ja auttaa perheitä lapsen ylipainon ja lihavuuden kanssa? Kerrotko niistä tarkemmin?
5. Millaisia menetelmiä käytät puuttuessasi alakoululaisen ravitsemusongelmiin?
6. Miten toimit kun huomaat alakoululaisen liikkuvan liian vähän lasten – ja nuorten liikuntasuosituksiin nähden?
7. Millaisia menetelmiä käytät alakoululaisen uniongelmiensa hoidossa?

Haluaisitko kertoa jotain muuta asiaan liittyen?

Kiitos vastauksistasi!