

Pinja Hirvonen
Elisa Nurmi

Asiakkaan ylipainon ja terveystottumusten puheeksi ottaminen

Kyselytutkimus painonhallintaryhmissä aloittavista asiakkaista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

11.5.2014

Tekijät Otsikko	Pinja Hirvonen, Elisa Nurmi Asiakkaan ylipainon ja terveystottumusten puheeksi ottaminen - Kyselytutkimus painonhallintaryhmissä aloittavista asiakkaista
Sivumäärä Aika	51 sivua + 5 liitettä 11.5.2014
Tutkinto	Terveydenhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitotyö
Ohjaaja	Lehtori, TtM Asta Lassila
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, miten painonhallintaryhmissä aloittavien ylipainoisten tai lihaviiden asiakkaiden terveystottumuksia oli otettu puheeksi terveydenhuollossa ennen painonhallintaryhmässä aloittamista. Tutkimuskysymys oli, onko lääkäri tai muu terveydenhoitohenkilö kehottanut vastaanotolla painonhallintaryhmiin hakeutuneita asiakkaita ruokatottumusten muuttamiseen, liikunnan lisäämiseen tai laihduttamiseen. Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella -tutkimuskokonaisuutta.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusaineiston muodosti 92 Pieni Päätös Päivässä -painonhallintaryhmään osallistuvaa 18–70-vuotiasta asiakasta HUS-alueen kunnista. Opinnäytetyössä käytettiin Pieni Päätös Päivässä -ohjelmaan liittyneessä tutkimuksessa kyselylomakkeella kerättyä aineistoa. Kyselylomakkeesta analysoimme 18 kysymystä vastaajien taustatiedoista, terveystottumusten käytöstä, koetusta terveydentilasta, terveystottumusten muuttamisesta ja niiden puheeksi ottamisesta. Analysoimme tulokset ristiintaulukoimalla IBM SPSS Statistics -ohjelman avulla.</p> <p>Painonhallintaryhmäläiset kokivat terveytensä huonommaksi kuin suomalaisväestö keskimäärin, ja heillä oli enemmän lihavuuden liitännäissairauksia. He olivat muuttaneet terveystottumuksiaan terveellisimmiksi jo ennen ryhmässä aloittamista. Lääkäri oli kehottanut joka toista asiakasta elintapamuutoksiin. Mitä suurempi painoindeksi asiakkaalla oli, sitä useammin lääkäri oli kehottanut laihduttamaan tai muuttamaan ruokatottumuksia. Hoitajat olivat ottaneet ruokatottumukset, liikunnan lisäämisen ja laihduttamisen puheeksi vastaanotoilla hieman lääkäreitä useammin. Ne vastaajat, joita oli kehoitettu elintapamuutoksiin, olivat toteuttaneet elintapamuutoksia niitä vastaajia enemmän, joita ei ollut niihin kehoitettu.</p> <p>Tulosten mukaan vaikuttaa siltä, että painoa ei oteta tarpeeksi puheeksi terveydenhuollossa. Suomessa aiheesta tulisi saada enemmän tutkimustietoa suuremmalla otoksella. Ammattihenkilöiden osaamista lihavuuden puheeksi ottamisesta tulisi jatkuvasti kehittää.</p>	
Avainsanat	painonhallinta, potilasohjaus, interventio, ylipaino, lihavuus

Authors Title	Pinja Hirvonen, Elisa Nurmi Primary Health Care Providers' Tendency to Discuss Weight, Obesity and Health Status with Overweight and Obese Patients - Analysis of a Questionnaire for Weight Management Group Members
Number of Pages Date	51 + 5 appendices 11 May 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public Health Nursing
Instructor	Asta Lassila, Senior Lecturer, Master of Health Sciences
<p>The purpose of our study was to examine if a physician, a registered nurse, a public health nurse or an occupational nurse discussed weight or lifestyle with overweight or obese weight management group members. We studied how primary health care providers advised patients to change nutrition and physical exercise habits and to lose weight.</p> <p>The study sample consisted of 92 overweight or obese weight management group members aged 18 to 70 in Southern Finland. Data for our study were previously gathered by sending a questionnaire to weight management group members, who filled in the questionnaire during their first weight management counseling class. We analyzed 18 questions. The questions included a variety of themes such as patients' background information, morbidity, health care service usage, lifestyle, weight management interventions and personal opinion of a patient's health status. We used the IBM SPSS Statistics program to analyze the results.</p> <p>The weight management group members stated their health status to be worse than an average Finn and they had more obesity-related diseases. They had already changed their lifestyle before starting in the weight management groups. Physicians advised every other respondent to change his/her lifestyle. The higher the BMI was the more likely the physicians were to advice weight management group members to lose weight or change their eating habits. Registered nurses, public health nurses and occupational nurses advised patients to lose weight, to increase the amount of physical exercise and to change eating habits more often than physicians. Those weight management group members who were advised to change their lifestyle accomplished more changes than they who were left without advice.</p> <p>The results lead to the conclusion that health care providers do not discuss weight or lifestyle with overweight or obese patients as much as possible. Our study may indicate that the subject needs further investigation in Finland. In our opinion, physicians' and nurses' expert knowledge of weight management and lifestyle interventions should be developed continuously.</p>	
Keywords	weight control, patient counseling, intervention, overweight, obesity

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Hankeyhteistyö	2
3	Ylipaino ja lihavuus	4
3.1	Ylipainon ja lihavuuden määritelmät ja arviointi	4
3.2	Liitännäissairaudet	6
4	Lihavuuden hoito	8
4.1	Elintapahoito	8
4.2	Lääke- ja leikkaushoito	11
4.3	Painonhallinta	12
5	Painon ja terveydentilan puheeksi ottaminen	13
5.1	Puheeksi ottamisen merkitys ja tarve	13
5.2	Painonhallinnan ohjaaminen vastaanotolla	15
6	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	19
7	Tutkimusmenetelmät	20
7.1	Kyselylomake	20
7.2	Aineiston kerääminen	21
7.3	Analysointimenetelmät	21
8	Tulokset	23
8.1	Taustatiedot	23
8.2	Terveystottumusten muuttaminen ja koettu terveydentila	29
8.3	Terveydenhoitohenkilön elintapamuutoskehotukset	31
8.4	Tottumusten muuttaminen verrattuna elintapamuutoskehotuksiin	35
8.5	Tulosten tarkastelu	39
9	Pohdinta ja johtopäätökset	41
9.1	Luotettavuus ja eettisyys	43
9.2	Jatkotutkimusehdotukset	45
	Lähteet	47

Liitteet

Liite 1. Yhdistetty peruskyselylomake painonhallintaryhmille

Liite 2. Suostumusasiakirja

Liite 3. Tiedote painonhallintaryhmille

Liite 4. Peruskyselylomakkeesta tulkitut kysymykset

Liite 5. Tiedonhaku

1 Johdanto

Lihavuus ja ylipaino ovat maailmanlaajuinen kansanterveyden ongelma. Lihavuus on kaksinkertaistunut viimeisen 30 vuoden aikana, (Männistö – Laatikainen – Vartiainen 2012) ja esimerkiksi vuonna 2000 Suomessa oli lihavia miehiä 70 prosenttia enemmän kuin vuonna 1980 (Lihavuus (aikuiset). 2013; Mustajoki 2013). Vuonna 2012 suomalaisista miehistä kaksi kolmasosaa ja naisista puolet oli ylipainoisia. Merkittävästi lihavia on noin viidesosa väestöstä. (Männistö ym. 2012.) Lihavuuteen liittyy monia liitännäissairauksia (Lihavuus (aikuiset). 2013) ja elämänlaatua voimakkaasti heikentäviä tekijöitä (Kaukua 2006), ja siitä aiheutuu yhteiskunnalle mittavat kustannukset. Näistä syistä painonhallinta ja elämäntapamuutosten tukeminen ovatkin haaste suomalaisten kansanterveyden edistämiseksi. (Männistö ym. 2012.) Nykyään hoitotieteessä korostetaan entistä enemmän terveyden edistämisen tutkimista (Pietilä – Länsimies-Antikainen – Halkoaho – Vähäkangas 2008: 305), mihin mekin keskitymme opinnäytetyössämme.

Opinnäytetyömme kuuluu vuonna 2012 alkaneeseen *Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella* -tutkimuskokonaisuuteen. Tutkimuksen toteuttamisesta vastaa HUS:n Perusterveydenhuollon terveyden edistämisen yksikkö. (Suojanen ym. 2013.) Tutkimuskokonaisuudesta on toteutettu aiemmin *Painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiilit* -opinnäytetyö (Mustonen – Roine 2012). Tutkimuskokonaisuuden tavoitteena on selvittää, miten suuria vaikutuksia elämäntapoihin kohdistuvalla ryhmäohjauksena toteutettavalla painonhallintainterventiolla on valtimotautien riskitekijöihin.

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineiston muodostaa 92 Pieni Päätös Päivässä -ryhmiin osallistuvaa 18–70-vuotiasta ylipainoista tai lihavaa asiakasta, jotka ovat täyttäneet HUS/PPP 2012 -kyselylomakkeen aloittaessaan painonhallintaryhmässä. Valitsimme kyselylomakkeesta tutkimuksemme kannalta oleelliset kysymykset ryhmäläisten taustatiedoista, terveystottumuksista, terveydentilasta sekä ruokatottumusten, liikunnan ja painon puheeksi ottamisesta. Näille vastauksille toteutimme kvantitatiivisen analyysin ristiintaulukoimalla. Opinnäytetyössämme pyrimme selvittämään oliko terveydenhuollon ammattihenkilö kehottanut ylipainoisia tai lihavia asiakkaita muuttamaan elintapojaan terveyssyistä. Käytämme opinnäytetyössämme painonhallintaryhmäläisistä pääsääntöisesti termejä asiakas ja vastaaja. Käytämme myös ilmaisuja ylipainoinen, lihava, vaikeasti lihava ja sairaalloisen lihava. Nämä ilmaisut perustuvat vastaajan painoindeksilukemaan.

2 Hankeyhteistyö

Opinnäytetyömme on osa *Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkaila HUS-alueella* -tutkimuskokonaisuutta, josta käytämme tässä opinnäytetyössä lyhennettä PVVRYPAH -tutkimuskokonaisuus. Tutkimuksen taustalla on vuonna 2010 voimaan tullut terveydenhuoltolaki, joka ohjaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon Suomessa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 1–2). PVVRYPAH -tutkimuskokonaisuuden tavoitteena on selvittää miten suuria vaikutuksia elämäntapoihin kohdistuvalla ryhmäohjauksena toteutettavalla painonhallintainterventiolla on valtimotautien riskitekijöihin. Tutkimuskokonaisuuden tarkoituksena on tuottaa tietoa terveyden edistämisen toimenpiteiden vaikuttavuudesta valtimosairauksien riskitekijöihin perusterveydenhuollossa, sekä luoda malleja kyseisten kansansairauksien ennaltaehkäisyyn.

PVVRYPAH-tutkimuskokonaisuuden toteuttavat HUS:n perusterveydenhuollon yksikön terveyden edistämisen yksikkö ja medisiininen tulosityksikkö. Tutkimusryhmään kuuluvat ETM Laura Suojanen, FT Heli Bäckmand, LL Sinikka Bots, professori Johan Eriksson, dosentti Kirsi Pietiläinen ja professori Markku S. Nieminen. Tutkimusyhteistyössä on mukana myös Metropolia Ammattikorkeakoulun terveystieteiden ja hoitoalan, jonka opiskelijat osallistuvat aineistonkeruuseen ja -analysointiin vastuuopettajien TtT Arja Liinamon ja TtM Asta Lassilan ohjauksessa. Tutkimukselle on haettu HUS:n Koordinoivan eettisen toimikunnan tutkimuslupa. Tutkimuksen tulokset esitetään tieteellisissä julkaisusarjoissa, kotimaisissa ammattijulkaisuissa sekä kansalaisille tiedotusvälineiden kautta. (Suojanen ym. 2013.)

Tutkimuskokonaisuuteen liittyy diabeteksen ehkäisyohjelma DEHKO 2000–2010 sekä vuonna 2001–2003 toteutettu Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton Pieni Päätös Päivässä -yhteishanke (PPP-hanke). Hankkeen tarkoituksena oli löytää ja toteuttaa toimintamalleja väestön hyvinvoinnin edistämiseksi ja metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. Hankkeessa koulutettiin 385 terveydenhuollon ammattihenkilöä Pieni Päätös Päivässä -painonhallintaohjaajiksi. Ryhmään pääsyvaatimuksena on asiakkaan korkea painoindeksi (yli 28) sekä 18–70 vuoden ikä. Painonhallintaryhmän ohjelma koostuu kolmen ja puolen kuukauden intensiivijaksosta, jota seuraa kolmen kuukauden seurantajakso. Vuoden kuluttua järjestetään seurantakäynti, johon kyseinen ohjelma päättyy. (Turku 2006: 33.) Kokkinen-Jussilan, Julkusen ja Lipsasen (2011: 209–213) tutkimus

osoitti, että PPP-ryhmään osallistuneiden naisten painoindeksi laski 1,6 yksikköä ja paino keskimäärin 4 kg. Myös vyötärönympäryys pieneni vajaa 4 cm. Kaikista osallistujista noin kolmannes laihtui vähintään 5 % lähtöpainostaan. Suuren kysynnän vuoksi Diabetesliitto ja Sydänliitto ottivat ohjaajakoulutuksen osaksi vakituista koulutustarjontaansa. (Turku – Heinonen 2005: 6.)

PVVRYPAAH-tutkimuskokonaisuuden aineiston muodostaa noin 300 PPP-painonhallintaryhmiin osallistuvaa 18–70-vuotiasta ylipainoista perusterveydenhuollon asiakasta HUS-alueen kuntien terveysasemilla. Tästä joukosta opinnäytetyömme otos on 92. Tutkimukseen sisältyy kyselyjä, mittauksia ja laboratoriokokeita, joista käytämme aineistona ensimmäisellä ryhmätapaamiskerralla täytettyjä kyselylomakkeita soveltuvin osin.

Metropolia Ammattikorkeakoulussa on aiemmin tehty opinnäytetyö *Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella* -tutkimuksen aineistosta. Anni Mustosen ja Jenni Roinen (2012) *Painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiilit* -opinnäytetyö käsitteli asiakkaiden elintapaprofiileja, joihin kuuluivat ravintoon, liikuntaan, tupakointiin ja alkoholiin liittyvät elintavat. Aineistonkeruuta varten Roine ja Mustonen kehittivät ETM Laura Suojasen kanssa yhteistyössä HUS/PPP 2012 -kyselylomakkeen (liite 1). Kyselylomake sisältää 70 kysymystä painonhallintaryhmissä aloittaville. Mustosen ja Roinen otoksena oli 56 painonhallintaryhmässä aloittanutta 18–70-vuotiasta. He tekivät otokselle kvantitatiivisen analyysin PASW Statistics -ohjelman avulla.

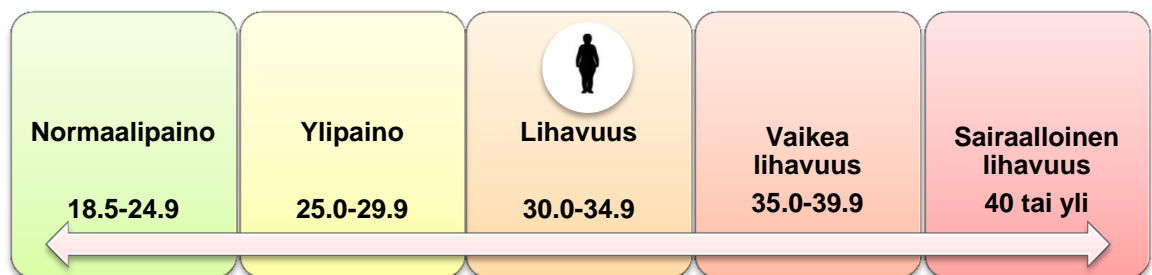
Painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiilit -opinnäytetyöstä selvisi, että asiakkaiden terveystottumukset vaikuttivat pääosin terveellisiltä. Suurin osa koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi ja kolmasosa koki terveytensä keskitasoisiksi. (Mustonen – Roine 2012: 16–22.) Opinnäytetyössä saatiin selville, että asiakkaiden ateriaritmi, kasvisten syönti, rasvan laatu, tupakoimattomuus ja alkoholin käyttö olivat suhteellisen terveellisellä tasolla. Liikunnan harrastaminen oli kuitenkin vähäistä, eikä kyselytutkimuksella selvinnyt ryhmäläisten aterioiden annoskokoja tai ruoka-aineiden välisiä suhteita. (Mustonen – Roine 2012: 29.) Elintapojen lisäksi kyselylomakkeessa kysyttiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden elintapamuutoskehotuksia, sairastavuutta, terveystalvelujen käyttöä, ja terveystottumusten muuttamista. Opinnäytetyömme aihe nousi näistä analysoimattomista kysymyksistä.

3 Ylipaino ja lihavuus

3.1 Ylipainon ja lihavuuden määritelmät ja arviointi

Ylipainolla ja lihavuudella tarkoitetaan suurentunutta rasvakudoksen määrää elimistössä. Se on tavallisesti seurausta pitkään jatkuneesta kehon energiansaannin ja kulutuksen epätasapainosta: ihminen syö enemmän kuin kuluttaa. Suomalaisen väestön lihavuus on lisääntynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä. (Mustajoki 2012; Mustajoki 2013; Lihavuus (aikuiset). 2013.) Lihomisen taustalla ajatellaan olevan arkiliikunnan vähentyminen ja fyysisesti passiivinen elämäntapa, elintason nousu sekä helposti saatavilla oleva epäterveellinen ruoka ja annoskokojen jatkuva kasvu (Männistö ym. 2012). Lihavuuden ehkäisemiseksi ja terveyden edistämiseksi on perustettu Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015 (Lihavuus laskuun - Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. 2013) ja ylipainon sekä lihavuuden hoitoon sopivia interventiokeinoja kehitetään jatkuvasti. Yhtenä tärkeimmistä ylipainon hoitotoimista pidetään elintapaohjausta, joka pitää sisällään painonhallinnan opettelun. (Mustajoki 2012.)

Lihavuuden Käypä hoito -suositus (Lihavuus (aikuiset). 2013) määrittää, että ylipainon aste voidaan määritellä kehon painoindeksin (body mass index, BMI) mukaan. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä (kg/m^2), ja saatua arvoa verrataan suositukseen. Normaalipainosta puhutaan, kun kehon painoindeksi on välillä 18.5–24.9. Jos painoindeksi on 25 tai enemmän, puhutaan ylipainosta. Painoindeksituloksen ylittäessä raja-arvon 29.9 puhutaan lihavuudesta. Lihavuus jaetaan painoindeksin mukaan kolmeen luokkaan (kuvio 1). Kehon painoindeksi on käyttökelpoinen mittari aikuisen rasvakudoksen määrän mittaamisessa, mutta ei erota turvotusta tai epätavallisen suurta lihasmassaa ylipainon aiheuttajana. Vaikka painoindeksi on tunnustettu keino luokitella lihavuutta, se ei erota kehon koostumusta ja voi siksi johtaa virheellisiin tulkitoihin. (Kushner – Blatner 2005: 53.)



Kuvio 1. Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI) perusteella (Lihavuus (aikuiset). 2013.)

Ylimääräisestä rasvakudoksesta suurin osa on varastoituneena ihon alle. Tämän lisäksi rasvakudos varastoituu vatsaonteloon, minkä takia toinen käytännöllinen tapa arvioida lihavuuden astetta on vyötärön ympäryksen mittaaminen. Sisäelimiin ja vatsaonteloon kertynyt rasvakudos ilmenee suurentuneena vyötärön ympärysmittana, jolloin puhutaan vyötärölihavuudesta. Vyötärön ympäryks mitataan lonkkaluun korkeimman kohdan ja alimpien kylkiluiden välistä seisten. Vyötärön ympäryksen mittaus täydentää painoindeksimäärittystä, ja sen raja-arvoina käytetään metabolisen oireyhtymän raja-arvoja. Merkittävän vyötärölihavuuden alaraja on miehillä 100cm ja naisilla 90cm. Varoitusravoina puolestaan voidaan pitää miehillä 90cm ja naisilla 80cm, jolloin varhainen puuttuminen ja elämäntapamuutos ovat erityisen tärkeitä. (Lihavuus (aikuiset). 2013.)

Lihavuuteen vaikuttaa yli sadan geenitekijän lisäksi metabolia eli aineenvaihdunta, käyttäytyminen, ympäristö, kulttuuri ja sosioekonominen tausta. Geenitekijät vaikuttavat energian kulutukseen, ruokahaluun, rasvojen imeytymiseen, lihavuuteen liittyvään insuliiniresistenssiin, lipidien metaboliaan sekä tulehdusreaktioihin. Lihavuuteen vaikuttavia genotyyppisiä eli perimätyyppejä on kahdenlaisia: resistentti eli vastustuskykyinen genotyyppi ja reagoiva genotyyppi. Niillä ihmisillä, joilla on resistentti genotyyppi, on tavallista, että paino ei muutu herkästi elämäntapamuutosten mukana, jolloin myös laihduttaminen voi olla vaikeaa. Puolestaan heillä, joilla on reagoiva genotyyppi, on tavanomaisista painon heittäminen elämäntapamuutosten vaikutuksesta. Tämän perusteella lihavuuden hoitoon annettavien ohjeiden tulisikin aina olla yksilöllisiä. (Weber 2010: 13–14.)

Lihavuus heikentää psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä elämänlaatua. Tutkimusten mukaan elämänlaatu alkaa heikentyä painoindeksin ollessa yli 27–30, mikä näkyy erityisesti toimintakyvyssä. Laihduttamisella ja painonhallinnalla elämänlaadun on tutkittu parantuvan merkittävästi, (Kaukua 2006: 1215) mikä voi motivoida asiakasta tai potilasta pitkäaikaiseen painonhallintaan ja ylläpitää jo saavutettuja tuloksia.

Tuoreimmassa Finriski-tutkimuksessa (Männistö ym. 2012) käy ilmi, että suomalaisista aikuisista joka viides on lihava ja yli puolet on vähintään ylipainoisia. Hyytisen ja Roihan tutkimuksessa (2009: 47) ylipainoisia oli lähes puolet miehistä ja yli neljäsosa naisista. Työikäisten miesten painoindeksin keskiarvo vuonna 2012 oli 27 ja naisten 26. Vuosien 1972 ja 1997 välillä keskimääräinen painoindeksi on noussut sekä miehillä että naisilla. Miehillä painoindeksi oli noussut erityisesti nuorimman (ikävuodet 25–34) ja vanhimman (ikävuodet 55–64) tutkitun ikäluokan kohdalla. Naisilla taas painoindeksi nousi eniten nuorimman ikäluokan kohdalla. Painoindeksi nousi miesten kaikissa kou-

lutusluokissa. Naisilla nousu oli suurinta vähiten koulutetun väestön kohdalla. Huomioitavaa oli, että miehillä painoindeksin nousu oli suurinta työttömällä ja eläkkeelle jääneillä, kun taas naisilla painoindeksi ei vaihdellut ammattiprofiilien välillä. (Lahti-Koski 2001: 7–8.)

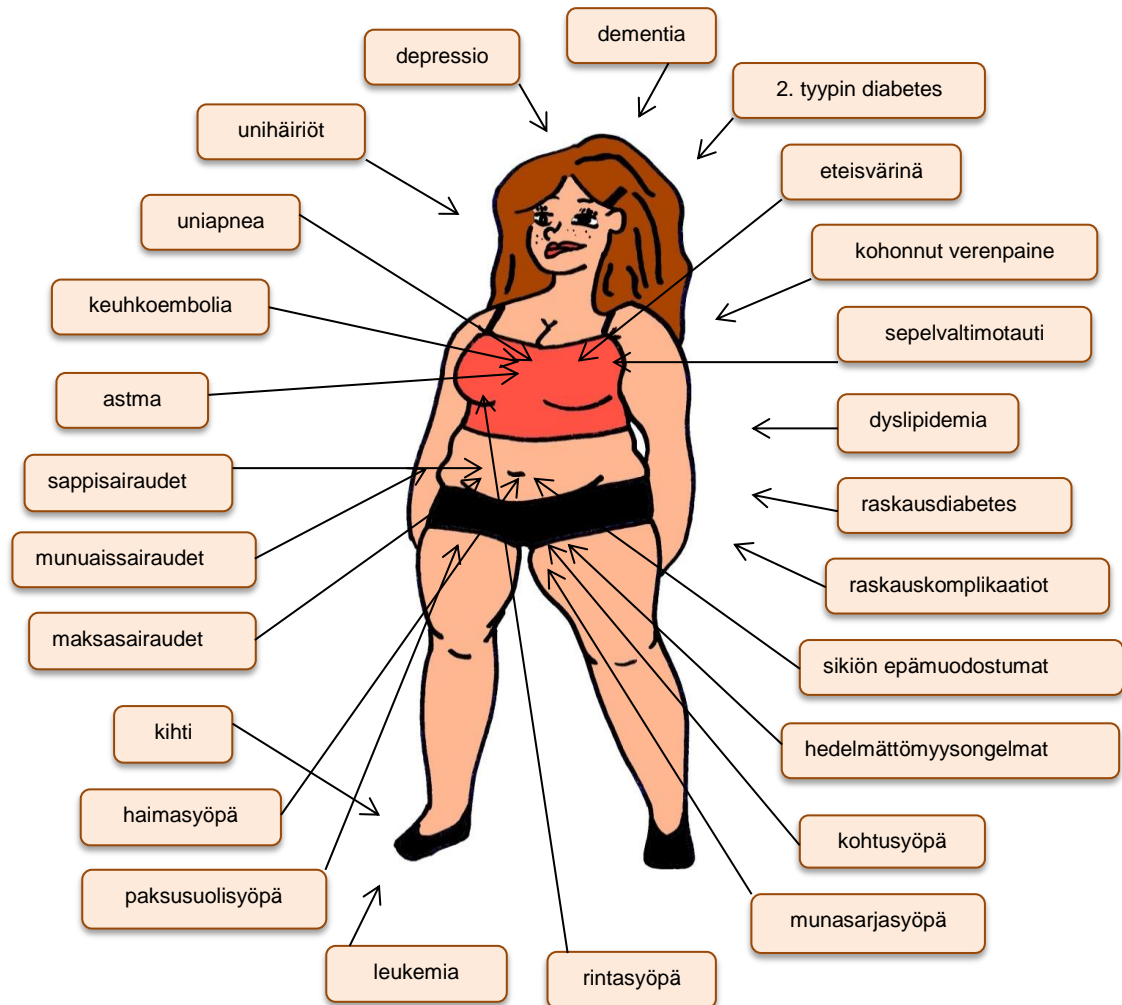
Terveystieteiden resurssit lihavuuden hoitamisessa ovat rajalliset, minkä takia terveydenhuollossa hoidetaan siitä eniten hyötyä saavia lihavia potilaita. Tämä tarkoittaa erityisesti niitä potilaita, joiden sairautta voidaan hoitaa laihduttamalla. (Mustajoki 2003: 1173.) Hoitoon valitaan pääosin motivoituneita nuoria ja työikäisiä, ja nuorten lihavuuden hoito onkin erityisen tärkeää. Usein tyyppin 2 diabetesta, kohonnutta verenpainetta, uniapnea-oireyhtymää, dyslipidemiaa, metabolista oireyhtymää tai sepelvaltimotautia sairastavilla hoitotulos on parempi laihduttamisen kuin lääkehoidon seurauksena. Hoitoyhteisön toimiva perushoito on edellytys lihavuuden hoidolle. (Mustajoki 2003: 1173; Lihavuus (aikuiset). 2013.)

3.2 Liitännäissairaudet

Lihavuus lisää merkittävästi riskiä erilaisiin liitännäissairauksiin ja oireyhtymiin. Riskin suuruus muotoutuu lihavuuden vakavuudesta. Riskiä suurentaa erityisesti viskeeraalisen eli sisäelinten ympärille kerääntyneen rasvan suurentunut määrä eli vyötäröpainotteinen lihavuus. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Useimpien liitännäissairauksien ensisijainen hoitomuoto on painonhallinta ja laihduttaminen. Liitännäissairaudet ovat myös ensisijainen peruste tarjottaessa lihavuuden hoitoa terveydenhuollossa. (Mustajoki ym. 2009: 2249). Kuvioon 2 (s. 7) on koottu sairaudet, jotka liittyvät lihavuuteen Käypä hoito -suosituksen mukaan. (Lihavuus (aikuiset). 2013.)

Lihavuuden liitännäissairauksia on useita, joista osa on mielletävissä kansansairauksiksi. Erityisesti 2 tyyppin diabetekseen sairastumisen riski on ylipainoisilla 2–4-kertainen ja lihavilla 7–20-kertainen. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Esimerkiksi keski-ikäisen naisen riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen nousee 90-kertaiseksi painoindeksin ylittäessä 35 (Colditz – Willet – Rotnitzky – Manson 1995: 481–486). *Keskisuomalaisten työikäisten ravitsemustottumusten varhaistunnistaminen ja tyyppin 2 diabetesriskin kartoittaminen EVI -hankkeessa* -tutkimuksessa selvisi, että otoksena olleesta 362 suomalaisesta jopa viidesosalla on suuri riski sairastua 2 tyyppin diabetekseen (Hyytinen - Roiha 2009: 22, 32). Myös verenkiertoelimistön sairauksien vaara on suurentunut lihavilla henkilöillä. Lihavuuden seurauksena kohonnut verenpaine ja dyslipidemia lisäävät vaaraa sairastua.

tua sydän- ja verisuonitauteihin, kuten sepelvaltimotautiin ja aivoinfarktiin. (Lihavuus (aikuiset). 2013).



Kuvio 2. Lihavuuden liitännäissairaudet (Mukaiillen Lihavuus (aikuiset). 2013).

Diabeteksen ja verenkiertoelimestön sairauksien lisäksi lihavuuteen liittyy monia muita sairauksia ja oireyhtymiä. Rasvamaksan yleisyys lihavilla on yli kymmenkertainen ja maksakirroosikuolleisuus on suurentunut. Myös munuaissairauksien vaara on suurentunut ja niiden eteneminen nopeutunut lihavilla henkilöillä. Ylipaino ja lihavuus aiheuttavat lisäksi nivelien kuormitusta, ja riski lonkan, käden ja polven nivelrikkoon sairastumiseen on normaalipainoisen riskiä huomattavasti suurempi. Tekoniveliä asetetaan lihaville 3–4 kertaa normaalipainoisia enemmän. Haima- ja sappisairauksien vaara lisääntyy, ja sappikiviä sekä haimatulehdusta esiintyy enemmän. Lihavuus lisää myös joidenkin syöpien riskiä. Ylipaino saattaa aiheuttaa uniapneaa, ja yölliset hengityskatkokset ovatkin tavanomaisia ylipainoisilla. Myös muun muassa depressio on lihavilla 4–5 kertaa yleisempää kuin normaalipainoisilla. (Lihavuus (aikuiset). 2013.)

Painoindeksilukeman ollessa välillä 22,5–25 kuolleisuus on pienin. Kehon rasvakudoksen lisääntyessä myös kokonaiskuolleisuus kasvaa: jokainen viiden prosenttiyksikön lisäys tämän jälkeen suurentaa kokonaiskuolleisuutta vajaa kolmanneksella. (Colditz ym. 1995: 481–486.)

4 Lihavuuden hoito

Lihavuuden hoidon tarkoituksena on ehkäistä tai hoitaa lihavuuteen liittyviä tai sen vuoksi pahenevia sairauksia, ja niiden lisäksi parantaa elämänlaatua ja toimintakykyä. Tähän päästään myönteisillä elämäntapamuutoksilla, joiden on tarkoitus olla mahdollisimman pysyviä. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Tavoitteena on 5–10 %:n painonlasku energiansaantia vähentämällä ja sen kulutusta lisäämällä. Jo siten saadaan korjattua aineenvaihdunnan häiriöitä tehokkaasti (Alahuhta – Laitinen 2011: 59–61.)

4.1 Elintapahoito

Elintapaohjaus on keskeinen osa lihavuuden hoitoa. Sen lisäksi voidaan käyttää erittäin niukkaenergistä ruokavaliota (ENE), leikkaushoitoa tai lääkitystä. Lihavuuden elintapahoitoon kuuluu potilaan tilanteen kartoittaminen ja muutosten edistäminen, syömisen hallinnan lisääminen, ruokavalion energiamäärän vähentäminen, ravitsemuksellisen riittävyyden turvaaminen sekä fyysisen aktiivisuuden lisääminen. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Mustajoen (2000: 3354) mukaan painoon pitäisi suhtautua kuten verenpaineeseen, jolloin painon mittaaminen ja kirjaaminen viestisivät jo itsessään painon tärkeydestä. Myös säännöllinen vyötärönympäryksen mittaaminen saattaa toimia tehokkaana interventiokeinona, joka voi tuoda esiin ristiriidan tilanteen todellisuudesta verrattuna omaan käsitykseen. (Alahuhta – Laitinen 2011: 59.)

Käyttäytymismuutosten ohjaus on yksi keskeisimpiä elintapahoidon muotoja. Hoidossa muodostetaan, suunnitellaan ja toteutetaan muutosaikeet sekä asetetaan niille tavoitteet ja seurataan niiden toteutumista. Olennaista on asiakaslähtöisyys ja voimaannuttaminen. Käyttäytymismuutosten ohjausta voi toteuttaa erilaisin menetelmin. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Alahuhtan ja Laitisen (2011: 60–61) mukaan alkuvaiheessa on hyvä keskittyä tietojen, asenteiden, ajatusten ja käsitysten muuttamiseen sen sijaan, että välittömästi kiirehdittäisiin toimintaan. Ohjattavan tulisi itse määrittää realistiset ja mitattavat tavoitteet niin pitkälle kuin lyhyellekin aikavälille. Omien taitojen lisäämistä auttaa

reflektointi, arviointi sekä palautteen saaminen. (Alahuhta – Laitinen 2011: 60–61.) Käyttäytymisen muutokseen keskittyvät interventiot on todettu vaikuttaviksi erityisesti vanhempien osallistujien, miesten ja korkeatuloisten kohdalla (Hardeman – Griffin – Johnston – Kinmonth – Wareham 2000: 139). Hyytisen ja Roihan tutkimuksen (2009: 49) mukaan naiset olivat halukkaampia ravitsemustottumustensa muuttamiseen kuin miehet, minkä lisäksi naiset kykenivät ylläpitämään muutoksiaan miehiä paremmin. Miesten koettu terveys oli ristiriidassa todellisen terveydentilan kanssa: miehet kokivat terveytensä todellista paremmaksi. Parhaiten ravitsemustottumusten muuttamisessa onnistuivat työelämäänsä osallistumattomat henkilöt. (Hyytinen – Roiha 2009: 52.) Kasvokkain toteutettu käyttäytymisteorioita hyödyntävä painonhallintaohjelma, jossa saadaan palautetta muutoksista, hyödynnetään yksilöllistä harjoitusohjelmaa sekä oma-seurantaa on todettu vaikuttavaksi esimerkiksi Hardemanin ym. (2000: 131–139) tutkimuksessa.

Lihavuuden elintapahoidon toteutus on pääosin ryhmähoitomuotoinen perusterveydenhuollon palvelu. Ryhmähoidon tarkoituksena on paitsi hoitaa, myös ehkäistä liitännäissairauksia sekä parantaa aikuisten elämänlaatua ja toimintakykyä. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Ryhmänohjaus voi kestää esimerkiksi 6-8 viikkoa, ja ryhmän hyvä koko on esimerkiksi 10–12 osallistujaa (Ash ym. 2006: 1562). Näin voidaan hoitaa suurempi osa ylipainoisesta väestöstä, ja ohjausta voi antaa monelle ihmiselle yhtäaikaaisesti.

Elintapahoitoa voidaan toteuttaa myös yksilöllisesti, mikä on yhtä tehokasta yksilölle, mutta ei ole yhtä kustannusvaikuttavaa yhteiskunnassa (Lihavuus (aikuiset). 2013). Ryhmäohjauksen puolesta puhuu taloudellisuus ja vertaistuen saaminen (Turku – Heinen 2005: 11). Wilsonin ym. (2010: 341–342) mukaan potilaista, jotka olivat itse saaneet valita lihavuusinterventiokseen ryhmähoidon, yli 90 % oli tyytyväisiä. He kokivat saaneensa riittävästi tietoa päätösten tekemiseen. 44 % ryhmään osallistuneista raportoi painon laskuksi vähintään 5 %. Yksilöhoitossa olleet eivät Wilsonin ym. (2010: 241–342) tutkimuksessa raportoineet tilastollisesti merkittävää painonlaskua tai muita käyttäytymismuutoksia verrattuna ryhmähoitomuotoon. Ryhmähoito oli myös suosituin interventiomuoto, kun vaihtoehtoina olivat tavallinen yksilöhoito ja puhelinohjaus. Ashin ym. (2006: 1557,1562) tutkimuksessa ei tullut esille painon pysyvyyden eroa ryhmä- tai yksilöohjauksen välillä puolen vuoden ja vuoden seurantajakson aikana.

Ashin ym. (2006: 1557, 1562) tutkimuksessa tutkittiin myös kirjallisen materiaalin saaneiden painon muutoksia verrattuna yksilöhoitoon ja ryhmähoitoon. Kasvokkain annettu ohjaus oli selvästi vaikuttavampaa kirjalliseen materiaaliin verrattuna, mikä näkyi pai-

non alenemisena ja vyötärönympäryksen pienenemisenä. Kahdeksan viikon intensiivinen ohjaus laski osallistujien painoa keskimäärin 3 kg, ja saavutettu tulos oli säilynyt vuoden jälkeen. Melinin ym. (2003: 1127–1135) tutkimuksessa havaittiin, etteivät painonpudotusryhmän intensiteetti tai kokoontumisten tiheys olleet suoraan verrannollisia pudotetun painon määrään. Perryn, Hicksonin ja Thomasin (2011: 301–312) tutkimuksessa taas vaikuttavuutta lisääviksi tekijöiksi nimettiin nimenomaan säännölliset viikoittaiset tapaamiset. Näiden tutkimusten valossa näyttäisi siltä, että ryhmän intensiteettiä tai tapaamisten tiheyttä tärkeämmiksi ja vaikuttavuutta lisääviksi asioiksi nousevat realistiset tavoitteet, jatkuva palaute sekä tuen saaminen.

Ruokavaliohoito on yksi keskeisimpiä elintapahoidon muotoja. Se sisältää kaksi vaihetta: laihdutusvaihe sekä painonhallintavaihe. Laihdutusvaiheessa tehdään sellaisia muutoksia, joiden ansiosta paino putoaa terveyttä edistäen. Painonhallintavaiheessa pyritään säilyttämään saavutettu paino ja ylläpitämään suotuisia elintapoja. Ruokavaliohoitoa toteutettaessa otetaan huomioon asiakkaan mieltymykset ja tottumukset sekä opastetaan terveelliseen ruokavalioon. Sopiva ruoka-ainekoostumus, rasva-, proteiini- ja hiilihydraattipitoisuus, kuidun määrä, glykemiaindeksi, kalsiumin määrä, energiatiheys sekä vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti on määritelty lihavuuden Käypä hoito -suosituksessa tarkasti. Ruokavalio-ohjauksen lisäksi lihavuuden hoidossa käytetään joskus myös ENE-dieettiä eli erittäin niukkaenergistä ruokavaliota. Se soveltuu ylipainoiselle potilaalle, jolla ei ole vakavia perussairauksia. ENE-dieetin laihduttava vaikutus perustuu energiansaannin radikaaliin vähentämiseen: potilas saa energiaa alle 800 kilokaloria vuorokaudessa 6–12 viikon ajan tietyistä ravinnonlähteistä. Tavallisesti potilas laihtuu 8–16 viikon aikana keskimäärin 15–21 kg. Ennen sen määräämistä tarvitaan lääkärin arvio. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Tutkimuksessa *Lääkärien terapeuttiset asenteet sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden, erityisesti ylipainon ja tupakoinnin, hoitoon* selvisi, että lääkehoitoa toteutettiin jopa kolme kertaa enemmän kuin ENE-dieettiä, mikä Hartikaisen, Niskasen, Salorannan, Rämön ja Virtasen (2006: 991–993) mukaan saattaa johtua lääkeshoidon aloittamisen helppoudesta sekä ravitsemusterapeuttien heikosta saatavuudesta avoterveydenhuollossa.

Ruokavaliohoidon ohella lihavuuden hoidossa tarvitaan liikunnan lisäämistä. Liikunta, erityisesti lihasvoimaa lisäävä harjoittelu, parantaa kehon koostumusta ja vähentää sisäelinten ympärille kerääntynyttä eli viskeraalista rasvakudosta. Liikunnalla on edullisia vaikutuksia terveyteen, vaikka paino ei putoaisikaan. Jo kohtalainen kuormitus, esimerkiksi reipas kävely, on hyödyllistä valtimoterveydelle, verenpaineelle, tyypin 2

diabetekselle, mielialalle ja eräille syöpämuodoille. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Ruokavaliomuutoksilla painoindeksi putoaa tehokkaasti, kun taas liikunta vähentää merkittävästi rasvan määrää elimistössä. Sekä ruokavalio- että liikuntamuutokset alentavat rasvaprosenttia ja vyötärönympärystä. (Melanson – Dell’Olio – Carpenter – Angelopoulos 2004: 849–856.)

4.2 Lääke- ja leikkaushoito

Lääkehoitoa voidaan käyttää elintapamuutosten ohella lihavuuden hoitona, kun painoindeksi ylittää 30 tai kun asiakkaalla on muita lihavuuden liitännäissairauksia ja painoindeksi 28 ylittyy. Lääkehoito ei ole ensisijainen hoitomuoto, mutta se sopii asiakkaille, jotka ovat ennestään motivoituneita laihduttamaan ja muuttamaan elintapojaan. Sitä voidaan jatkaa jopa loppuelämän, jos se antaa hyviä tuloksia tai vaihtoehtoisesti ylläpitää laihdutuksen tulosta. Suomessa lihavuudenhoitolääkkeenä käytetään orlistaattia, joka estää haiman lipaasientsyymin toimintaa ja siten edistää laihtumista ja ehkäisee lihomista. Orlistaatin haittavaikutuksena voi havaita rasvaisia ulosteita, ulostamispakkoa tai tuhrimista. Rasvan imeytymistä heikentävänä lääkkeenä orlistaatti voi aiheuttaa rasvaliukoisten vitamiinien puutosta, minkä takia hoidon ohella suositellaan käytettäväksi monivitamiinivalmistetta. (Lihavuus (aikuiset). 2013.) Lääkkeet laihduttavat enimmillään viisi kilogrammaa vuodessa (Ukkola 2008: 15). Tämän takia lääkitys ei yksin riitä, vaan laihduttaminen vaatii aina elintapamuutosohjausta pitkäaikaisen tuloksen saavuttamiseksi.

Leikkaushoitoa käytetään, mikäli aiempi konservatiivinen, eli rajoitetuilla menetelmillä annettu, hoito on toteutunut riittämättömänä. Leikkaushoidon aiheita ovat yli 40 painoindeksi tai yli 35 painoindeksi asiakkaalla, jolla on jokin lihavuuden liitännäissairaus. Potilaan ikä on suositeltu olevan 18–60(–65) vuotta, eikä hänellä saa olla merkittävää päihdeongelmaa. Potilaan on oltava psyykkisesti kykenevä muutoksiin. Leikkaushoito toteutetaan yleisimmin mahalaukun ohitusmenetelmällä laparoskooppisesti, eli tähystämällä. Muita menetelmiä ovat mahalaukun kavennus, tähystämällä asetettu panta mahalaukun ympärille, sappi- ja haimanesteiden ohitus tai pohjukais-suolen vaihto. Leikkauksen jälkeen ravitsemushoidon toteutuminen on oleellista, ja se etenee neste-mäisestä ravinnosta kohti kiinteitä. Leikkauksen jälkeen potilaan tulee syödä huomattavasti pienempiä ruoka-annoksia, jolloin ravintoainepuutosten ehkäisy on tärkeää. (Lihavuus (aikuiset). 2013.)

4.3 Painonhallinta

Painonhallinta tarkoittaa painonnousun estämistä tai saavutetun laihdutustuloksen ylläpitämistä (Mustajoki 2012). Lihavan ihmisen ensimmäinen tavoite on painonhallinta, joka onnistuessaan mahdollistaa laihtumisen. (Alahuhta – Laitinen 2011: 59.)

Painonhallintaan liittyy haasteita. Laihduttamistulos on usein vaikea ylläpitää, koska laihtuminen vähentää myös päivittäistä energiankulutusta. Esimerkiksi viiden kilon laihtuminen pienentää energiankulutusta noin 170 kilokaloria päivässä. (Mustajoki 2010: 162.) Toinen painonhallintaa vaikeuttava tekijä on ihmisen tuntema kylläisyys, joka yleensä saavutetaan päivittäin samalla ruokamäärällä. Ihminen syö siis päivittäin saman grammamäärän ruokaa, minkä takia on erittäin tärkeää kiinnittää huomiota ruoan laatuun. Toisaalta myös eri ravintoaineilla on todettu olevan eroavaisuuksia kylläisyyden tunteen ylläpitämisessä. Esimerkiksi proteiinit pitävät nälkää pidemmän aikaa kuin rasvat. Rasvaista ruokaa tulisi siis sen energiapitoisuuden vuoksi syödä vähemmän. (Mustajoki 2010: 142–143.)

Painonhallintaan vaikuttavat myös monet psykologiset tekijät (Mustajoki 2010: 167). Yhteiskunnan muuttuminen on aiheuttanut esimerkiksi ruoan annoskokojen kasvamisen, viihdeteknologian lisääntymisen, henkilöautojen määrän lisääntymisen, energiapitoisten ruokien lisääntyneen markkinoinnin sekä ihmedieettien ja laihdutusvalmisteiden mainostamisen. Painonhallinta onkin nyt vaikeampaa kuin muutama vuosikymmen sitten. (Mustajoki 2007: 228–229.)

Painonhallinta syntyy usein pienten kestävien elämäntapamuutosten tuloksena. Painonhallinnan avaimena on erityisesti usein toistuvien tottumusten muuttaminen, ei niinkään kaiken mieluisan rajoittaminen. Herkkujen kohtuudella nauttimisen tai silloin tällöin ravintolassa syömisen ei ole todettu vaikuttavan lihottavasti. Painonhallinnan apuna kannattaa käyttää vaakaa sekä esimerkiksi vyötärön ympärysmittaa. (Mustajoki 2010: 11–19.) Pohjoismaisen lautasmallin on todettu olevan hyvä työväline painonhallinnassa, koska se sisältää puolet kasviksia, neljäsosan lihaa tai muuta proteiinipitoista ruokaa sekä neljäsosan hiilihydraattipitoista ruokaa kuten perunaa tai riisiä (Mustajoki 2010: 28).

5 Painon ja terveydentilan puheeksi ottaminen

5.1 Puheeksi ottamisen merkitys ja tarve

Terveydenhuollossa työskentelevillä lääkäreillä ja hoitajilla on velvollisuus edistää potilaan terveyttä, minkä vuoksi lihavuus ja ylipaino on otettava puheeksi. Yksilöiden ja yhteisöjen terveysvalintojen edistäminen on merkittävä osa erityisesti perusterveydenhuollossa toimivien ammattilaisten päivittäistä työtä. (Mustajoki 2000: 3355). Jo ensimmäisen vuosisadan loppupuolella lääkäri ja lääketieteilijä Rufus Efesoslainen (Ahonen (suom.) 2006: 91) totesi, että moni asia voidaan saada selville oireiden perusteella. Hän kuitenkin totesi asiasta, että "Olen sitä mieltä, ettei sairauden kestoa, potilaan tavanomaista tilaa eri suhteissa ja kunkin potilaan yksilöllistä laatua ole mahdollista selvittää kuin kysymällä ja että näiden seikkojen tietäminen on lääkintätaidossa ensisijaisen tärkeää." Efesoslainen sanoi teoksessaan *Potilaan haastatteleminen* (Ahonen (suom.) 2006: 91) myös: "Nämä (potilaan yksilölliset) asiat ovat sellaisia, ettei lääkäri voi saada niitä tietoonsa mitenkään muutoin kuin kysymällä joko potilaalta tai joltakulta toiselta paikalla olijalta." Siis jo 1900 vuotta sitten korostettiin kysymisen eli puheeksi ottamisen merkitystä ja "potilaan yksilöllistä laatua". Tutkimusten mukaan tämä on kuitenkin edelleen haaste (Pietilä ym. 2009: 7–11; Rose ym. 2012: 118–128).

Suurin osa vuonna 2012 tehdyn kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin tutkimuksista osoitti terveysneuvonnalla olevan merkittävä vaikutus potilaan painoon liittyvään terveyskäyttäytymiseen. Puheeksi ottaminen ja ohjaaminen olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ja vaikuttivat potilaan painonhallintaan positiivisesti. Tutkimuksen perusteella hoitohenkilökunnan tulisi ottaa puheeksi painonhallinta ja painonpudotus ylipainoisten ja lihaviiden potilaiden kanssa. (Rose – Poynter – Anderson – Noar – Conigliaro 2012: 118–128.) Lisäksi Mustajoen (2000: 3354) mukaan lääkärin vastaanotolla potilaan alttius ja lääkärin auktoriteetti tekevät vastaanotosta tavallista tehokkaamman paikan terveysneuvonnalle.

Vaikka lihavuus on yleistä terveydenhuollon asiakkailta, sen diagnosointi ja hoito jää monen kohdalla tekemättä (Cleator ym. 2002: 581–582). Bramlagen ym. (2004: 1299–1306) tutkimuksessa noin 70 % ylipainoisista potilaista jäi tunnistamatta, eikä mitään interventioita tai painonhallinnan tarvetta ollut kirjattu potilaan tietoihin. Toisaalta Hyytisen ja Roihan tutkimuksen (2009: 50) mukaan kaikki tutkimukseen valitut 362 ihmistä olivat saaneet ravitsemusneuvontaa noin 1–2 kertaa perusterveydenhuollon vastaanotolla vuoden aikana. Heistä suurin osa koki myös saaneensa terveydellistä hyötyä

neuvonnasta. Yksi syy lihavuuden tunnistamisen vähyyteen voi olla henkilökunnan tietämättömyys sen etenemisestä, vakavuudesta ja vaikutuksista (Cleator ym. 2002: 581–582).

Terveydenhuollon ammattihenkilöt kokevat lihavuuden ja ylipainon puheeksi ottamisen haasteelliseksi (Mustajoki 2000: 3355). Vaikka lihavuuden toteamisen ja hoidon yleiset ohjeet ja hoitokäytännöt ovat yleisesti käytössä ja tiedossa, niitä ei hyödynnetä tarpeeksi. Saattaa olla, ettei hoitohenkilökunnalla ole tarpeeksi aikaa tai taitoa paneutua tähän moninaiseen haasteeseen. (Cleator ym. 2002: 581–582.) Perusterveydenhuollossa ylipainon ja lihavuuden hoidon puute voi johtua myös terveydenhuollon heikosta pyrkimyksestä erilaisiin interventioihin, potilaiden huonosta sitoutumisesta hoitoon tai tyytymättömyydestä elintapamuutosstrategioita kohtaan. (Bramlage ym. 2004: 1299–1306.) Briscoe ja Berry (2009: 164) löysivät kirjallisuuskatsauksessaan painonhallinnan ohjaamisen haasteiksi ajan, koulutuksen, harjoittelun, resurssien, itsevarmuuden ja korvausten puutteet sekä epäselvät säännöt ja linjaukset.

Hoitajien asenteet, positiivinen suhtautuminen, uskomukset sekä väestörakenne ovat yhteydessä heidän pystyvyyteensä hoitaa lihavuutta (Boyer 2008). Asenteita tutkittaessa kävi ilmi, että hoitohenkilökunnan mielestä ylipainoisilla on alentunut itsetunto sekä terveys ja he ovat osittain itse vastuussa tilanteensa muuttamisesta. Hoitohenkilökunnan asenteet ylipainoisia ja lihavia kohtaan vaihtelivat neutraalista negatiivisiin. Lihaviin asiakkaisiin suhtauduttiin selvästi negatiivisemmin kuin ylipainoisiin. Suhtautuminen on tunnistettava, jotta henkilökunnan negatiiviset asenteet eivät estäisi intervention tarpeessa olevan potilaan hoitoon pääsyä. (Harvey – Hill 2001.)

Michien (2007: 521–525) yhdysvaltalais tutkimuksessa kävi ilmi, että perusterveydenhuollon lääkäreistä 38 % ja hoitajista 14 % otti esille ylipainon. Kun asia nostettiin esille, alle yksi kymmenestä työntekijästä kertoi mahdollisista vaihtoehdoista painonpudotukseen tai keskusteli terveydentilasta ylipäänsä. Suurin syy siihen, ettei ylipainoa otettu esille oli se, että lääkärit ja hoitajat olivat huolissaan potilaan mahdollisesta emotionaalista reaktiosta. He esimerkiksi pelkäsivät, että aihe olisi potilaalle herkkä ja hän suuttuisi tai olisi väsynyt kuulemaan samaa viestiä useasti. Tämä tutkimus selvitti monen muun tutkimuksen tavoin, että terveydenhuollossa menetetään monia mahdollisia tilanteita ottaa ylipaino puheeksi, joten tarvitaan koulutusta ja resursseja auttamaan ongelman nimeämisessä. Olisi ensiarvoisen tärkeää kyetä kommunikoimaan ylipainosta asiakkaiden kanssa, mikä edistäisi heidän hyvinvointiaan. (Michie 2007: 521–525.)

Suomalaisessa terveydenhuoltotutkimuksessa (Hartikainen – Niskanen – Saloranta – Rämö – Virtanen 2006: 991–995) avoterveydenhuollon lääkärit arvioivat suhtautumistaan sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin. Huomattavaa oli, että ylipainon hoito koettiin vähiten tärkeäksi. Vain pieni osa lääkäreistä pyysi asiakasta mittaamaan painonsa vaa'alla tai mittasi tämän vyötärön ympäryksen vastaanotolla, eikä painoa seurattu systemaattisesti lainkaan. Painonhallintaa tukevista hoitomuodoista liikunta oli lääkäreiden eniten valitsema hoitomuoto. Seuraavana oli vähäkalorinen ruokavalio. Lääkehoitoa kannatti noin 20 % vastaajista.

Pietilän ym. (2009: 7–11) haastattelututkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa työskentelevät hoitohenkilöt kokivat tarvitsevänsä enemmän rohkeutta ja taitoa puheeksi ottamiseen ja varhaiseen puuttumiseen. Hoitohenkilöstö kaipasi menetelmäosaamisen vahvistamista ja rohkaisua hoitolinjausten käyttöön. He tarvitsivat koulutusta puheeksi ottamisesta ja motivoinnista edistääkseen asiakkaiden ja potilaiden terveyttä parhaalla mahdollisella tavalla. (Pietilä ym. 2009: 5–11; Boyer 2008.)

5.2 Painonhallinnan ohjaaminen vastaanotolla

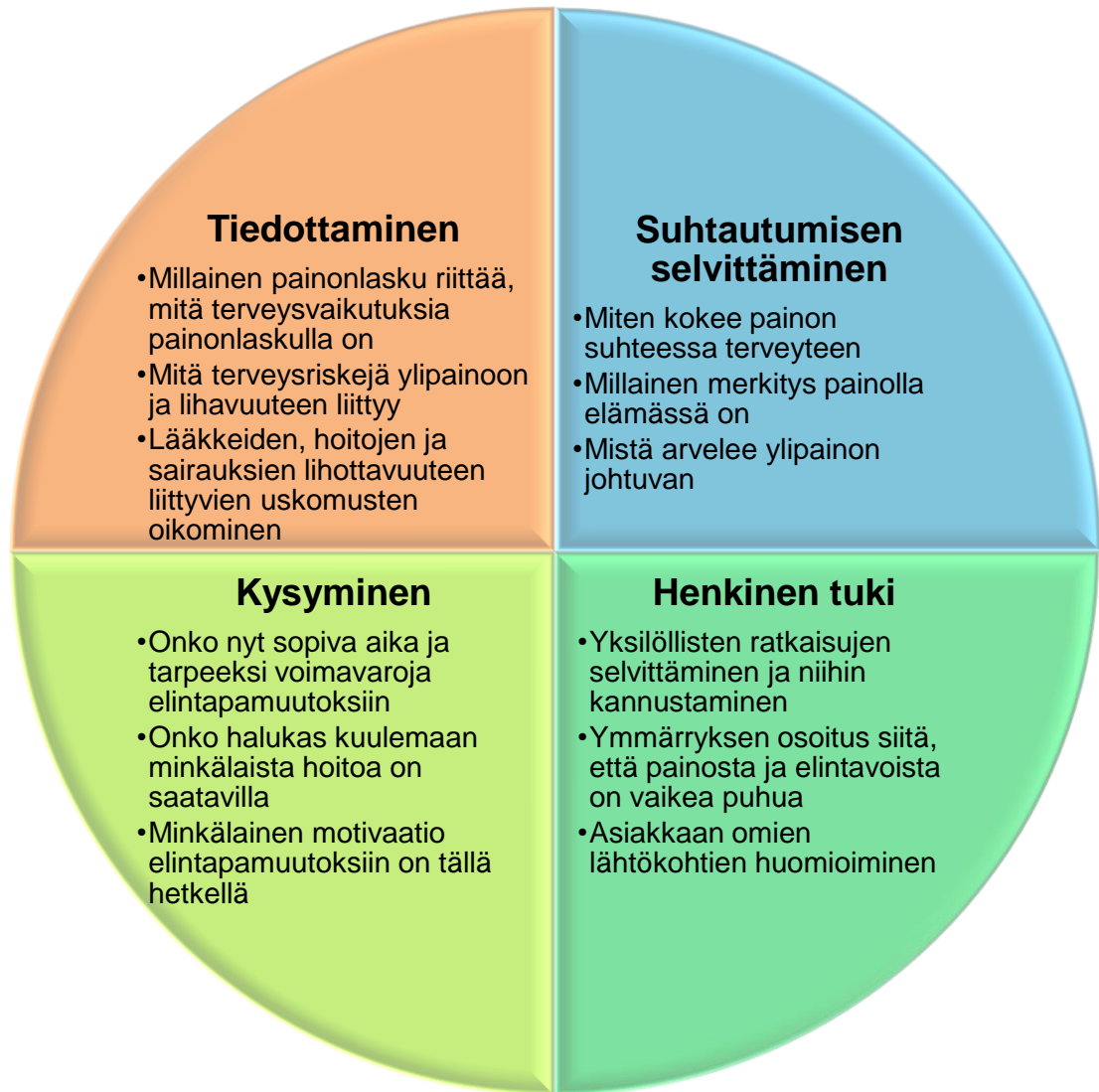
Terveydenhuollossa toimivat hoitajat ovat avainasemassa tunnistamassa ne asiakkaat tai potilaat, jotka tarvitsevat tai hakevat apua painonpudotuksessa. Tarkoitus on tukea asiakasta eri vaiheiden läpi siihen pisteeseen, jossa hän on valmis tunnistamaan ongelman, tarkastelemaan sitä ja ryhtymään konkreettisiin toimiin. Siksi on hyvin tärkeää, että hoitajat toimivat asiakaslähtöisesti ja sensitiivisesti. Perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden rooli ylipainon tunnistamisessa on korostunut: heidän tulisi lähestyä oikeaa asiakasta, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. (Tod – Lacey 2004: 59–68.) Paras tulos saadaan, kun potilaan oma painonpudotusprosessin vaihe tunnistetaan. Potilaan muutosvaiheen tunnistaminen vaikuttaa ohjauksen tavoitteisiin, sisältöön ja menetelmiin (Alahuhta – Laitinen 2011: 60–61).

James O. Prochaska ja Wayne F. Velicer (1997: 38–48) tutkivat 90-luvulla ihmisen terveyskäyttäytymistä käyttäytymisen muutoksen ja psykoterapian näkökulmasta, ja kehittivät tuloksena transteoreettisen muutosvaihemallin kuvaamaan terveyskäyttäytymisen muutosvaiheita. Muutosvaihemallissa korostuu muutoksen ajallinen prosessiluontoisuus. Muutoksen ydinvaiheiksi muodostuivat esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta-, ylläpito-, ja päätösvaihe. Painonhallinnan interventiokeinojen käyttö on tehokkainta asiakkaille, jotka ovat muutosvaihemallin esiharkinta-, harkinta- tai val-

mistautumisvaiheessa. Esiharkintavaiheessa ihminen tiedostaa ongelman, mutta saattaa olla ajattelematta sitä. Harkintavaiheessa ihminen suunnittelee muuttavansa elintapojaan seuraavan puolen vuoden aikana ja tiedostaa muutokseen tarvittavat hyvät ja huonot puolet, mutta ei ole vielä suunnitellut käytännössä siihen tarvittavia tekoja. Ihminen saattaa jäädä tähän vaiheeseen useaksi kuukaudeksi tai vuodeksi, jolloin voidaan puhua kroonisesta harkintavaiheesta tai muutoksen viivyttelystä. Valmistautumisvaiheessa puolestaan ihmisellä on selkeitä suunnitelmia käytännön teoista, joiden avulla hän aikoo tehdä muutoksen, ja hän on valmis aloittamaan teot lähitulevaisuudessa, esimerkiksi seuraavan kuukauden aikana. (Prochaska – Velicer 1997: 38–48.)

Transteoreettiseen muutosvaihemalliin kuuluvat lisäksi erilaiset muutosprosessit, joita ihminen käy läpi päästäkseen eteenpäin vaiheesta toiseen. Muutosprosesseja ovat esimerkiksi tiedostaminen, erilaiset tunnereaktiot, itsearviointi, ympäristön arviointi, itseluottamuksen herääminen, vieroittautuminen, pidättäytyminen, ylläpitäminen ja vertaistuen hakeminen. (Prochaska – Velicer 1997: 38–48.) Asiakkaan muutosprosessin tunnistaminen auttaa terveydenhuoltoalan ammattilaista painonhallintainterventioiden toteuttamisessa.

Puheeksi ottamiseen ja lihavuuden huomiointiin on kehitetty erilaisia interventiokeinoja, jotka edistävät vuorovaikutusta potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Suomessa ei ole yleistä ohjetta siitä, milloin ylipaino tulee ottaa puheeksi, jos asiakkaalla ei ole painonhallintaa vaativaa sairautta. (Mustajoki 2008: 2150.) Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus (2013) määrittää puheeksi ottamisen keinoksi lyhytintervention, jota voivat käyttää kaikki terveydenhuollon ammattilaiset. Siihen kuuluu lihavuuden mittaaminen, asian puheeksi ottaminen, ylipainosta ja sen vaikutuksista keskustelu sekä laihdutuksen ja painonhallinnan keinojen sekä terveydenhuollon palvelujen esittely. Hännisen, Kaukuan ja Sarlio-Lähteenkorvan (2006: 1629) tutkimuksessa esiin tulleita vastaanotolla huomioitavia teemoja on koottu kuvioon 3 (s. 17). Näitä keskustelun osa-alueita voi hyödyntää lyhytinterventiossa. Mikäli potilas ei halua muuttaa toimintaansa, interventiosta jätetään pois painonhallinnan ja laihdutuksen esittely, sillä taivuttelu, holhoava tyyli tai ylhäältäpäin tuleva neuvonta ei edistä potilaan muutoshalukkuutta (Mustajoki 2006: 1258).



Kuvio 3. Mitä vastaanotolla kannattaa ottaa huomioon painonhallinnan edistämisen kannalta. (Mukaillen Hänninen – Kaukua – Sarlio-Lähteenkorva. 2006: 1629.)

Yhtenä lihavuudesta keskustelun keinona on motivoiva potilashaastattelu, jota käytetään silloin, kun sairauden ehkäisyyn tai hoitoon tarvitaan elämäntapamuutosta. Motivoiva potilashaastattelu perustuu avoimiin kysymyksiin, joissa asiakkaalle ei anneta valmiita vastauksia. Lääkäri tai hoitaja ohjailee keskustelua niin, että asiakas tarkastelee omia vaihtoehtojaan elämäntapamuutokseen, ja hänelle annetaan valmiita vastauksia vain hänen niin pyytäessä (niin sanottu luovutettu paternalismi). Haastattelussa osoitetaan empatiaa ja vältetään todistelua tai väittelyä. Vastakkainasettelua vältetään, ja asiakkaan vastahankaisuus hyväksytään moittimisen ja kritisoinnin sijaan. Haastattelussa tuetaan asiakkaan omia kykyjä ja itseluottamusta. Nämä periaatteet ovat aina samat riippumatta siitä, missä muutoksen vaiheessa asiakas on. (Mustajoki – Kunna-

mo 2009.) Motivoivassa haastattelussa asiakasta rohkaistaan pohtimaan elämäntapojensa haittoja ja hyötyjä itse, ja hän puhuu suurimman osan ajasta. Asiakas itse päättää, millaisia muutoksia haluaa tehdä ja millä intensiteetillä. Hyväksyvä ilmapiiri ja asiakkaan kuunteleminen ovat välttämättömiä. (Mustajoki 1998: 531–532.) Motivoivan potilashaastattelun vaikuttavuudesta on paljon näyttöön perustuvia tutkimustuloksia. Esimerkiksi Rubak, Sandbaek, Lauritzen ja Christensen (2005: 305–312) totesivat meta-tutkimuksessaan, että lyhyt 15 minuutin pituinen motivoiva haastattelu osoittautui tehokkaaksi 64 %:ssa tutkimuksista - siis jo yhdellä ainoalla tapaamiskerralla oli merkitystä. Motivoiva haastattelu vaikutti positiivisesti esimerkiksi asiakkaiden painoindeksiin, veren kolesterolipitoisuuteen ja systoliseen verenpaineeseen. Noin 75 % tutkimuksista todisti, että motivoiva haastattelu toimi paremmin kuin tavallinen neuvonta ja ohjaus. (Rubak – Sandbaek – Lauritzen – Christensen 2005: 305–312.)

Motivoivan haastattelun lisäksi asiakkaan elämäntapoihin vaikuttamisen menetelmänä voidaan käyttää asiakkaan ohjausta. Muutoksista päättäminen ja niihin sitoutuminen on haasteellista, joten asiakas tarvitsee asiantuntijan ohjausta. Tämä on vaikuttavaa, mikäli keskustelu on tasavertaista ja taustatekijät sekä elintavat kartoitetaan tavoitteellisesti. Ohjausvuorovaikutuksessa olennaista on ristiriitojen huomaaminen tekojen ja puheiden välillä sekä tavoitteista ja keinoista keskustelu. (Kääriäinen – Lauronen – Kyngäs 2006: 30–31.) Gudzone, Clark, Appel ja Bennett (2012: 153–154) tutkivat perusterveydenhuollon työntekijöiden kommunikaatiota potilaiden kanssa painonhallinta-ohjauksessa. He tunnistivat kolme kommunikaatioon perustuvaa ohjausmenetelmää. Näitä olivat potilaan motivoiminen painonpudotukseen, asiakkaan kumppanina toimiminen painonpudotuksessa sekä haasteiden käsittely painonpudotuksen aikana. Motivointi piti sisällään samoja keinoja kuin motivoiva haastattelu, ja olennaisena osana oli rohkaisu ja positiivinen palaute. Kumppanina toimiminen käsitti jatkuvan dialogisen keskustelun. Siinä ammattihenkilö auttoi potilasta ymmärtämään, että hänellä on jo olemassa painonhallintaan liittyviä taitoja ja hallintakeinoja sekä tukea arkielämän sujumiseen. Haasteiden käsittelyssä ammattihenkilö pyrki realisoimaan asiakkaan painonpudotustavoitteita ja keskusteli painonpudotuksen aikana ilmenneistä haasteista. (Gudzune ym. 2012: 153–154.)

6 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyössämme oli tarkoitus selvittää, miten painonhallintaryhmissä aloittavien ylipainoisten tai lihaviin asiakkaiden terveystottumuksia oli otettu puheeksi terveydenhuollossa kyselyhetkeä edeltävän vuoden aikana. Tarkoituksenamme oli myös selvittää, ovatko painonhallintaryhmäläiset muuttaneet terveystottumuksiaan kyseisen vuoden aikana. Pyrimme saamaan edellisten kahden kysymyksen avulla viitteitä siitä, vaikuttavatko elintapamuutoskehotukset ylipainoisten ja lihaviin asiakkaiden terveystottumuksiin. Koska tutkimuskohteena on oltava jokin reaalimaailman ilmiö (Kananen 2010: 16), opinnäytetyössämme tämä ilmiö on ylipainoisen tai lihavan asiakkaan tai potilaan painon ja terveydentilan puheeksi ottaminen terveyden edistämisen näkökulmasta. Ylipainoon ja lihavuuteen puuttumisen ensimmäinen osuus on puheeksi ottaminen.

Tutkimuskysymyksemme muotoutuivat seuraavanlaisiksi:

- Ovatko painonhallintaryhmiin hakeutuvat asiakkaat ovat muuttaneet terveystottumuksiaan ennen ryhmään hakeutumista ja minkälaiseksi he kokevat terveydentilansa ryhmässä aloittaessaan?
- Onko lääkäri tai muu terveydenhoitohenkilö kehottanut vastaanotolla painonhallintaryhmiin hakeutuneita asiakkaita ruokatottumusten muuttamiseen, liikunnan lisäämiseen tai laihduttamiseen?
- Ovatko elintapamuutoksiin kehotetut painonhallintaryhmäläiset muuttaneet terveystottumuksiaan enemmän kuin ne ryhmäläiset, joita ei ollut kehotettu?

Opinnäytetyömme tavoitteena on saada ajankohtaista tietoa siitä, kuinka paljon lihavuutta tai ylipainoa otetaan puheeksi. Tämä tieto annetaan taustalla olevalle hankkeelle, ja sitä voidaan käyttää PPP-ryhmien ohjaamisen tukena.

7 Tutkimusmenetelmät

7.1 Kyselylomake

Aiemmassa opinnäytetyössä *Painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapa-profiilit* Mustonen ja Roine (2012) ovat yhteistyössä THL:n ja HUS:n kanssa luoneet kyselylomakkeen, jolla aineisto on kerätty. Kyselylomakkeen tekoa ohjasi pääasiassa HUS:n perusterveydenhuollon terveyden edistämisen yksikön ETM Laura Suojanen sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun vastuopettajat TtM Asta Lassila ja TtT Arja Liinamo. HUS/PPP2012 -kyselylomakkeeseen (liite 1) valittiin FINRISKI- ja AVTK -kyselylomakkeista valmiita kysymyksiä. Peruskyselylomake koostuu suljetuista monivaihtokysymyksistä, joihin on valmiit vastausvaihtoehdot. Tämän lisäksi lomake sisältää puolistrukturoituja kysymyksiä. Kyselylomake on pituudeltaan 12 sivua, joihin sisältyy 70 elintapoa kartoittavaa kysymystä. Kyselylomakkeen elintapoja kartoittavat kysymykset on jaettu seuraaviin osa-alueisiin: taustatiedot, terveystietojen käyttö, terveydentila, tupakointi, ravinto, alkoholin käyttö, liikunta, pituus ja paino, terveystottumusten muuttaminen ja niihin kehottaminen. (Mustonen – Roine 2012: 11–12.) Valitsimme kyselylomakkeesta omaan opinnäytetyöhömme 18 kysymystä (1–3, 5–8, 11, 14, 21, 49, 57–61, 67–68). Valitsemamme kysymykset käsittelivät edellisistä osa-alueista vastaajien taustatietoja, terveystietojen käyttöä, terveydentilaa, tottumusten muuttamista ja hoitohenkilökunnan kehoituksia terveystottumusten muutoksiin.

Kysely on kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen menetelmä jossa kohdehenkilöt muodostavat otoksen perusjoukosta (Hirsjärvi ym. 2007: 188). Kyselytutkimuksessa mittausväline on kyselylomake, joka tulee suunnitella tarkasti. Sen laatiminen on tärkeä ja kriittinen vaihe kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Hyvässä kyselylomakkeessa kysytään sisällöllisesti oikeita kysymyksiä tilastollisesti mielekkäällä tavalla, ja se mittaa tutkittavaa ilmiötä täsmällisesti ja kattavasti. (Vehkalahti 2008: 20; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 114.)

Kyselytutkimuksella on etuja. Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja aineisto, aikaa ja rahaa kuluu vähemmän, käsittely onnistuu nopeasti tietokoneen avulla ja tiedon käsittelyyn on monia tilastollisia analyysitapoja ja raportointimuotoja. Kyselytutkimuksen haittapuolena voi puolestaan olla aineiston pinnallisuus, teoreettinen vaatimattomuus, vastaajien asenteet, vastausvaihtoehtojen toimimattomuus, vastaajien perehtyneisyys, lomakkeen laatimisen aikaa vievyys sekä vastaamattomuus. (Hirsjärvi ym. 2007: 195.)

7.2 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyömme aineisto kerättiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä PPP-painonhallintaryhmään osallistuvilta ensimmäisellä kokoontumiskerralla. Tätä ennen he olivat saaneet tiedotekirjeen tutkimukseen osallistumisesta (liite 3). He olivat myös ennen kyselylomakkeeseen vastaamista allekirjoittaneet suostumusasiakirjan osallistumisestaan tutkimukseen (liite 2). Kyselylomakkeet postitettiin PPP-painonhallintaryhmiä ohjaaville terveydenhoitajille, ja he jakoivat kyselomakkeet ja sekä suostumusasiakirjat ryhmäläisille. Ryhmäläisten täytettyä kyselylomakkeet, terveydenhoitaja lähetti ne edelleen HUS:n tutkimusryhmälle.

PPP-painonhallintaryhmiin tulee osallistumaan vuoden 2014 loppuun mennessä noin 300 asiakasta. Mustosen ja Roinen (2012) opinnäytetyön alkuun mennessä PPP-painonhallintaryhmissä oli aloittanut 56 asiakasta. Mustonen ja Roine (2012) tallensivat näiden ryhmäläisten vastaukset kyselylomakkeittain IBM SPSS Statistics -tilasto-ohjelmaan sav-tiedostoksi. Meidän opinnäytetyöhömme mennessä ryhmäläisiä oli aloittanut yhteensä 92. Kävimme hakemassa ETM Laura Suojaselta Helsingin Biomedicun loput 36 täytettyä kyselylomaketta, joiden tietoja ei ollut vielä syötetty tilasto-ohjelmaan. Tallensimme näiden kyselylomakkeiden vastaukset samaan sav-tiedostoon edellisten tavoin. Otoksemme on siis 92 ylipainoista perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon asiakasta iältään 18–70 vuotta.

7.3 Analysointimenetelmät

Opinnäytetyönämme analysoimme valmiiksi kerätyn aineiston kvantitatiivisesti eli määrällisesti IBM SPSS Statistics -ohjelman avulla. Kyseessä on poikittaistutkimus, eli opinnäytetyössämme kartoitettiin suuri joukko tapauksia tietyinä ajankohtana. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa saadaan tietoja havaintoyksiköistä mittaamalla (measuring) muuttujia (variable). (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55–56.) Kvantitatiivisen tutkimuksen perusteiden mukaisesti painonhallintaryhmäläiset ovat tutkimuksemme havaintoyksikköjä ja heidän vastauksensa muuttujia, eli yksilöstä mitattavia ominaisuuksia. Muuttujat jakautuvat tutkimuksessamme kahteen eri mitta-asteikkoon: nominaaliasteikkoon ja intervalliasteikkoon. Nominaaliasteikko jakaa havaintoyksiköt eri luokkiin (esimerkiksi luokat ”kyllä” ja ”ei”) ja intervalliasteikolliset arvot voidaan puolestaan asettaa järjestykseen, kuten paremmuusjärjestykseen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 129–130.)

Tutkimuksessa muuttujille valitaan analyysitapa, joka johtaa parhaiten vastaukseen tutkimusongelmasta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55–56.) Valitsemamme analyysitapa oli ristiintaulukointi. Teimme tilastollisen analyysin IBM SPSS Statistics -ohjelman avulla. Tutkimusmenetelmämme oli kuvaileva (descriptive) sekä muuttujien välisiä yhteyksiä (correlative) kuvaava (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 29; 57). Saimme FM Päivi Leskiseltä sekä ryhmä- että yksilöohjausta, jonka avulla pystyimme luokittelemaan muuttujien mitta-asteikot sekä toteuttamaan tilastollisen analyysin.

Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on otoksen koko, sillä se vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 63). Ristiintaulukointi menetelmänä vaikuttaa otoksen kokoon. Kaikki 92 vastaajaa eivät ole vastanneet kaikkiin kysymyksiin, minkä takia vastanneiden lukumäärä vaihtelee hyvin paljon myös kysymyksittäin. Vastanneiden lukumäärän (n) kuvaamme kunkin kysymyksen kohdalla erikseen. Yli 50 vastaajan muuttujista olemme ilmoittaneet vastauksen prosenttilukemana, ja alle 50 vastaajan muuttujista esitämme tulokset vastaajien lukumäärän mukaan. Tähän olemme tehneet poikkeuksen niiden kysymysten osalta, joissa kaksi eri kysymyksen vastausta tulisi olla vertailukelpoisia toisiinsa nähden.

Tarkastellessamme tuloksia käytämme kyselyyn vastanneista painonhallintaryhmissä aloittaneista perusterveydenhuollon asiakkaista nimitystä vastaaja. Puheeksi ottamista käsittelevissä kysymyksissä tarkastelemme vain niitä vastaajia, jotka ovat käyneet terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla ja jotka ovat vastanneet kysymyksiin elintapamuutoskehotuksista ja tottumusten muuttamisesta. Olemme rajanneet vastaajat näin, sillä tarkastelemme erityisesti heitä, joita on voitu vastaanotolla kehottaa muuttamaan elintapatottumuksiaan.

Osan vastauksista olemme jaotelleet myös vastaajien painoindeksin mukaan. Tulosten lukemista helpottaaksemme käytämme Käypä hoito -suosituksen mukaisia termejä ylipainoinen (BMI 25–29.99), lihava (BMI 30–34.99), vaikeasti lihava (BMI 35–39.99) ja sairaalloisen lihava (BMI≥40) painoindeksin numeraalisten arvojen sijaan.

8 Tulokset

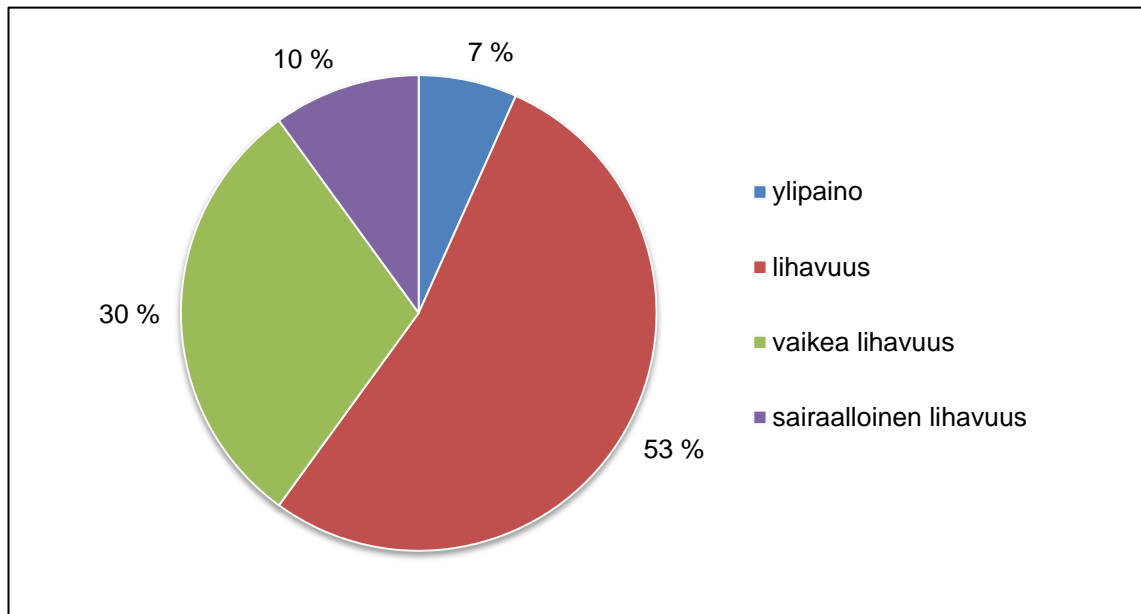
8.1 Taustatiedot

Tutkimuksemme otos on kaikki 18–70 vuotiaat painonhallintaryhmiin osallistuvat asiakkaat. Kyselyyn vastasi 92 asiakasta. Kyselyyn vastanneista 78 vastaajaa oli naisia, 13 miehiä ja yksi ei ilmoittanut sukupuoltaan (n=92). 67 vastaajaa ilmoitti olevansa kyselylomakkeen täyttöhetkellä naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa (n=90). Yleisin koulutus vastaajilla oli ammattikoulu tai vastaava, ja seuraavaksi yleisin oli opistotutkinto. Yli puolet vastaajista oli työelämässä.

Taulukko 1. Painonhallintaryhmiin osallistuvien asiakkaiden perustiedot vastaajien itsensä ilmoittamana (N=92).

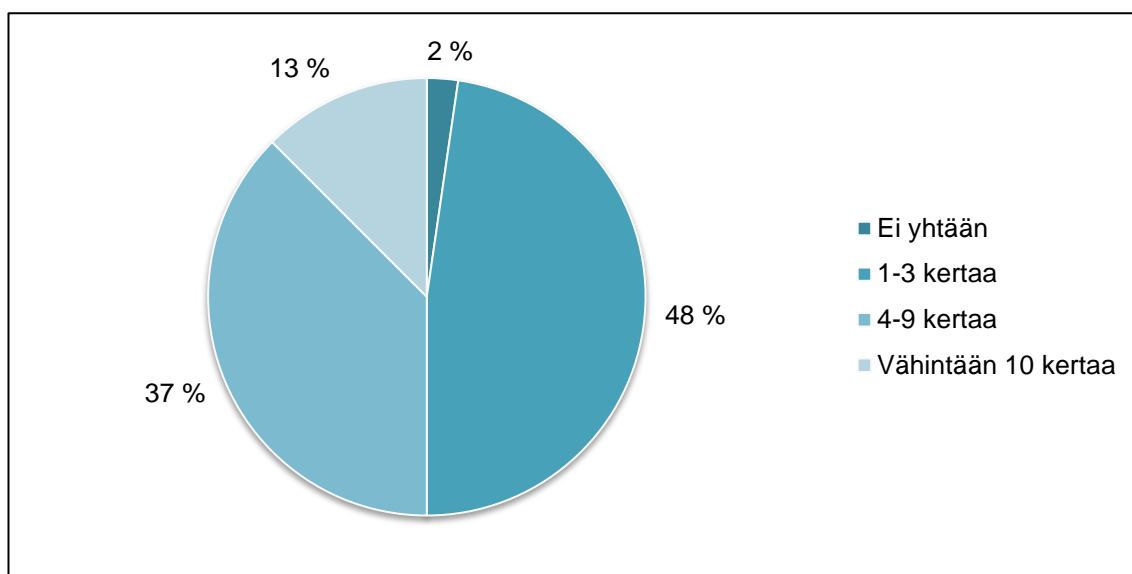
	fr	%
Sukupuoli (n=91)		
nainen	78	86 %
mies	13	14 %
Siviilisäätty (n=90)		
naimisissa/rekisteröidyssä parisuhteessa/avoliitossa	67	74 %
naimaton	5	6 %
asumuserossa tai eronnut	14	16 %
leski	4	4 %
Koulutus (n=90)		
kansakoulu tai peruskoulu	15	17 %
keskikoulu	6	7 %
ammattikoulu tai vastaava	26	29 %
lukio	7	8 %
opistotutkinto	24	27 %
ammattikorkeakoulututkinto	6	6 %
akateeminen tutkinto	6	6 %
Työ (n=91)		
kokoaikaista (ammattille tyypillistä)	35	38 %
osa-aikaista	16	18 %
ei ole työssä	40	44 %
Asema työyhteisössä (n=92)		
työnantaja, yksityisyrittäjä	16	17 %
ylempi toimihenkilö	12	13 %
alempi toimihenkilö	19	21 %
ammattikoulutettu työntekijä	33	37 %
työntekijä ilman ammattikoulutusta	9	10 %
ei ole ollut työssä kodin ulkopuolella	2	2 %

Kaikki vastaajat olivat **painoindexiltään** yli 25, joka on ylipainon raja-arvo. Ylipainoisia oli 6 vastaajaa, lihavia oli 48 vastaajaa, vaikeasti lihavia oli 27 vastaajaa ja sairaalaloisen lihavia oli 9 vastaajaa (n=90). Vastanneiden ylipaino ja lihavuus on kuvattu prosentteina kuviossa 4. Vastaajien painoindexien keskiarvo oli 34,9, ja painoindexit olivat välillä 26,3–47,1.



Kuvio 4. Vastaajien ylipaino ja lihavuus painoindexin mukaan (n=90).

Vastanneista (n=88) lähes kaikki (98 %) olivat **käyneet lääkärin vastaanotolla** viimeisen 12 kuukauden aikana. Lähes puolet vastaajista, 42 vastaajaa, ilmoitti käyneensä lääkärin vastaanotolla 1–3 kertaa ja 33 vastaajaa 4–9 kertaa viimeisen vuoden aikana. Noin kymmenesosa, 11 vastaajaa, oli käynyt vuoden aikana lääkärin vastaanotolla vähintään 10 kertaa. Lääkärin vastaanottokertojen lukumäärä on kuvattu prosentteina kuviossa 5. Vastaanottokäyntien määrä painoindeksin mukaan on kuvattu taulukossa 1.

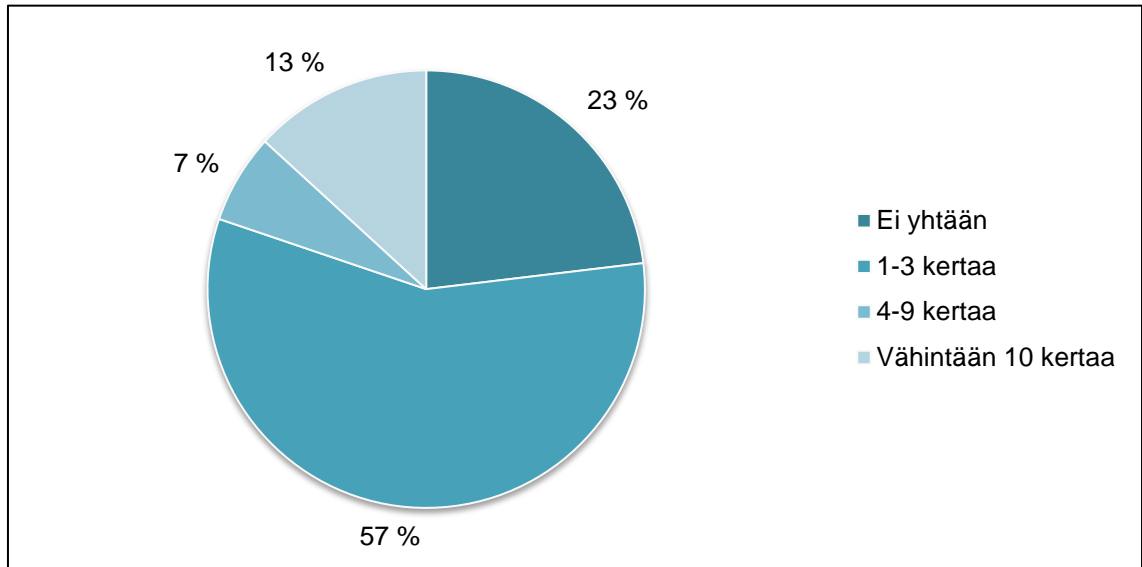


Kuvio 5. Lääkärin vastaanottokertojen lukumäärä viimeksi kuluneen vuoden aikana painonhallintaryhmiin osallistuvien asiakkaiden itsensä ilmoittamana (n=88).

Taulukko 2. Lääkärin vastaanottokertojen lukumäärä viimeksi kuluneen vuoden aikana asiakkaiden itsensä ilmoittamana (n= 86).

Painoindeksiluokka	Vastaanottokertojen lukumäärä 12kk aikana			
	0 kertaa	1-3 kertaa	4-9 kertaa	vähintään 10 kertaa
Ylipainoiset (n=6)	0	6	0	0
Lihavat (n=44)	1	19	18	6
Vaikeasti lihavat (n=27)	1	13	10	3
Sairaalloisen lihavat (n=9)	0	4	5	0

Vastanneista (n=91) 77 % oli **käynyt sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla** viimeisen vuoden aikana (n=91) (kuvio 6). Yli puolet oli käynyt hoitajan vastaanotolla vuoden aikana 1–3 kertaa ja kuusi vastaajaa 4–9 kertaa. Vähintään 10 kertaa oli käynyt 12 vastaajaa. Hoitajan vastaanottokertojen lukumäärä on kuvattu prosentteina kuviossa 6. Vastaanottokäyntien määrä painoindexiluokittain on kuvattu taulukossa 3.

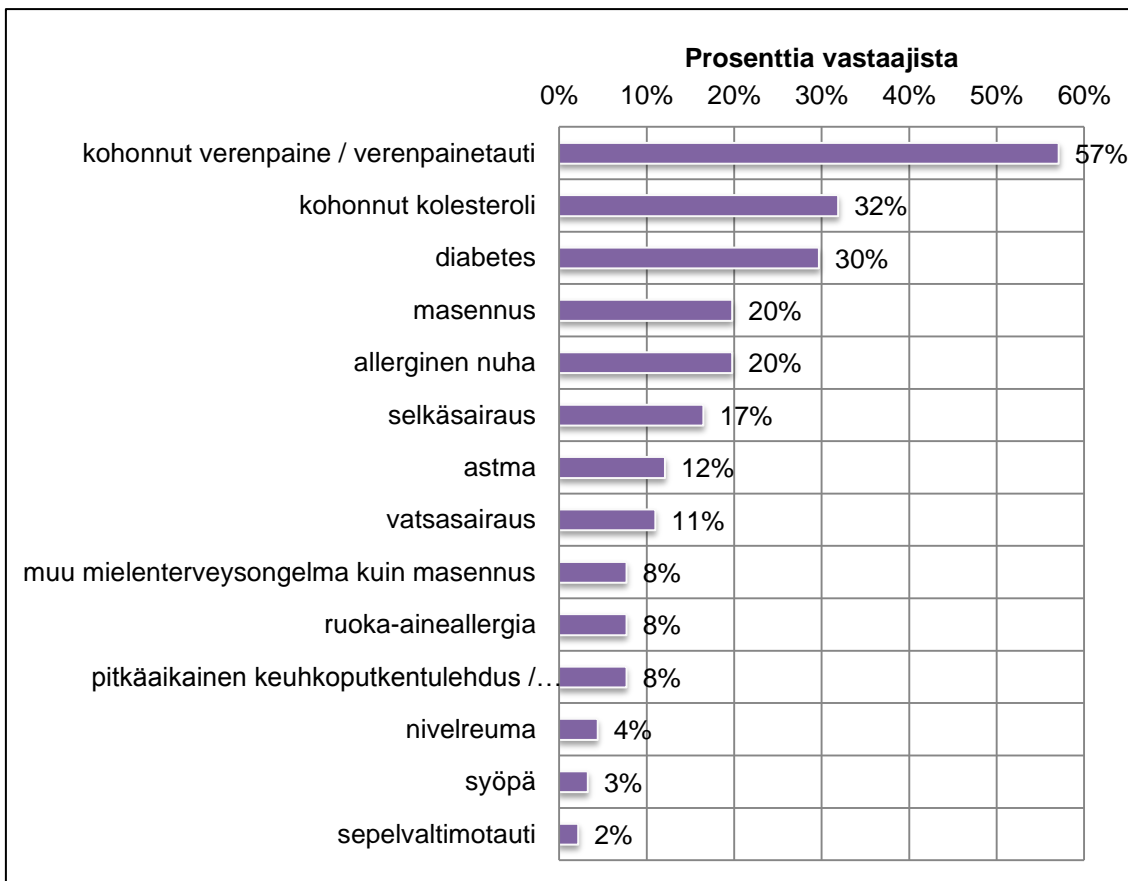


Kuvio 6. Hoitajan vastaanottokertojen lukumäärä viimeksi kuluneen vuoden aikana painonhallintaryhmiin osallistuvien asiakkaiden itsensä ilmoittamana (n=91).

Taulukko 3. Hoitajan vastaanottokertojen lukumäärä viimeksi kuluneen vuoden aikana asiakkaiden itsensä ilmoittamana (n=89).

Painoindexiluokka	Vastaanottokertojen lukumäärä 12kk aikana			
	0 kertaa	1-3 kertaa	4-9 kertaa	vähintään 10 kertaa
Ylipainoiset (n=6)	2	4	0	0
Lihavat (n=47)	9	28	4	6
Vaikeasti lihavat (n=27)	6	16	2	3
Sairaalloisen lihavat (n=9)	4	4	0	1

Painonhallintaryhmäläisten ilmoittivat **lääkäriin toteamat tai hoitamat sairautensa** viimeisen vuoden ajalta (kuvio 7). Yleisimmät sairaudet olivat kohonnut verenpaine tai verenpainetauti, kohonnut kolesteroli ja diabetes.



Kuvio 7. Lääkäriin toteamat tai hoitamat sairaudet viimeisen vuoden aikana painonhallintaryhmään osallistuvilla vastaajien itsensä ilmoittamina (n=91).

Vastaajista 52 (57 %) ilmoitti sairastavansa lääkäriin toteamaa tai hoitamaa verenpainetautiä tai kohonnutta verenpainetta viimeksi kuluneen vuoden aikana (n=91). Painoindeksin mukaan luokiteltuna (taulukko 4) vaikeasti lihavat sairastivat eniten kohonnutta verenpainetta tai verenpainetautiä.

Taulukko 4. Kohonneen verenpaineen tai verenpainetaudin esiintyvyys painonhallintaryhmiin osallistuvilla vastaajien itsensä ilmoittamana (n=91).

Painoindeksiluokka	Kyllä fr (%)	Ei fr (%)
Ylipainoiset (n=6)	2 (33%)	4 (67%)
Lihavat (n=47)	27 (57%)	20 (43%)
Vaikeasti lihavat (n=27)	17 (63%)	10 (37%)
Sairaalloisen lihavat (n=9)	4 (44%)	5 (56%)

Kohonnutta veren kolesterolipitoisuutta oli sairastanut 32 % vastanneista (n=91) viimeksi kuluneen vuoden aikana. Painoindeksin mukaan luokiteltuna (taulukko 5) lihavilla esiintyi eniten kohonnutta kolesterolia.

Taulukko 5. Kohonneen veren kolesterolin esiintyvyys painonhallintaryhmiin osallistuvilla vastaajien itsensä ilmoittamana (n=89).

Painoindeksiluokka	Kyllä fr (%)	Ei fr (%)
Ylipainoiset (n=6)	1 (17%)	5 (83%)
Lihavat (n=47)	19 (40%)	28 (60%)
Vaikeasti lihavat (n=27)	9 (33%)	18 (67%)
Sairaalloisen lihavat (n=9)	0 (0%)	9 (100%)

Diabetes oli todettu 27 vastaajalla (30 %) (n=91). Yli puolet, 54 vastaajaa (64 %), raportoi, ettei diabetesriskiä arvioitu viimeisen vuoden aikana (n=84). Lääkärin tai hoitajan kanssa diabetesriskitestin oli tehnyt 25 vastaajaa (30 %). Painoindeksin mukaan luokiteltuna (taulukko 6) vaikeasti lihavat sairastivat eniten diabetesta, ja heidän diabetesriskiään oli myös kartoitettu eniten.

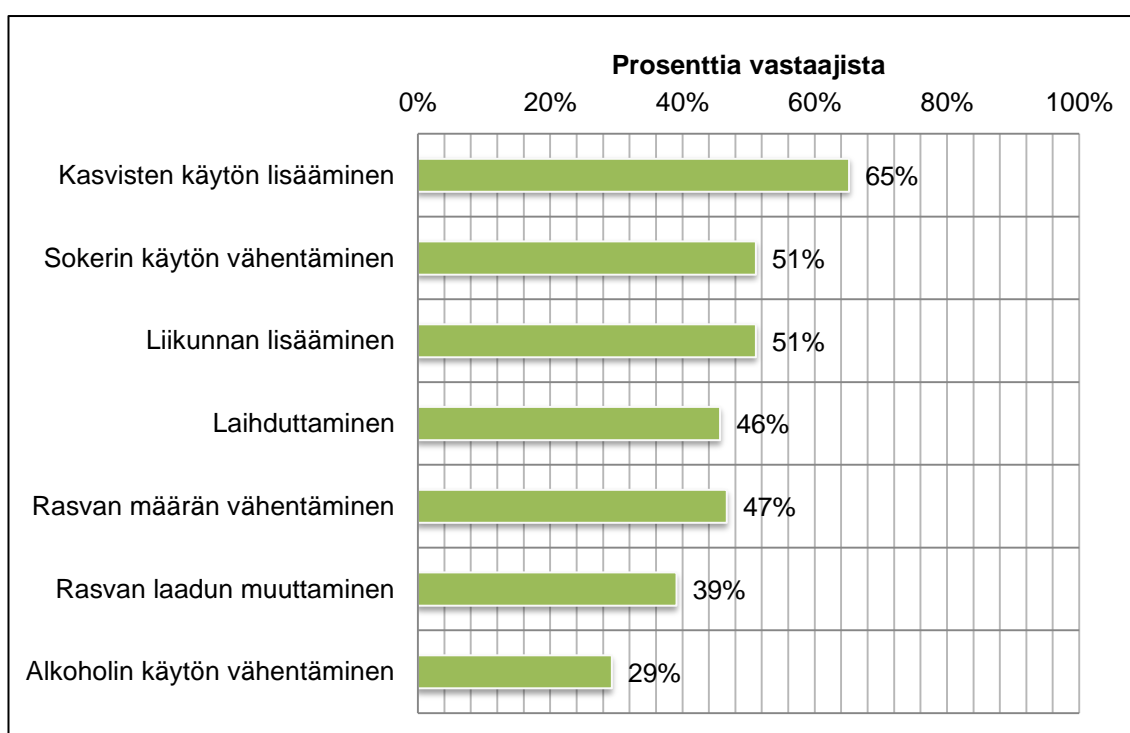
Taulukko 6. Diabeteksen esiintyvyys (n=89) ja diabetesriskin kartoittaminen (n=82) painonhallintaryhmiin osallistuvilla vastaajien itsensä ilmoittamana.

Diabeteksen esiintyvyys			Diabetesriskin kartoittaminen		
Painoindeksiluokka	Kyllä fr (%)	Ei fr (%)	Painoindeksiluokka	Kyllä fr (%)	Ei fr (%)
Ylipainoiset (n=6)	0 (0%)	6 (100%)	Ylipainoiset (n=6)	1 (17%)	5 (83%)
Lihavat (n=47)	13 (28%)	34 (72%)	Lihavat (n=43)	9 (21%)	34 (79%)
Vaikeasti lihavat (n=27)	11 (41%)	16 (59%)	Vaikeasti lihavat (n=25)	12 (48%)	13 (52%)
Sairaalloisen lihavat (n=9)	3 (33%)	6 (67%)	Sairaalloisen lihavat (n=8)	3 (38%)	5 (62%)

Kohonneen verenpaineen, kohonneen veren kolesterolin ja diabeteksen jälkeen yleisin sairaus painonhallintaryhmäläisillä oli masennus, jota sairasti 18 vastaajaa (20 %). Allergista nuhaa sairasti myös 18 vastaajaa (20 %). Seuraavaksi yleisimmät sairaudet olivat selän kulumavika tai muu selkäsairaus, jota sairasti 15 vastaajaa (17 %). Noin kymmenesosalla vastaajista oli astma (11 vastaajalla, 12 %). Samoin noin kymmenesosa sairasti vatsasairautta (10 vastaajalla, 11 %). (n=91.)

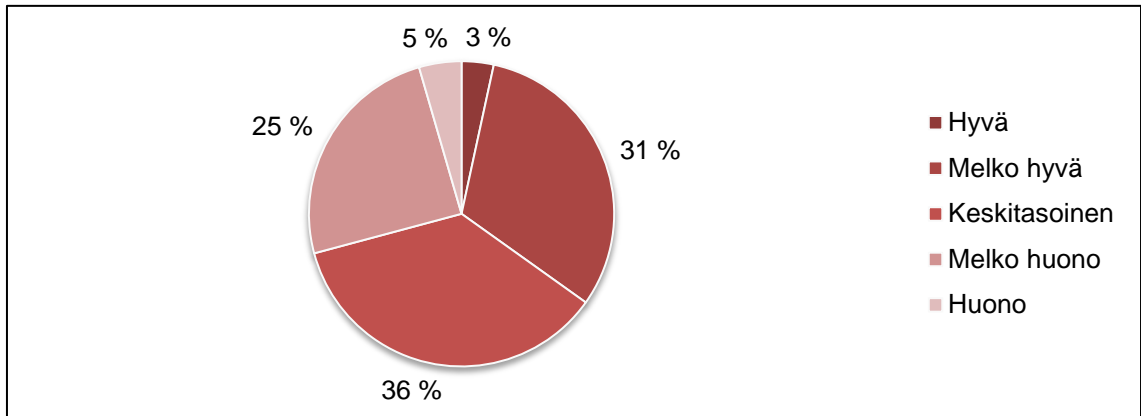
8.2 Terveystottumusten muuttaminen ja koettu terveydentila

Painonhallintaryhmässä aloittavilta asiakkailta kysyttiin **terveystottumusten muuttamista** liikunnan, laihduttamisen ja ruokailutottumusten osalta viimeisen vuoden aikana (kuvio 8). Eniten oli muutettu kasvisten saantia: kasvisten käyttöä oli lisännyt yli puolet, 60 vastaajaa. Seuraavaksi eniten oli muutettu liikuntatottumuksia, ja 47 vastaajaa olikin lisännyt liikuntaa. Saman verran vastaajia, 47 vastaajaa, oli vähentänyt myös sokerin käyttöä. Alle puolet vastaajista, 42 vastaajaa, ilmoitti laihduttaneensa viimeisen vuoden aikana. Rasvan määrää taas oli vähentänyt vajaa puolet, 43 vastaajaa, ja rasvan laatua oli muuttanut 36 vastaajaa. (n=92.)



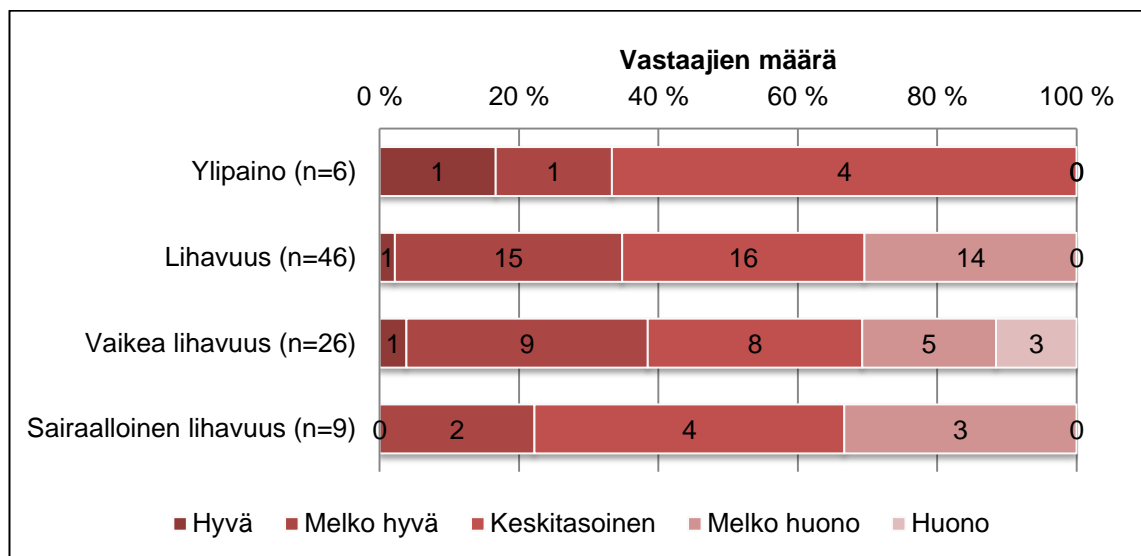
Kuvio 8. Painonhallintaryhmään osallistuvien asiakkaiden ilmoittama tottumusten muuttaminen viimeksi kuluneen vuoden aikana (n=92).

Painonhallintaryhmässä aloittavien asiakkaiden **koettu terveys** oli pääosin melko hyvä tai keskitasoinen (kuvio 9). Kaikista vastaajista 3 vastaajaa koki terveydentilansa hyväksi. Vastaajista noin kolmannes (32 %) koki terveytensä melko hyväksi, ja keskitasoiseksi terveydentilansa koki reilu kolmannes (36 %). Joka neljäs vastaaja koki terveydentilansa melko huonoksi. Huonoksi terveytensä koki vain 4 vastaajaa. (n=89.)



Kuvio 9. Painonhallintaryhmiin osallistuvien asiakkaiden koettu terveydentila vastaajien itsensä ilmoittamana (n=89).

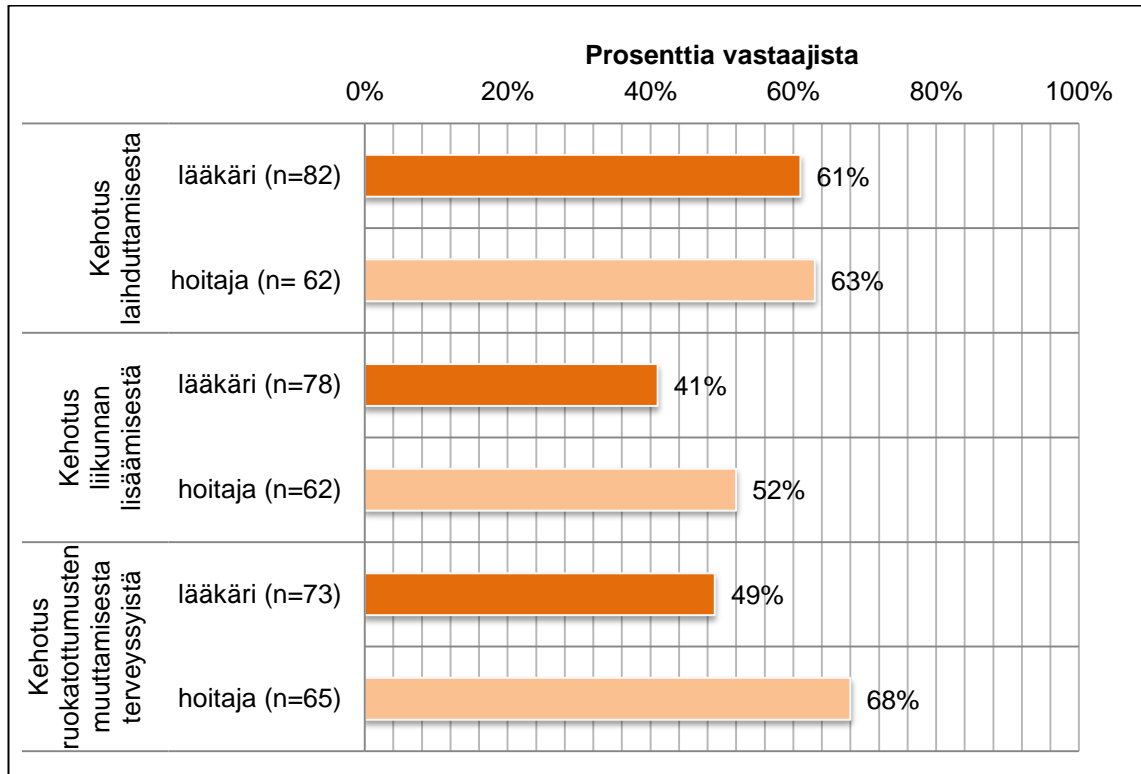
Painoindeksin mukaan luokiteltuna (kuvio 10) ylipainoiset kokivat terveytensä pääasiassa keskitasoiseksi. Lihavien koettu terveys oli jakautunut tasaisesti melko hyvän, keskitasoisesta ja melko huonon välillä. Vaikeasti lihavat kokivat terveytensä myös suurimmaksi osaksi melko hyväksi tai keskitasoiseksi. Lähes puolet sairaalloisen lihavista koki terveytensä keskitasoiseksi.



Kuvio 10. Painonhallintaryhmiin osallistuvien asiakkaiden koettu terveydentila heidän itsensä ilmoittamana painoindeksin mukaan (n=87).

8.3 Terveydenhoitohenkilön elintapamuutoskehotukset

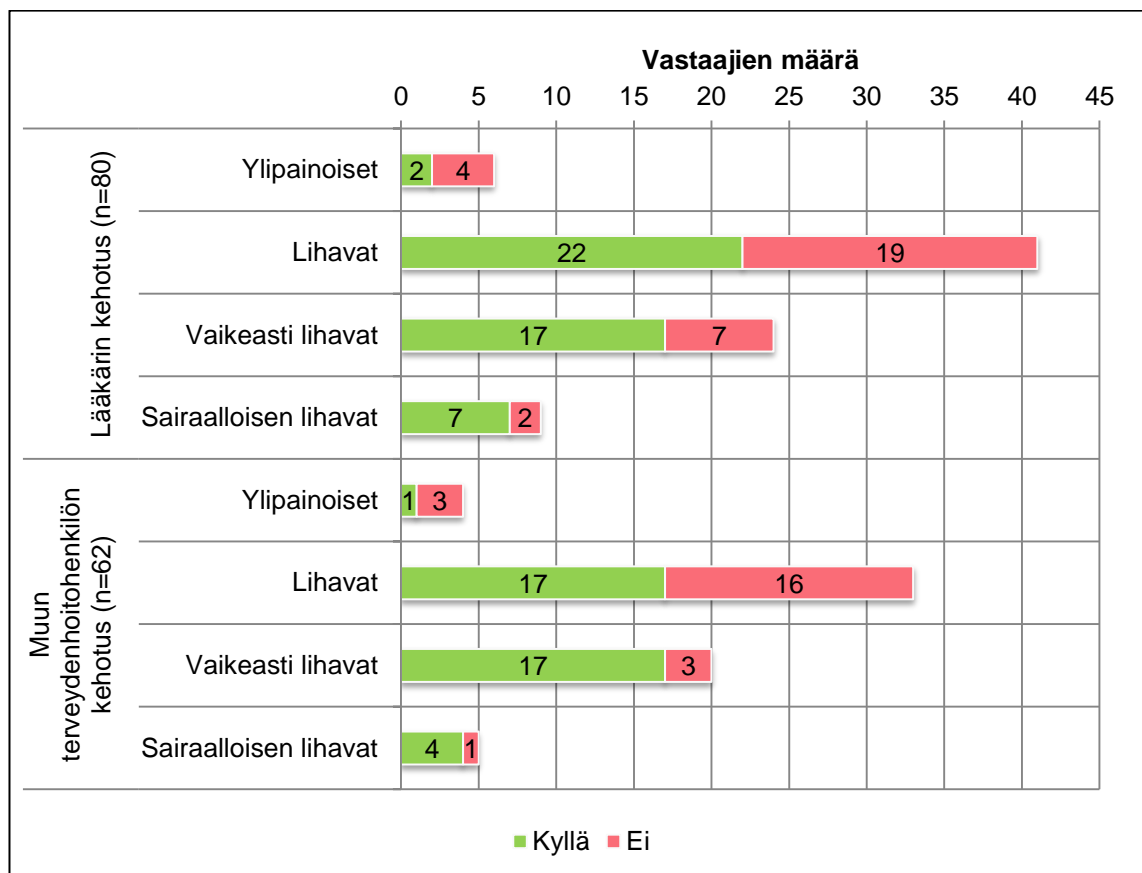
Noin joka toista lääkärin tai hoitajan vastaanotolla viimeisen vuoden aikana käynyttä painonhallintaryhmään osallistuvaa asiakasta oli **kehotettu elintapamuutoksiin**. Muu terveydenhuoltohenkilö oli ottanut terveystottumusten muutokset puheeksi hieman lääkäreitä useammin. Kooste laihduttamisen, liikunnan lisäämisen ja ruokatottumusten muuttamisen kehotuksista on koottu kuvioon 11.



Kuvio 11. Lääkärin ja muun terveydenhuoltohenkilön elintapamuutoskehotukset viimeksi kulu-
neen vuoden aikana vastaajien itsensä ilmoittamana.

Lääkäri oli kehottanut 50 vastaajaa 82:sta (61 %) **laihduuttamaan** (n=82). Painoindeksin mukaan luokiteltuna kuudesta ylipainoisesta vastaajasta lääkäri oli kehottanut kahta vastaajaa laihtuuttamaan. 41 lihavasta vastaajasta lääkäri oli kehottanut 22 vastaajaa laihtuuttamaan. 24 vaikeasti lihavasta vastaajasta lääkäri oli kehottanut 17 vastaajaa laihtuuttamaan. Yhdeksästä sairaalloisen lihavasta lääkäri oli kehottanut seitsemää vastaajaa laihtuuttamaan. Tulosten mukaan lääkäri oli kehottanut laihtuuttamaan sitä yleisemmin, mitä suurempi asiakkaan painoindeksi oli (kuvio 12).

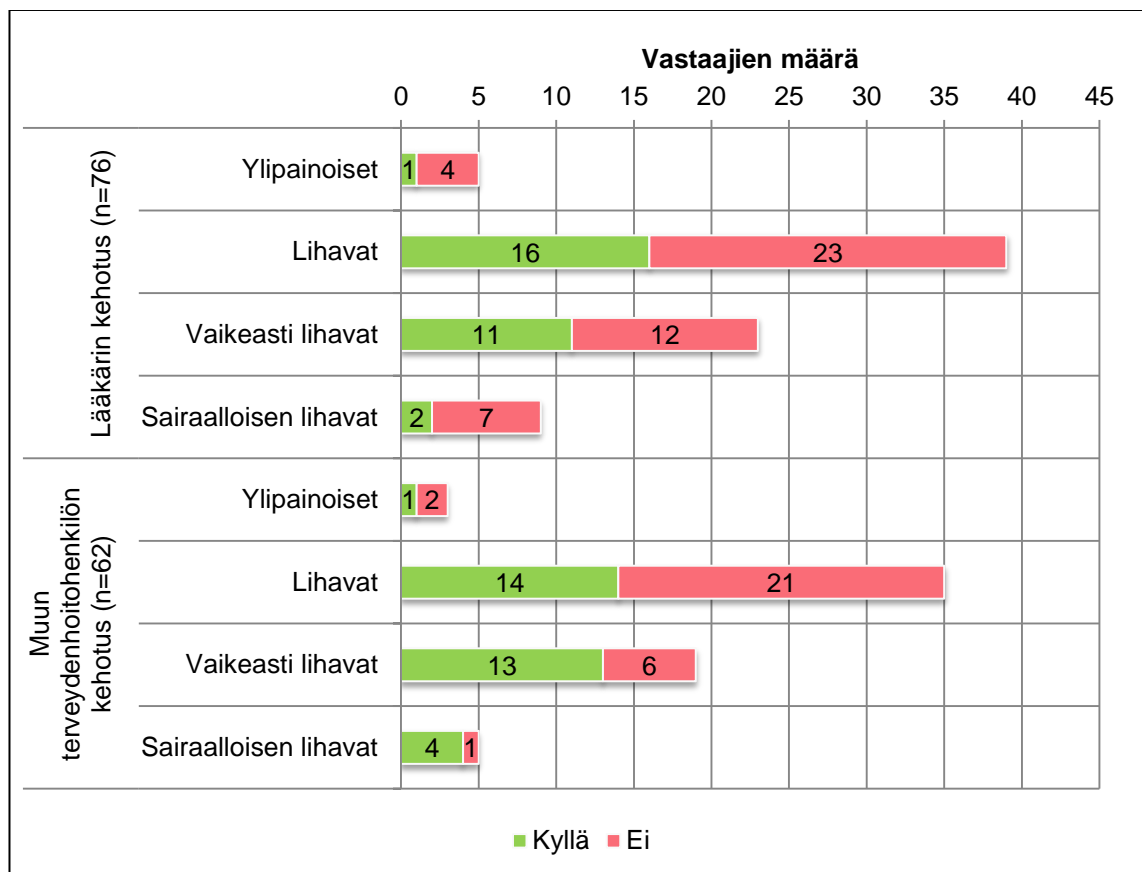
Muu terveydenhoitohenkilö kuin lääkäri oli kehottanut 39 vastaajaa 62:sta (63 %) laihtuuttamaan (n=62). Painoindeksin mukaan luokiteltuna (kuvio 12) neljästä ylipainoisesta muu terveydenhoitohenkilö oli kehottanut yhtä laihtuuttamaan. 33 lihavasta vastaajasta muu terveydenhoitohenkilö oli kehottanut 17 vastaajaa laihtuuttamaan. 20 vaikeasti lihavasta vastaajasta muu terveydenhoitohenkilö oli kehottanut 17 vastaajaa laihtuuttamaan. Viidestä sairaalloisen lihavasta neljää oli kehoitettu laihtuuttamaan. Myös hoitaja oli kehottanut laihtuuttamaan sitä yleisemmin, mitä suurempi asiakkaan painoindeksi oli (kuvio 12).



Kuvio 12. Lääkärin (n=80) tai muun terveydenhoitohenkilön (n=62) kehoitus laihtuttaa viimeksi kuluneen vuoden aikana painoindeksin mukaan.

Lääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden aikana käyneistä 32 vastaajaa 78:sta (41 %) oli kehoitettu **lisäämään liikuntaa** (n=78). Painoindeksin mukaan luokiteltuna (kuvio 13) lääkäri oli kehoittanut viidestä ylipainoisesta vastaajasta yhtä lisäämään liikuntaa. 39 lihavasta vastaajasta 16 vastaajaa oli kehoitettu lisäämään liikuntaa. 23 vaikeasti lihavasta vastaajasta 11 vastaajaa lääkäri oli kehoittanut lisäämään liikuntaa. Yhdeksästä sairaalloisen lihavasta vain kahta oli kehoitettu lisäämään liikuntaa.

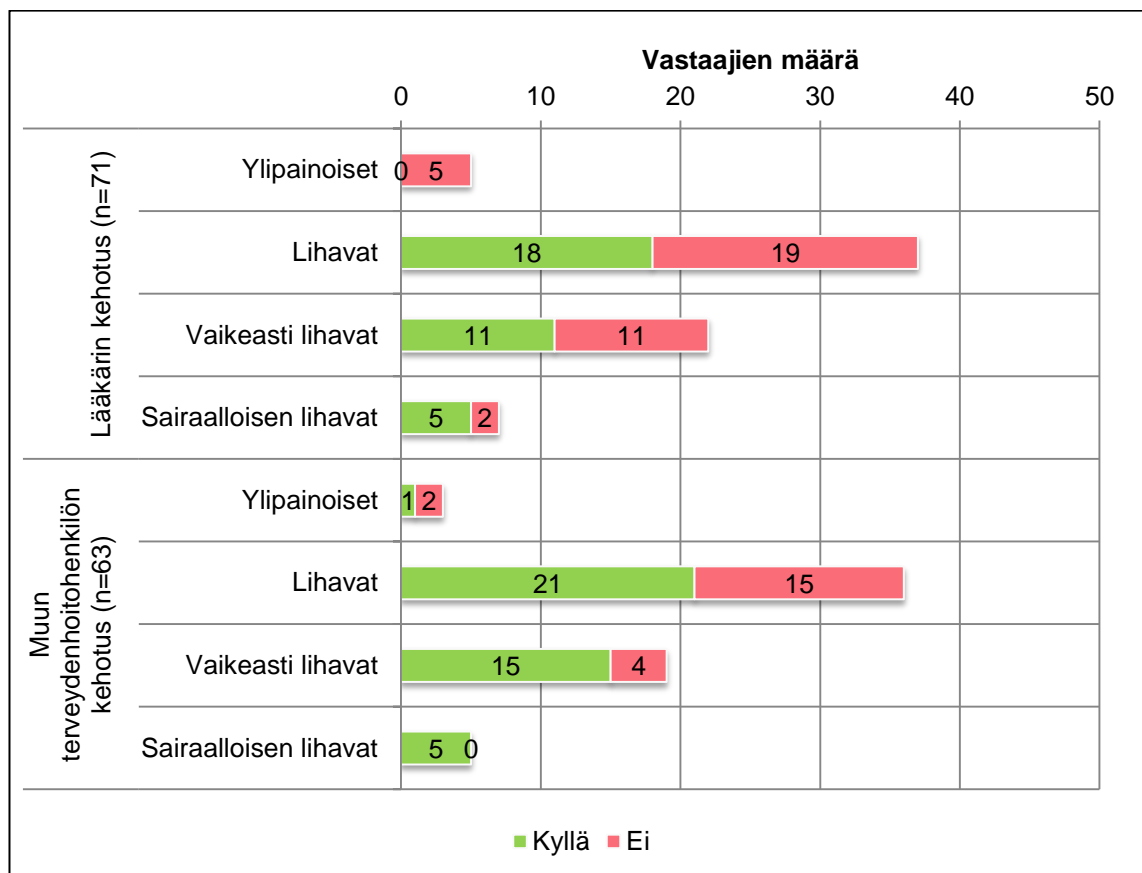
Hoitajan vastaanotolla käyneistä muu terveydenhuoltohenkilö kuin lääkäri oli kehoittanut 32 vastaajaa 62:sta (52 %) lisäämään liikuntaa (n=62). Painoindeksin mukaan luokiteltuna kolmesta ylipainoisesta muu terveydenhoitohenkilö oli kehoittanut yhtä lisäämään liikuntaa. 35 lihavasta vastaajasta muu terveydenhoitohenkilö oli kehoittanut 14 vastaajaa lisäämään liikuntaa. 19 vaikeasti lihavasta vastaajasta 13 vastaajaa oli kehoitettu lisäämään liikuntaa. Viidestä sairaalloisen lihavasta neljää oli kehoitettu lisäämään liikuntaa. Kaiken kaikkiaan hoitajat ohjasivat liikunnan lisäämiseen lääkäreitä useammin (kuvio 13).



Kuvio 13. Lääkärin kehoitus (n=76) tai muun terveydenhoitohenkilön kehoitus (n=62) lisätä liikuntaa viimeksi kuluneen vuoden aikana painoindeksin mukaan.

Lääkärin vastaanotolla käyneistä lääkäri oli kehottanut 36 vastaajaa 71:stä (49 %) **muuttamaan ruokatottumuksia terveystyistä** (n=71). Painoindeksin mukaan luokiteltuna (kuvio 14) viidestä ylipainoisesta yhtäkään ei ollut kehoitettu muuttamaan ruokatottumuksia terveystyistä. 37 lihavasta vastaajasta lääkäri oli kehottanut 18 vastaajaa muuttamaan ruokatottumuksia. 22 vaikeasti lihavasta vastaajasta 11 vastaajaa oli kehoitettu muuttamaan ruokatottumuksia. Seitsemästä sairaalloisen lihavasta viittä oli kehoitettu muuttamaan ruokatottumuksia.

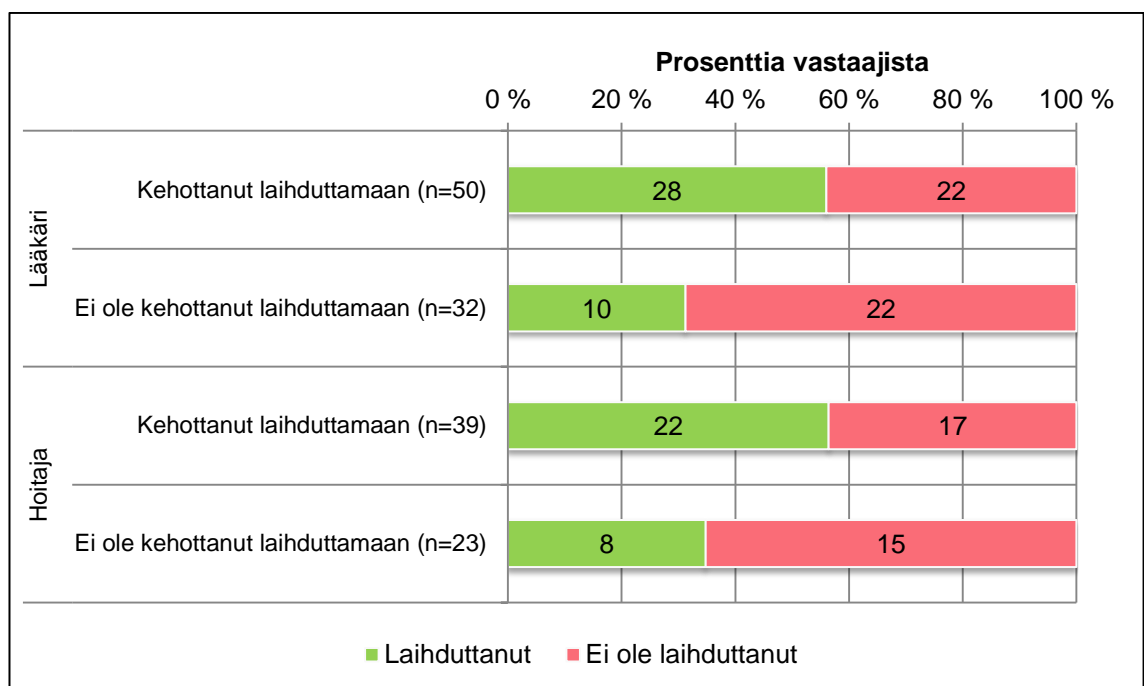
Hoitajan vastaanotolla käyneistä muu terveydenhuoltohenkilö kuin lääkäri oli kehottanut 44 vastaajaa 63:sta (68 %) muuttamaan ruokatottumuksia (n=63). Painoindeksin mukaan luokiteltuna kolmesta ylipainoisesta muu terveydenhuoltohenkilö oli kehottanut yhtä muuttamaan ruokatottumuksia terveystyistä. 36 lihavasta vastaajasta 21 vastaajaa oli kehoitettu muuttamaan ruokatottumuksia ja 19 vaikeasti lihavasta vastaajasta 15 vastaajaa oli kehoitettu muuttamaan ruokatottumuksia. Viidestä sairaalloisen lihavasta kaikkia oli kehoitettu muuttamaan ruokatottumuksia terveystyistä. Hoitajat kehottivat ruokatottumusten muuttamiseen lääkäreitä useammin (kuvio 14).



Kuvio 14. Lääkärin kehoitus (n=71) tai muun terveydenhuoltohenkilön kehoitus (n=63) muuttaa ruokatottumuksia terveystyistä viimeksi kuluneen vuoden aikana painoindeksin mukaan.

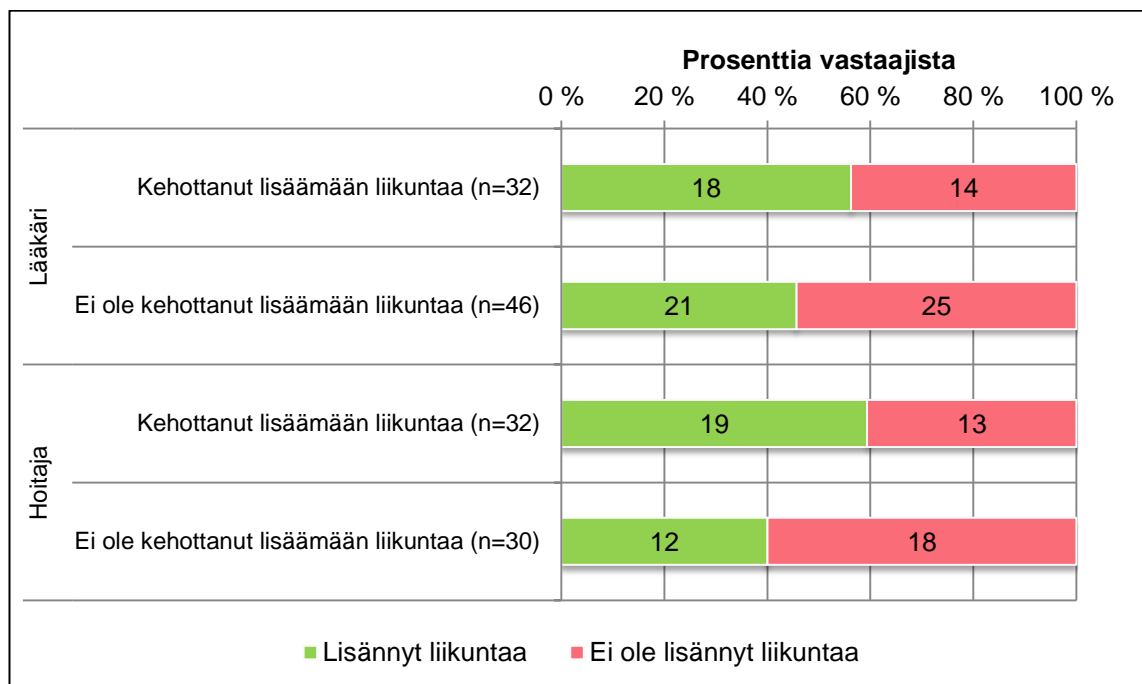
8.4 Tottumusten muuttaminen verrattuna elintapamuutoskehotuksiin

Vastaajat, joita oli viimeisen vuoden aikana kehoitettu laihduttamaan, olivat **laihdutta-**
neet useammassa tapauksissa kuin he, joita ei ollut kehoitettu. Lääkärin laihduttamaan
kehottamista 50 vastaajasta 28 (56 %) oli laihduttanut viimeisen vuoden aikana. Toi-
saalta myös niistä 32 vastaajasta, joita lääkäri ei ollut kehoittanut laihduttamaan, 10
vastaajaa (31 %) oli laihduttanut. Muun terveydenhoitohenkilön laihduttamaan kehoit-
tamista 39 vastaajasta 22 (56 %) oli laihduttanut. Toisaalta niistä 23 vastaajasta, joita
muu terveydenhuoltohenkilö ei ollut kehoittanut laihduttamaan, 8 vastaajaa (35 %) oli
laihduttanut. Vastaajien laihduttaminen on kuvattu kuviossa 15.



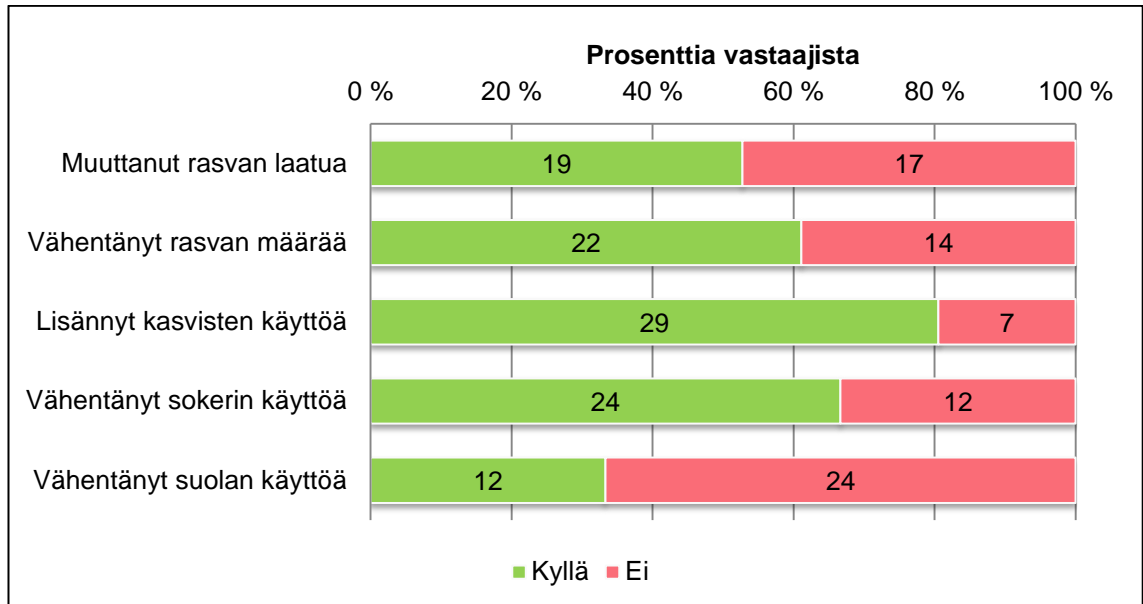
Kuvio 15. Painonhallintaryhmäläisten laihduttaminen viimeisen vuoden aikana.

Niitä, joita oli kehoitettu viimeisen vuoden aikana lisäämään liikuntaa, olivat **lisänneet liikuntaa** useammissa tapauksissa kuin he, joita ei ollut siihen kehoitettu. Lääkärin liikuntaa lisäämään kehoittamista 32 vastaajasta 18 vastaajaa (56 %) oli lisännyt liikuntaa. Toisaalta 46 vastaajasta, joita lääkäri ei ollut kehoittanut lisäämään liikuntaa, 21 vastaajaa (46 %) oli lisännyt liikuntaa. Hoitajan liikuntaa lisäämään kehoittamista 32 vastaajasta 19 vastaajaa (59 %) oli lisännyt liikuntaa. Toisaalta 30 vastaajasta, joita muu terveydenhuoltohenkilö ei ollut kehoittanut lisäämään liikuntaa, 12 vastaajaa (30 %) oli lisännyt liikuntaa. Vastaajien liikunnan lisääminen on kuvattu kuviossa 16.

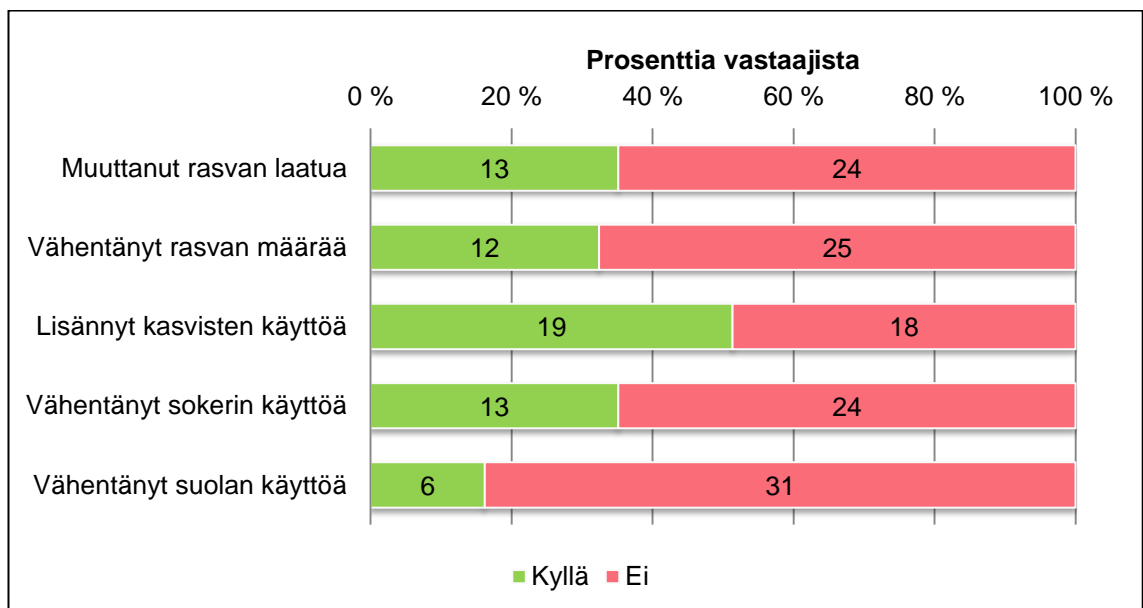


Kuvio 16. Painonhallintaryhmäläisten liikunnan lisääminen viimeisen vuoden aikana.

Niistä painonhallintaryhmäläisistä, joita lääkäri oli kehottanut viimeisen vuoden aikana **muuttamaan ruokatottumuksiaan terveystyistä** (kuvio 17), yli puolet oli muuttanut rasvan laatua sekä vähentänyt rasvan ja sokerin käyttöä. Kasvisten käyttöä oli lisännyt 4/5 vastaajista. Painonhallintaryhmäläiset, joita lääkäri ei ollut kehottanut muuttamaan ruokatottumuksiaan, olivat muuttaneet tottumuksiaan vähemmän (kuvio 18).

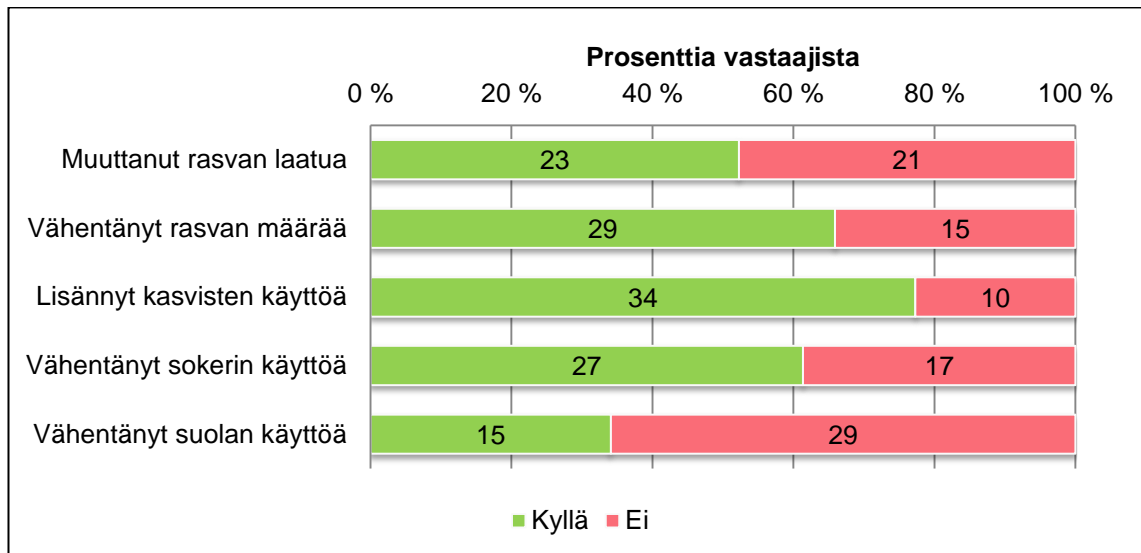


Kuvio 17. Tottumusten muuttaminen painonhallintaryhmäläisillä, joita lääkäri **on kehottanut** muuttamaan ruokatottumuksiaan viimeisen vuoden aikana (n=36).

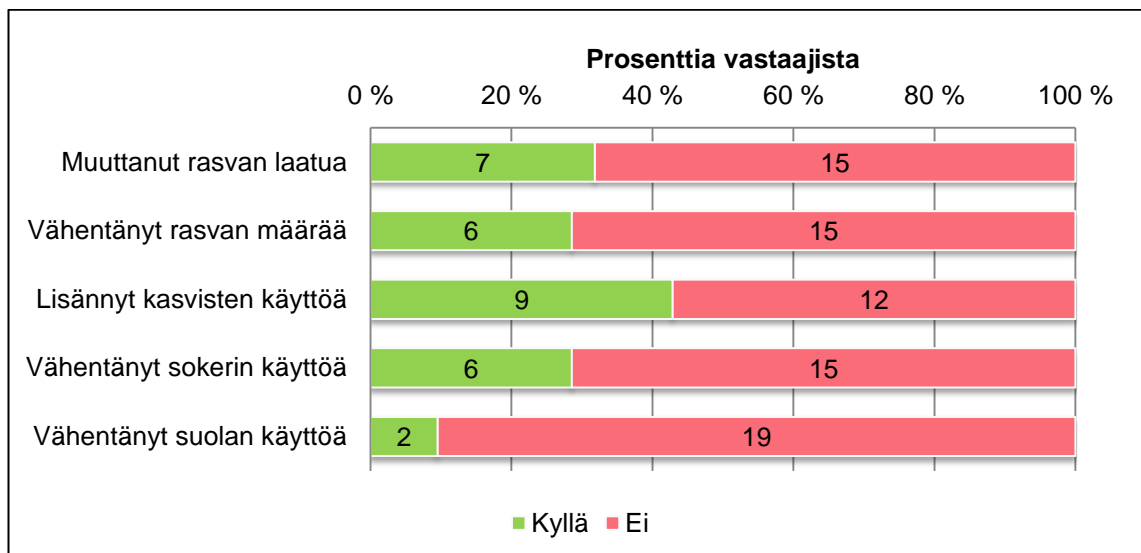


Kuvio 18. Tottumusten muuttaminen painonhallintaryhmäläisillä, joita lääkäri **ei ole kehottanut** muuttamaan ruokatottumuksiaan viimeisen vuoden aikana (n=36).

Niistä painonhallintaryhmäläisistä, joita muu terveydenhoitohenkilö kuin lääkäri oli kehottanut muuttamaan ruokatottumuksia (kuvio 19), yli puolet oli muuttanut rasvan laatua sekä vähentänyt rasvan ja sokerin käyttöä. Kasvisten käyttöä oli lisännyt 3/4 painonhallintaryhmäläisistä. Painonhallintaryhmäläiset, joita muu terveydenhoitohenkilö ei ollut kehottanut muuttamaan ruokatottumuksiaan terveystyistä, olivat muuttaneet niitä vähemmän (kuvio 20).



Kuvio 19. Tottumusten muuttaminen vastaajilla, joita muu terveydenhoitohenkilö **on kehottanut** muuttamaan ruokatottumuksiaan viimeksi kuluneen vuoden aikana (n=44).



Kuvio 20. Tottumusten muuttaminen vastaajilla, joita muu terveydenhoitohenkilö **ei ole kehottanut** muuttamaan ruokatottumuksiaan viimeksi kuluneen vuoden aikana (n=22).

8.5 Tulosten tarkastelu

Painonhallintaryhmäläisten taustatiedoista kävi ilmi, että painonhallintaryhmäläisistä 78 oli naisia. Vastaajien asema työyhteisössä oli jakautunut tasaisesti. Suurin osa oli käynyt ammattikoulun tai opistotutkinnon. Perus- tai kansakoulun ilmoitti käyneensä vajaa viidesosa ja muita koulutusryhmien edustajia, kuten ammattikorkeakoulutuksen saaneita tai akateemisesti koulutettuja, oli kutakin alle kymmenesosa. Sosioekonomisen jakautuman voisi ajatella olevan painonhallintaryhmässä normaali, koska suomalaisen aikuisväestön ylimmässä koulutusryhmässä on vähiten ylipainoisia (Helldán – Helakorpi – Virtanen – Uutela 2013: 26). Pituuden ja painon mukaan lasketun painoindeksin mukaan lihavia oli noin puolet kyselyyn vastaajista, vaikeasti lihavia hieman alle kolmasosa ja ylipainoisia ja sairaalloisen lihavia molempia alle yksi kymmenestä.

Painonhallintaryhmäläiset kokivat terveytensä huonommaksi kuin suomalaisväestö keskimäärin: kolmasosa koki terveytensä melko hyväksi, kolmasosa keskitasoiseksi ja neljäsosa melko huonoksi. Terveystilansa koki hyväksi tai huonoksi yhteensä alle joka kymmenes vastaajista. Suomalaisesta aikuisväestöstä puolestaan vuonna 2012 terveytensä koki erittäin hyväksi noin joka kymmenes, melko hyväksi vajaa puolet, keskitasoiseksi kolmasosa ja melko huonoksi vain vajaa kymmenesosa (Borodulin ym. 2013: 68).

Painonhallintaryhmäläisillä oli keskimääräistä suomalaisväestöä runsaasti enemmän lihavuuden liitännäissairauksista diabetesta, verenpainetautia ja masennusta. Tämä selittyy sillä, että noin puolet painonhallintaryhmäläisistä oli painoindeksiltään lihavia kyselyn toteuttamishetkellä, joten myös liitännäissairauksia on enemmän. Verenpainetautia sairasti yli puolet (57 %) painonhallintaryhmäläisistä, kun taas suomalaisista 25–64 –vuotiaista naisista 27 % ja miehistä 47 % sairasti verenpainetautia (Laatikainen ym. 2013). Suomalaisista vajaalla kymmenesosalla oli viimeisen vuoden aikana lääkärin toteama tai hoitama masennus (Borodulin ym. 2013: 94), kun taas painonhallintaryhmäläisistä jopa viidesosalla. Painonhallintaryhmäläisillä oli heidän itsensä ilmoittamana lääkärin toteamaa tai hoitamaa kohonnutta kolesterolia vähemmän kuin suomalaisväestöllä keskimäärin. Vastaajien itsensä ilmoittamana lääkärin toteama tai hoitama kohonnut kolesteroli oli vain 40 %:lla vastaajista, kun taas suomalaisista jopa 60 %:lla kokonaiskolesteroli oli kohonnut, eli kolesteroliarvo yli 5,00 mmol/l (Borodulin ym. 2013: 34).

Painonhallintaryhmäläiset olivat muuttaneet terveystottumuksiaan viimeisen vuoden aikana jo ennen painonhallintaryhmässä aloittamista. Yli puolet painonhallintaryhmäläisistä oli lisännyt kasvisten käyttöä, vähentänyt sokerin käyttöä ja lisännyt liikuntaa. Melkein puolet oli vähentänyt rasvan määrää ja muuttanut rasvan laatua. Suolan ja alkoholin käyttöä oli vähentänyt yli neljännes. Laihuttanut oli 46 % vastaajista.

Lähes kaikki vastaajat olivat käyneet lääkärin vastaanotolla viimeisen vuoden aikana (98 %). Hoitajan vastaanotolla puolestaan oli käynyt yli kolme neljästä (77 %). Noin puolet vastaajista oli käynyt molempien, lääkärin (48 %) sekä hoitajan (57 %) vastaanotoilla 1–3 kertaa viimeisen vuoden aikana.

Lääkärit olivat ottaneet painonhallintaryhmäläisten ruokatottumukset, liikunnan lisäämisen ja laihtuttamisen puheeksi puolessa tapauksista (50 %). Mitä suurempi painoindeksi asiakkaalla oli, sitä herkemmin lääkäri oli ottanut laihtuttamisen tai ruokatottumusten muuttamisen puheeksi. Lääkäri ei ollut kehoittanut asiakasta lisäämään liikuntaa yhtä usein kuin laihtuttamaan tai muuttamaan ruokatottumuksiaan. Hartikaisen ym. (2006: 991–995) terveydenhuoltotutkimuksessa tuli esiin, että lääkärit olivat kuitenkin valinneet liikunnan useimmiten painonhallinnan tukeväksi hoitomuodoksi.

Lääkärin vastaanotolla käyneistä ja painoindeksin mukaan lihavista jopa yli puolta ei ollut kertaakaan kehoitettu laihtuttamaan, 3/5 vastaajasta ei ollut kehoitettu lisäämään liikuntaa ja puolta ei ollut kehoitettu muuttamaan ruokatottumuksia. Vaikeasti lihavien asiakkaiden kanssa edelliset asiat otettiin kuitenkin puheeksi jo paljon useammin. Aikaisemmat tutkimukset antavat myös samanlaisia tuloksia lihavuuden hoidon ja diagnosoinnin yleisyydestä (Cleator ym. 2002: 581–582; Bramlage ym. 2004: 1299–1306; Michie 2007: 521–525). Ravitsemusneuvontaa kuitenkin annetaan ilmeisesti herkemmin, koska Hyytisen ja Roihan (2009: 50) tutkimuksessa kaikki 362 vastaajaa olivat saaneet ravitsemusneuvontaa vähintään kerran vuodessa.

Hoitohenkilö oli ottanut painonhallintaryhmäläisten ruokatottumukset, liikunnan lisäämisen ja laihtuttamisen puheeksi vastaanotoilla hieman lääkäreitä useammin. Myös hoitajien kohdalla asiakkaan painoindeksin kasvaessa elintapamuutoskehotusten määrä kasvoi. Vaikka hoitajat olivat ottaneet terveystottumusten muutokset puheeksi asiakkaan kanssa lääkäreitä useammin, hoitajien vastaanotoilla ei ollut kehoitettu lihavista puolta laihtuttamaan. Myöskään 3/5 vastaajasta ei ollut kehoitettu lisäämään liikuntaa

tai 2/5 muuttamaan ruokatottumuksiaan. Vaikeasti lihavien asiakkaiden kanssa edelliset asiat otettiin kuitenkin jo paljon useammin puheeksi lääkärin lailla.

Vastaanotolla käyneet painonhallintaryhmäläiset, joita lääkäri tai hoitaja oli kehottanut laihduttamaan tai lisäämään liikuntaa, olivat myös toteuttaneet kyseisiä asioita enemmän viimeisen vuoden aikana, kuin ne ryhmäläiset, joita ei ollut kehoitettu siihen ollenkaan. Myös muissa tutkimuksissa on saatu paljon positiivisia tuloksia lääkäreiden ja terveydenhoitajien puheeksi ottamisen ja lyhytinterventioiden vaikuttavuudesta (Rose ym. 2012: 118–128; Rubak ym. 2005: 305–312).

9 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme lähtökohtana oli HUS:n *Painonhallinnan vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella* -tutkimushanke. Hankkeessa toivottiin, että lähestyimme aihetta puheeksi ottamisen sekä ylipainoon ja lihavuuteen puuttumisen näkökulmasta. Tavoitteenamme oli selvittää, ottavatko terveydenhuollon ammattihenkilöt asiakkaan ylipainon ja lihavuuden puheeksi. Tutkimuskysymykset muotoutuivat kyselylomakkeen pohjalta ja käsittelivät sitä, onko terveydenhuollon ammattihenkilö kehottanut painonhallintaryhmiin hakeutuneita asiakkaita muuttamaan elintapojaan terveystottumuksista ja ovatko he muuttaneet terveystottumuksiaan jo ennen ryhmään hakeutumista. Lisäksi halusimme selvittää, oliko elintapamuutoskehotuksella vaikutusta asiakkaan terveyskäyttäytymiseen. Aineistomme muodostui ylipainoisista ja lihavista painonhallintaryhmissä aloittavista asiakkaista (N=92). Valitsimme analysointimenetelmäksi, ristiintaulukointi, oli analyysimenetelmänä sopiva.

Opinnäytetyössämme selvisi, että asiakkaiden itsensä ilmoittamana lihavuus ja ylipaino otettiin puheeksi noin joka toisella vastaanotolla. Huomioiden lihavuuden laajuuden ja terveyden edistämisen tärkeyden kansallisella tasolla tämä on vähän. Opinnäytetyössämme lähteenä käytettyjen tutkimusten mukaan asiakkaat tarvitsevat painonhallintaan tukea ja opastusta. Lihavuuden puheeksi ottamisessa suositellaan käyttämään samantaisia keinoja kuin esimerkiksi tupakan tai alkoholin käytön vähentämisen hoidossa. Näitä ovat muun muassa motivoiva haastattelu ja lyhytinterventio, joiden molempien käyttöön tarvitaan perehtyneisyyttä. Lihavuuden seulontaa ja hoitoa suositetaan myös

tekemään rutiininomaisesti samoin tavoin kuin verenpaineen mittausta. Vastaajien itsensä ilmoittamana tämä ei kaikkien kohdalla kuitenkaan toteutunut.

Tulevina terveydenhoitajina koemme, että painon puheeksi ottamisen osaaminen ja tietous sopivista menetelmistä on erittäin merkittävää. Työskentelipä terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja millä tahansa terveydenhuollon alueella, ylipainon ja lihavuuden puheeksi ottaminen tulee luultavasti eteen useiden asiakkaiden kohdalla. Toivomme, että keräämämme teoriatieto painon puheeksi ottamisesta käytännössä tavoittaa erityisesti perusterveydenhuollon hoitajat ja lääkärit. Käytännön toimia ylipainon ja lihavuuden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi on kehitetty jatkuvasti, ja toivommekin, että olemme opinnäytetyöllämme omalta osaltamme edesauttaneet näitä toimia PPP-painonhallintaryhmien tutkimisen osalta. Toivomme myös, että tämä opinnäytetyö olisi edistämässä painonhallinnan puheeksi ottamisen keinojen toteuttamisen yleistymistä käytännössä. Koemme, että opinnäytetyömme tulokset ovat myös hyödynnettävissä, ja niitä voi käyttää painonhallintaryhmien ohjaamisen tukena.

Koimme opinnäytetyömme aiheen äärimmäisen tärkeäksi. Lihavuus on kansanterveyden haaste, ja se on tutkimusten mukaan vuosi vuodelta lisääntynyt koko väestöllä. Suomessa noin puolet kansasta on ylipainoisia tai lihavia, joten Suomen terveydenhuollon tulisi mielestämme panostaa lihavuuden ennaltaehkäisyyn entistä enemmän. Perusterveydenhuolto on monelle asiakkaalle ainoa hoitokontakti, ja siellä olisi hyvät mahdollisuudet herättää asiakas pohtimaan omia elintapojaan. Perusterveydenhuollon rooli lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa puuttumisessa sekä hoidon tarjoajana on mielestämme siis keskeinen.

Tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsisivat kuitenkin enemmän tietoa ja koulutusta lihavuuden puheeksi ottamiseen. Tutkimuksissa on todettu, ettei heillä ole tarvittavaa tietotaitoa puheeksi ottamiseen ja he pelkäävät asiakkaan emotionaalista reaktiota. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tietoutta ja osaamista puheeksi ottamisesta tulisikin mielestämme lisätä, jolloin myös rohkeus ja varmuus voisivat lisääntyä. Tutkimusten mukaan jo yhden kerran lyhytinterventiolla on merkitystä ja muutosvaihemalliteorian mukaan toinen ihminen, esimerkiksi ammattilainen, voi edesauttaa asiakkaan siirtymistä muutosvaiheesta toiseen. Painonhallintaryhmien vaikuttavuudesta on myös paljon tutkimustietoa. Kaupallisia painonhallintaryhmiä ja painonpudotusohjelmia on tarjolla Suomessa monenlaisia, mutta toivoisimme julkisen puolen voivan tarjota ensisijaisen kontaktin lihavuuden hoidossa. Tutkimusten ja

Käypä hoito -suosituksen perusteella tällä hetkellä siihen ei kuitenkaan ole riittävästi resursseja.

Ulkopuolinen henkilö tai asia ei voi lihavuutta parantaa kokonaan, vaan yksilön tulee itse tehdä muutoksia oman terveytensä edistämiseksi. On kuitenkin todettu, että jo puheeksi ottaminen lisää yksilön voimavaroja terveyden edistämiseen. Motivaatio painonhallintaan voi herätä jo yhden keskustelun perusteella. Näin ollen mielestämme olisi tärkeää paneutua aiheeseen jatkossakin. Ylipainoon puuttuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa voisi vaikuttaa positiivisesti kansanterveyteen paitsi yksilön, myös koko väestön kannalta. Mielestämme terveydenhuollon ammattihenkilöiden rooli ja osaaminen ensimmäisenä puheeksi ottajana onkin siksi hyvin tärkeä. Meistä olisi tärkeää kannustaa asiakkaita PPP-ryhmiin, joissa asiantunteva tiimi ohjaa pysyviin elintapamuutoksiin. Kaikki opinnäytetyömme 92 vastaajaa olivat jo hakeutuneet painonhallintaryhmään. On mahdollista, että juuri viimeisen vuoden aikana annetut elintapamuutoskehotukset ovat herättäneet asiakkaiden muutoshalukkuuden, mikä on edellytys asiakkaan painonhallinnan onnistumiselle.

Opinnäytetyötä tehdessämme koimme, että työelämälähtöisyys ja terveyden edistämisen näkökulma olivat vahvasti läsnä. Tämän opinnäytetyön tekeminen oli meille ammatillisesti erittäin kehittävää. Projektiluontoinen työskentely sekä tutkimuksen saattaminen alusta loppuun ja kirjoittaminen raportin muotoon oli todella hyödyllinen oppimiskokemus. Opinnäytetyön käytännön toteutuksessa kykenimme rajaamaan oppimisemme tulosten syöttämiseen, analyysiin ja tulkintaan, sillä kyselylomake oli laadittu ja kerätty jo aiemmin. Lähteiden etsimisestä opinnäytetyön pohdinnan kirjoittamiseen asti opimme ammattimme kannalta hyödyllisiä asioita kuten lähdekritiikkiä, kvantitatiivisen tutkimuksen periaatteita sekä tutkimuskokonaisuuden jäsentämistä järkeväksi kokonaisuudeksi. Nämä asiat ovat mielestämme sellaisia, joita ei voi oppia kuin tekemällä. Lisäksi opinnäytetyön suuri anti oli oppiminen puheeksi ottamisen merkityksestä sekä keinoista. Omiksi kehittämishaasteiksemme jatkoa varten nousivat taidot aiheen rajaamisesta, tiivistämisestä sekä systemaattisesta tiedonhausta.

9.1 Luotettavuus ja eettisyys

Painonhallinnan vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS -alueella -tutkimuskokonaisuudelle haettiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän medisiinisen tulosityksikön

tutkimustoimikunnalta. Tutkimuslupa kattaa osallistumisemme tutkimuskokonaisuuteen vastuupettajiemme ohjauksessa. Tutkimuskokonaisuudessa noudatetaan ihmisiä koskevan terveystutkimuksen eettisiä periaatteita. Osallistuminen on tutkittaville vapaaehtoista, ja heitä on informoitu tutkimuksen sisällöstä, tarkoituksesta ja tietojen käytöstä sekä suullisesti että kirjallisesti. Heiltä pyydettiin tutkimukseen osallistumisen yhteydessä tietoinen suostumus lääketieteelliseen kliniseen tutkimukseen (liite 2). PPP-painonhallintaryhmiä ohjaavat terveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeet kirjokuorissa ryhmäläisille ensimmäisen ryhmätapaamisen aikana. Tämän jälkeen terveydenhoitajat lähettivät tapaamisen lopussa täytetyt lomakkeet HUS:n tutkimusryhmälle. Tutkimusta tai opinnäytetyötä tehneet henkilöt eivät siis ole tavanneet tutkittavia henkilöitä.

Sekä tietojen syöttämävaiheessa että analysoinnissa on vastaajien anonymiteettiä kiinnitetty erityistä huomiota. Tiedosto on tallennettu muistitikulle, jota on säilytetty lukollisessa kaapissa. Kyselylomakkeita on säilytetty niiden keräämisen jälkeen lukollisessa kaapissa HUS:n perusterveydenhuollon terveyden edistämisen yksikössä Biomedicum tiloissa Helsingissä tai Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa. Tuloksia on analysoitu ryhmitellen, ei yksittäisen ihmisen näkökulmasta. Tutkittavien henkilöllisyys ei tule millään tapaa ilmi tulosten analysoinnissa tai esittämisessä. Tulosten numeraalinen esitystapa vastaustiedostossa varmistaa vastaajien anonymiteetin. Lomakkeet ovat lisäksi yksilöllisesti numeroitu, jotta tarvittaessa vastaajan lomake voidaan myöhemmin jäljittää.

Tutkimuksemme teoriatiedon lähteinä on käytetty vain luotettavia ja valideja tutkimusartikkeleita sekä ammattikirjallisuutta. Tiedonhaussamme rajasimme artikkelit muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta julkaistuiksi vuosien 2000–2013 välillä, jotta tieto olisi edelleen ajankohtaista. Jokaisen tutkimuksen kohdalla kiinnitimme huomiota yleistettävyyteen, ajankohtaisuuteen sekä luotettavuuteen. Lähteiksi olemme pyrkineet valitsemaan vain nämä kriteerit läpäisseet tutkimukset. Tekemämme tiedonhaun kuvaamme taulukolla (liite 5).

Tämä tutkimus voidaan yleistää koskemaan vain painonhallintaryhmiin hakeutuneita Uudenmaan kuntien asukkaita, sillä kaikki vastaajat olivat Kirkkonummen, Lohjan, Loviisan, Keravan, Vantaan ja Karjaan alueilta. Lähes sadan vastaajan otos (N=92) on noin kolmasosa PPP-ryhmiin osallistuvista 300 ryhmäläisestä. Näin ollen se on tarpeeksi suuri yleistämään tiedot koskemaan kaikkia PPP-painonhallintaryhmiin osallistuvia. Otoksessamme on huomioitava, että puolet vastaajista oli painoindeksiltään liha-

via. Vaikka olemme jaotelleet vastaajia painoindeksiluokkien mukaan, pääpaino tuloksisamme on kuitenkin käsitellä yleisesti henkilöitä, joiden painoindeksi on yli normaali-painon. Näin ollen tulosten painottuminen lihaviin henkilöihin ei vääristä tuloksia. Analysoimme tulokset mielestämme kysymyksiin sopivilla menetelmillä niin, että tulokset antavat painonhallintaryhmäläisten vastauksista luotettavan tiedon. Ristiintaulukointi osoittautui hyväksi menetelmäksi verrattessamme kysymyksiä toisiinsa.

Tulosten tarkastelussa on kuitenkin otettava muutama luotettavuutta heikentävä asia huomioon. Kaikki tulokset on analysoitu kyselylomakkeiden vastauksista, joten saamamme tieto perustuu vastaajien omaan ilmoitukseen. Emme ole huomioineet laboratorioarvoja, vastaanotolla käyntien tilastoja tai potilastietoja. Niissä tuloksissa, joissa käsiteltiin elintapamuutoskehotuksia, on otettava huomioon kysymysten epätarkkuus. Kysymyksissä ei ollut tarkennettu esimerkiksi, missä elintapamuutoskehotus on tapahtunut, joten emme voi olettaa, että se on tapahtunut lääkärin, terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla. On mahdollista esimerkiksi, että vastaaja on viimeisen vuoden aikana käynyt lääkärin vastaanotolla, mutta toinen lääkäri on kehottanut laihduttamaan jossakin muussa yhteydessä. Kyselylomakkeessa ei myöskään kysytty onko vastaaja muuttanut tottumuksiaan kehotuksen jälkeen tai sen ansiosta, joten näiden asioiden ei voida katsoa korreloivan toisiinsa. Näin ollen emme voineet tulkita syy-seuraussuhteita kehotusten tai toteutumien välillä tai laskea korrelaatiokertoimia. Kyselylomakkeessa on myös kaksi erilaista kysymystä laihduttamisesta. Ensimmäisessä kysymyksessä kysytään onko vastaaja yrittänyt vakaasti laihduttaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Toisessa kysymyksessä kysytään onko vastaaja laihduttanut terveydellisten näkökohtien perusteella viimeksi kuluneen vuoden aikana. Laihduttamista ei kuitenkaan määritellä toisessa kysymyksessä, joten emme voi olla varmoja tarkoittaako myöntävä vastaus, että laihduttaminen on myös onnistunut ja paino laskenut. Ristiintaulukoinnissa huomasimme, että kysymysten pilkkominen ja rinnastaminen saa aikaan joidenkin kysymysten kohdalla hyvin pieniä otoksia. Varsinkaan näitä tuloksia ei voi yleistää. Olemme merkinneet otokset kaikkiin tuloksiin erikseen.

9.2 Jatkotutkimusehdotukset

Suomessa tarvittaisiin mielestämme lisää systemaattisesti kerättyä tietoa ylipainon ja lihavuuden puheeksi ottamisesta koko väestön keskuudessa. Puheeksi ottamisten määrään ja keinojen lisäksi hyödyllinen tutkimusaihe voisi olla myös asiakkaiden toiveet puheeksi ottamisesta. Asiakkailta itsellään on varmasti näkemys siitä, miten he halua-

vat painoan käsiteltävän ja milloin. Tämä voisi olla hyödyllistä tietoa henkilökunnan koulutuksessa.

Mielestämme tutkimustietoa tarvittaisiin myös siitä, mistä syistä asiakkaat hakeutuvat painonhallintainterventioihin. Näyttää siltä, että sukupuoli vaikuttaa esimerkiksi painonhallintaryhmiin hakeutumiseen. Aineistostamme lähes yhdeksän kymmenestä oli naisia. Tämän perusteella voisi ajatella, että naiset osallistuvat herkemmin ryhmämuotoiseen painonhallintainterventioon. Tulevaisuudessa haasteena olisi mielestämme selvittää, miksi naiset hakeutuvat miehiä helpommin painonhallintaryhmiin, ja liittyykö tämä ilmiö myös muihin painonhallintainterventioihin. Myös miesten saaminen painonhallintaohjauksen piiriin heille sopivalla tavalla olisi olennaisen tärkeää, sillä miehillä lihavuus on jopa hieman yleisempää kuin naisilla. Miehillä voisi kehittää erilaisia painonhallintainterventiomuotoja, ja miesten mielipiteitä niistä voisi tutkia erikseen.

Lähteet

Ahonen, Marke (suom.) 2006. Efesoslainen, Rufus. 100–200 jKr. Potilaan haastattelu-
minen (Quaestiones medicinales). Gärtner, H. 1962. Duodecim 122. 89–96.

Alahuhta, Maija - Laitinen, Jaana 2011. Kuka onnistuu painonhallinnassa? Työter-
veyslääkäri 29 (2). 59–61.

Ash, S. – Reeves, M. – Bauer, J. – Dover, T. – Vivanti, A. – Leong, C. – O’Moore Sulli-
van, T. – Capra, S. 2006. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individ-
ual counselling and written information in the management of weight and health out-
comes over 12 months. *International Journal of Obesity* 30. 1557–1564.

Borodulin, Katja – Levälahti, Esko – Saarikoski, Liisa – Lund, Laura – Juolevi, Anne–
Grönholm, Marko – Jula, Antti – Laatikainen, Tiina – Männistö, Satu – Peltonen, Mark-
ku – Salomaa, Veikko – Sundvall, Jouko – Taimi, Marketta – Virtanen, Suvi – Vartiain-
nen, Erkki 2013. Kansallinen FINRISKI 2012 -terveystutkimus - Osa 2: Tutkimuksen
taulukkoliite. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 2013/22. 34, 68, 92, 94. Tam-
pere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavilla myös sähköisesti
<file:///C:/Users/elisanu/Downloads/URN_ISBN_978-952-302-054-2%20(1).pdf>.

Boyer, Penny Sue 2008. Correlates and determinants of nurse practitioners’ self-
efficacy in adult obesity treatment and weight management tactics. State University of
New York Binghamton.

Bramlage, P. – Wittchen, H-U – Pittrow, D. – Kirch, W. – Krause, P. – Lehnert, H. –
Unger, T. – Höfler, M. – Küpper, B. – Dah, S. – Böhler, S. – Sharma, AM 2004. Recog-
nition and management of overweight and obesity in primary care in Germany. *Interna-
tional Journal of Obesity* 28 (10). 1299–1308.

Briscoe, Jedediah S. – Berry, Judith A. 2009. Barriers to Weight Loss Counseling. *The
Journal for Nurse Practitioners* 5 (3). 161–167.

Cleator, J. – Richman, E. – Leong, KS – Mawdsley, L. – White, S. – Wilding, J. 2002.
Obesity: under-diagnosed and under-treated in hospital outpatient departments. *Inter-
national Journal of Obesity* 26 (4). 581–584.

Colditz, Graham – Willett, Walter – Rotnitzky, Andrea – Manson, JoAnn 1995. Weight
Gain as a Risk Factor for Clinical Diabetes Mellitus in Women. *Ann Intern Med* 122 (7).
481–486.

Diabetes. 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.
<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/diabetes#suomessa>. Luettu
19.3.2014.

Gudzude, Kimberly – Clark, Jeanne – Appel, Lawrence – Bennett, Wendy 2012. Prima-
ry care providers’ communication with patients during weight counseling: A focus group
study. *Patient Education and Counseling* 89 (1). 152–157.

Hardeman, W. – Griffin, S. – Johnston, M. – Kinmonth, AL – Wareham, NJ 2000. Inter-
ventions to prevent weight gain: a systematic review of psychological models and be-
haviour change methods. *International Journal of Obesity* 24 (2). 131–143.

Hartikainen, Juha – Niskanen, Leo – Saloranta, Pekka – Rämö, Juhani – Virtanen, Outi 2006. Lääkärien terapeuttiset asenteet sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden, erityisesti ylipainon ja tupakoinnin, hoitoon. Suomen Lääkärilehti 61 (9). 991–996.

Harvey, EL – Hill, AJ 2001. Health professionals' views of overweight people and smokers. International Journal of Obesity 25 (8). 1253–1261.

Helldán, Anni – Helakorpi, Satu – Virtanen, Suvi – Uutela, Antti 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystiläytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21/2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavilla myös sähköisesti <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110841/URN_ISBN_978-952-302-051-1.pdf?sequence=1>.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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. Jyväskylän yliopisto. 22, 31–52

Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kaukua, Jarmo 2006. Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja lihavuus. Duodecim 122. 1215–1224.

Kokkinen-Jussila, Marketta – Julkunen, Juhani – Lipsanen, Jari 2011. Naisten painonhallinta ja sen yhteys uupumukseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48 (3). 204–217

Kushner, Robert – Blatner, Dawn Jackson 2005. Risk Assessment of the Overweight and Obese Patient. American Dietetic Association. 105 (5). 53–62.

Kääriäinen, Maria – Lauronen, Marjatta – Kyngäs, Helvi 2006. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisy: elintapaohjausta ja automatisoitua elintapaseurantaa. Tutkiva Hoitotyö 4 (1). 30–32.

Laatikainen, Tiina – Jula, Antti – Kastarinen, Mika – Salomaa, Veikko – Borodulin, Katja – Harald, Kennet – Peltonen, Markku – Jousilahti, Pekka – Vartiainen, Erkki 2013. Verenpaine- ja hoitotasapaino FINRISKI -tutkimusalueilla 1982–2012. Suomen Lääkärilehti 68 (24). 1803–1809a. Saatavilla myös sähköisesti <<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/7677/sll242013-1803.pdf>>.

Lahti-Koski, Marjaana 2001. Body mass index and obesity among adults in Finland: Trends and determinants. Academic Dissertation. University of Helsinki. Helsinki: National Public Health Institute.

Lihavuus laskuun - Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. 2013. Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.

<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015/lihavuuden_ehkaisy>. Luettu 17.9.2013.

Lihavuus (aikuiset) 2013. Käypä hoito -suositus. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../hoi24010>>. Luettu 19.11.2013.

Melanson, Kathleen – Dell’Olio, Jessica – Carpenter, Michael – Angelopoulos, Theodore 2004. Changes in Multiple Health Outcomes at 12 and 24 Weeks Resulting From 12 Weeks of Exercise Counseling With or Without Dietary Counseling in Obese Adults. *Nutrition* 20 (10). 849–856.

Melin, I – Karlström, B – Lappalainen, R – Berglund, L – Mohsen, R – Vessby, B. 2003. A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: a randomised 2-y clinical trial. *International Journal of Obesity* 27. 1127–1135.

Michie, Susan 2007. Talking to primary care patients about weight: A study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychology, Health and Medicine* 12 (5). 521–525.

Mustajoki, Pertti 2013. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042&p_haku=lihavuus>. Luettu 19.2.2013.

Mustajoki, Pertti 2012. Painonhallinta ja ruoka. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864&p_haku=painonhallinta>. Luettu 18.2.2013.

Mustajoki, Pertti 2010. Painonhallinta. Painavaa tietoa kohti kevyempää oloa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, Pertti – Koivukangas, Vesa – Gylling, Helena – Malmivaara, Antti – Ikonen, Tuija S. – Viktorzon, Mikael 2009. Lihavuuden asema terveydenhuollossa - kaikki vaihtoehdot käyttöön. *Duodecim* 125. 2249–2255.

Mustajoki, Pertti - Kunnamo, Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. *Duodecim terveyskirjasto*. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00147>. Luettu 20.2.2013

Mustajoki, Pertti 2008. Mitä ajattelette painostanne? Harri Vertio, Riitta Ahonen, Mikael Fogelholm, Markku T. Hyyppä, Kristina Kunttu, Pekka Larivaara, Bengt Lindström, Mauri Marttunen, Mikael Sallinen (toim.). *Suomen Lääkärilehti* 63 (23). 2150–2151

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

Mustajoki, Pertti 2006. Lihava potilas lääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 122. 1256–1260.

Mustajoki, Pertti 2003. Aikuisten lihavuuden hoito - mikä on realistista ja hyödyllistä? Katsausartikkeli. *Suomen Lääkärilehti* 58 (10). 1173-1175.

Mustajoki, Pertti 2000. Lihavuuden ehkäisy terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 55 (34). 3354–3355.

Mustajoki, Pertti 1998. Elintapojen muuttaminen terveellisemmiksi - miten autan potilasta? Katsaus. Duodecim 114 (6). 531–538.

Mustonen, Anni – Roine, Jenni 2012. Painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiilit. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma.

Männistö, Satu – Laatikainen, Tiina – Vartiainen, Erkki 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiivistä 4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1>. Luettu 16.9.2013.

Perry, K.J. – Hickson, M. – Thomas, J. 2011. Factors enabling success in weight management programmes: systematic review and phenomenological approach. Journal of Human Nutrition and Dietetics 24 (3). 301–302.

Pietilä, Anna-Maija – Länsimies-Antikainen, Helena – Halkoaho, Arja – Vähäkangas, Kirsi 2008. Terveyden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. Hoitotiede 20 (6). 304–313.

Pietilä, Anna-Maija – Varjoranta, Pirjo – Matveinen, Mari 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä - arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö 7 (3). 5–12

Prochaska, James O. – Velicer, Wayne F. 1997. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health Promotion 12 (1). 38–48.

Rose, SA – Poynter, PS – Anderson, JW – Noar, SM – Conigliaro, J. 2012. Physician weight loss advice and patient weight loss behavior change: a literature review and meta-analysis of survey data. International Journal of Obesity 37 (1). 118–128. Saatavilla myös sähköisesti.

<<http://www.nature.com/ijo/journal/v37/n1/pdf/ijo201224a.pdf>>.

Rubak, Sune – Sandbaek, Anneli – Lauritzen, Torsten – Christensen, Bo 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice. 55 (513). 305–312.

Suojanen, Laura - Bäckmand, Heli - Bots, Sinikka - Eriksson, Johan - Pietiläinen, Kirsi - Nieminen, Markku S 2013. Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailta HUS-alueella. Versio 1.0. Hanke-suunnitelma. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. (Tutkimuslaitokset: HUS Yleislääketieteen ja perusterveyden huollon yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, HUS Medisiininen tulosyksikkö ja Helsingin yliopisto.)

Suomen väkiluku. 2014. Väestörekisterikeskus. Verkkodokumentti. <<http://vrk.fi/default.aspx?docid=169>> Luettu 19.3.2014

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tod, AM – Lacey, A 2004. Overweight and obesity: helping clients to take action. British Journal of Community Nursing 9(2). 59–66 PUBMED

Turku, Riikka 2006. Painonhallinta onnistuu ryhmissä, kunhan ohjauksen edellytyksistä huolehditaan. PPP -ohjelman seurantatutkimus. Diabetes ja lääkäri 6. 30–33. Saatavilla myös sähköisesti
<http://www.diabetes.fi/files/25/Diabetes_ja_laakari_-lehti_3_2006.pdf>.

Turku, Riikka – Heinonen, Liisa. 2005. Pieni päätös päivässä -projektin seurantatutkimus. Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset. DEHKO-raportti 2005:7. Diabetesliitto. Saatavilla myös sähköisesti
<http://www.diabetes.fi/files/231/2005_7_Pieni_Paatos_Paivassa_projektin_seurantatutkimus._Ryhmamuuotoisen_painonhallintaohjauksen_edellytykset_pdf_659_kt.pdf>.

Ukkola Olavi 2008. Mitä uutta lihavuudesta? Lääketiede 23 (2). 15–18.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Weber, Bernard 2010. Nutrigenetics and long weight management: recent advances. Clinical Nutrition Supplements 5 (1). 13–14.

Wilson, Diane – Johnson, Robert – Jones, Resa – Krist, Alex – Woolf, Steven – Flores, Sharon 2010. Patient weight counseling choices and outcomes following a primary care and community collaborative intervention. Patient Education and Counseling 79 (3). 338–334.

Yhdistetty peruskyselylomake painonhallintaryhmille



HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI



HELSINGIN YLIOPISTO

HUS/PPP 2012

NIMI: _____ HENKILÖTUNNUS: _____

PÄIVÄMÄÄRÄ: _____ TERVEYSASEMAN NIMI: _____

PERUSLOMAKE PAINONHALLINTARYHMILLE

Ohje: Lukekaa ensin kunkin kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot huolellisesti läpi. Kysymyksiin vastataan tavallisesti rengastamalla oikea vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sitä varten varattuun tilaan. Eräissä kysymyksissä tiedustellaan useita asioita, oireita, sairauksia ym. Tällöin rengastakaa kaikki vaihtoehdot, jotka kuvaavat todellista tilaanne.

Vastausesimerkkejä:

Esimerkki 1.

Siviilisäätty

- 1 naimisissa/ rekisteröidyssä parisuhteessa/ avoliitossa
- 2 naimaton
- 3 asumerossa tai eronnut
- 4 leski

Esimerkki 2.

Kuinka monta kupillista kahvia ja teetä juotte tavallisesti päivässä? Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

kahvia ___ kupillista
teetä ___ kupillista

Esimerkki 3.

Onko teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 päivää) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

rintakipua rasituksessa	1
nivelsärkyä	1
hammassärkyä	1
selkäkipua, selkäsärkyä	1
ihottumaa	1

KYSELYLOMAKE 2012

1. Sukupuoli

- 1 Mies
- 2 Nainen

2. Siviilisäät

- 1 naimisissa/rekisteröidyssä parisuhteessa/avoliitossa
- 2 naimaton
- 3 asumerossa tai eronnut
- 4 leski

3. Mikä on koulutuksenne?

Merkitkää ylin suorittamanne koulutus.

- 1 kansakoulu tai peruskoulu
- 2 keskikoulu
- 3 ammattikoulu tai vastaava
- 4 lukio
- 5 opistotutkinto
- 6 ammattikorkeakoulututkinto
- 7 akateeminen tutkinto

4. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskelut päätoimisesti?

Kansakoulu tai peruskoulu lasketaan mukaan.

_____ vuotta

5. Onko työnne tällä hetkellä

- 1 kokoaikaista (ammatillenne täyppillistä)
- 2 osa-aikaista
- 3 en ole työssä

6. Mikä on, tai oli ollessanne viimeksi työssä kodin ulkopuolella, asemanne työyhteisössä?

- 1 työnantaja, yksityisyrittäjä
- 2 maanviljelijä, maatalonemäntä
- 3 ylempi toimihenkilö
- 4 alempi toimihenkilö
- 5 ammattikoulutettu työntekijä
- 6 työntekijä ilman ammattikoulutusta
- 7 en ole ollut työssä kodin ulkopuolella

TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

7. Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla?

Ei koske hammaslääkärissä käyntiä. (Merkitkää 0, jos ette ole käynyt kertaakaan.)

_____ kertaa

8. Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana olette käynyt terveydenhoitajan, sairaanhoitajan, tai työterveyshoitajan vastaanotolla tai terveydenhoitaja on käynyt Teillä kotikäynnillä?

(Merkitkää 0, jos ei kertaakaan.)

_____ kertaa

9. Kuinka monta päivää olette ollut sairaalahoitossa viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana?

(Jos ette yhtään, vastatkaa 0.)

_____ päivää

TERVEYDETLILA**10. Kuinka monta kokonaista päivää olitte viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana sairauden takia poissa töistä tai hoitamatta tavalisia tehtäviänne?**

(Jos ette yhtään, vastatkaa 0.)

_____ päivää

11. Onko Teillä viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?

kyllä

kohonnut verenpaine,	
verenpainetauti	1
kohonnut veren kolesteroli	1
diabetes (sokeritauti)	1
sydänveritulppa, sydäninfarkti	1
sepelvaltimotauti, angina pectoris (= rintakipua rasituksessa)	1
syöpä	1
nivelreuma	1
selän kulumavika, muu selkäsairaus.....	1
pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma.....	1
masennus (depressio)	1
muu mielenterveysongelma	1
astma	1
heinänuha tai muu allerginen nuha	1
ruoka-aineallergia	1
vatsasairaus (mahakatarri, gastriitti, mahahaava).....	1

12. Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

kyllä

rintakipua rasituksessa	1
nivelsärkyä	1
selkäkipua, selkäsärkyä.....	1
hammassärkyä.....	1
turvotusta jaloissa.....	1
suonikohjuja.....	1
ihottumaa	1
päänsärkyä.....	1
unettomuutta	1
masentuneisuutta	1
muuta mielenterveysongelmia	1
ummetusta	1
närästystä.....	1
muuta ruuansulatusvaivoja (ilmavaivoja, ripulia).....	1
iskiasta (selkäkipuja, joka säteilee sääreen).....	1

13. Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin?

kyllä en

noin puolen kilometrin matkan käveleminen levähtämättä	1	2
lyhyehkön matkan (noin 100 metriä) juokseminen ..	1	2
pitkähkön matkan (yli puoli kilometriä) juokseminen.....	1	2

14. Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä:

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskitasoinen
- 4 melko huono
- 5 huono

15. Oletteko viimeksi kuluneen viikon (7pv) aikana käyttänyt mitään tabletteja, pulvereita tai muita lääkkeitä?

	kyllä
verenpainelääkkeitä.....	1
kolesterolilääkkeitä.....	1
insuliinia.....	1
diabeteslääkkeitä.....	1
päänsärkylääkkeitä.....	1
muita särkylääkkeitä.....	1
ehkäisytabletteja.....	1
rauhottavia lääkkeitä.....	1
unilääkkeitä.....	1
masennuslääkkeitä.....	1
vitamiini- ja kivennäis-	
valmisteita.....	1
yskänlääkettä.....	1
hormonilääkkeitä vaihdevuosiin	
tai niiden jälkeiseen aikaan	
(naisille).....	1
potenssihäiriön lääkkeitä	
(miehille).....	1

16. Oletteko koskaan käyttänyt luontaistuotteita painonhallintaan/ laihtuaksesi (esim. easy-diet)?

- 1 kyllä
2 en

17. Onko Teillä koskaan mitattu verenpainetta? Milloin viimeksi?

- 1 viimeksi kuluneen vuoden aikana
2 1-5 vuotta sitten
3 yli 5 vuotta sitten
4 ei koskaan

18. Onko Teiltä koskaan tutkittu veren kolesterolipitoisuutta? Milloin viimeksi?

- 1 viimeksi kuluneen vuoden aikana
2 1-5 vuotta sitten
3 yli 5 vuotta sitten
4 ei koskaan
5 en tiedä

19. Jos verenne kolesterolipitoisuus on todettu korkeaksi, niin annettiinko Teille tässä yhteydessä ruokavalio-ohjeita kolesterolitasen alentamiseksi?

- 1 ei
2 kyllä

20. Onko Teiltä koskaan tutkittu veren sokeripitoisuutta? Milloin?

- 1 viimeksi kuluneen ½ vuoden aikana
2 ½-1 vuotta sitten
3 1-5 vuotta sitten
4 yli 5 vuotta sitten
5 ei koskaan
6 en tiedä

21. Onko diabetesriskienne arvioitu viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana diabeteksen riskitestillä?

- 1 kyllä, tein testin itse
2 kyllä, tein testin lääkärin tai hoitajan kanssa
3 ei

22. Onko lääkäri joskus todennut Teillä diabeteksen (sokeritaudin) tai diabeteksen esiasteen?

- 1 ei kumpikaan
2 diabeteksen esiasteen (sokeriainneenvaihdunnan häiriön)
3 diabeteksen (sokeritaudin)

23. Määrättiinkö Teille tuolloin diabeteksen (sokeritaudin) takia jostain seuraavista hoidoista?

- 1 vain dieettihoito (ruokavalio)
- 2 tablettihoito
- 3 insuliinihoito
- 4 ei mitään edellisistä

TUPAKOINTI

24. Tupakoitko itse tai tupakoiko joku perheenne jäsenistä asunnossanne?

- | | | |
|----------------------------|---------|----|
| | kyllä | ei |
| itse | 1 | 2 |
| puoliso | 1 | 2 |
| muu aikuinen..... | 1 | 2 |
| joku alle 18- vuotias..... | 1 | 2 |

25. Oletteko tupakoinut koskaan elämäne aikana?

- 1 en (siirtykää kysymykseen 38)
- 2 kyllä (jatkaa kysymyksestä 27)

26. Oletteko tupakoinut elämäne aikana vähintään 100 kertaa (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- 1 en
- 2 kyllä

27. Oletteko koskaan tupakoinut päivittäin ainakin yhden vuoden ajan? Kuinka monta vuotta yhteensä?

- 1 en ole koskaan tupakoinut päivittäin
- 2 olen tupakoinut päivittäin yhteensä

_____ vuotta

28. Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- 1 kyllä, päivittäin
- 2 satunnaisesti
- 3 en lainkaan

29. Milloin olette tupakoinut viimeksi? Jos tupakoitte jatkuvasti, merkitkää vaihtoehto 1.

- 1 eilen tai tänään
- 2 2 pv -1 kk sitten
- 3 1 kk- puoli vuotta sitten
- 4 puoli vuotta - vuosi sitten
- 5 vuosi – 5 vuotta sitten (siirtykää kysymykseen 38)
- 6 5 – 10 vuotta sitten (siirtykää kysymykseen 38)
- 7 yli 10 vuotta sitten (siirtykää kysymykseen 38)

30. Miten paljon poltatte nykyisin tai poltatte ennen lopettamista keskimäärin päivässä? Vastatkaa joka kohtaan. Merkitkää 0, jos ette tupakoi lainkaan.

tehdasvalmisteisia savukkeita _____ kpl päivässä

itsekäärittyjä savukkeita _____ kpl päivässä

piippua _____ piipullista päivässä

sikareita _____ kpl päivässä

HUS/PPP 2012

31. Miten pian herättyänne poltatte tai poltatte ennen lopettamista ne ensimmäisen savukkeen?

- 1 viiden ensimmäisen minuutin kuluessa
- 2 6 – 30 minuutin kuluessa
- 3 31 – 60 minuutissa
- 4 myöhemmin kuin ensimmäisenä tuntina

32. Haluaisitteko lopettaa tupakoinnin?

- 1 en
- 2 kyllä
- 3 en osaa sanoa
- 4 en tupakoi nykyisin

33. Oletteko milloinkaan vakavasti yrittänyt lopettaa tupakointia ja ollut tupakoimatta vähintään 24 tuntia? Jos olette, niin milloin viimeksi?

- 1 viimeisen kuukauden aikana
- 2 1 kk – puoli vuotta sitten
- 3 puoli vuotta - vuosi sitten
- 4 yli vuosi sitten
- 5 en koskaan

34. Oletteko huolissanne siitä, että tupakointinne voi aiheuttaa omalle terveydellenne vahinkoa?

- 1 hyvin huolissani
- 2 hieman huolissani
- 3 en juurikaan huolissani
- 4 en lainkaan

35. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana käyttänyt nikotiini korvaushoitoa (purukumi, laastari, pilleri ym.)?

- 1 en ole käyttänyt
- 2 kyllä, tupakoinnin lopettamisen tukena
- 3 kyllä, muusta syystä

36. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä lopettamaan tupakoinnin?

- | | kyllä | ei |
|---|-------|----|
| lääkäri..... | 1 | 2 |
| terveydenhoitaja tai työterveyshoitaja..... | 1 | 2 |
| hammaslääkäri..... | 1 | 2 |
| apteekin henkilökunta..... | 1 | 2 |
| perheenjäsen..... | 1 | 2 |
| joku muu..... | 1 | 2 |

37. Nuuskaatteko nykyisin?

- 1 kyllä, päivittäin
- 2 satunnaisesti
- 3 en lainkaan nykyisin
- 4 en ole koskaan nuuskannut

RAVINTO**38. Syötekö yleensä aamupalaa?**

- 1 en
- 2 kyllä

39. Missä syötte useimmiten lounaanne (klo 10-15 välillä) arkisin?

- 1 kotona
- 2 ravintolassa tai baarissa
- 3 työpaikkaruokalassa tai oppilaitosruokalassa
- 4 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
- 5 muualla kuin mainituissa paikoissa
- 6 en syö lounasta ollenkaan

40. Missä syötte useimmiten päivälisenne (klo 15-20 välillä) arkisin?

- 1 kotona
- 2 ravintolassa tai baarissa
- 3 työpaikkaruokalassa tai oppilaitosruokalassa
- 4 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
- 5 muualla kuin mainituissa paikoissa
- 6 en syö päivällistä ollenkaan

41. Teillä mahdollisuus käydä syö-mässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en ole työssä enkä opiskele

42. Mitä rasvaa käytätte enimmäkseen leivällä?

- 1 en mitään
- 2 levitettä, jossa enintään 40 % rasvaa (esim. Keiju Kevyt, Flora Kevyt, Becel 38, Lätta, Kevyt Levi 30 tai 40, Oivariini Balansia)
- 3 levitettä, jossa noin 60 % rasvaa (esim. Becel 60, Flora 60, Keiju 60)
- 4 kasvistanolilevitettä (Benecol)
- 5 kasvisterolilevitettä (Becel pro.activ)
- 6 margariinia tai rasvavitettä, jossa 70-80 % rasvaa (esim. Keiju)
- 7 voi- kasviöljyseosta, rasvaseosta (esim. Oivariini, Enilett, Oivariini vähärasvaisempi)
- 8 voita

43. Mitä rasvaa kotonanne käytetään enimmäkseen ruoanvalmistuksessa?

- 1 kasviöljyä
- 2 juoksevaa kasviöljyvalmistetta tai rasvaseosta (esim. Flora Culinesse, Juokseva Sunnuntai)
- 3 levitettä, jossa noin 60 % rasvaa (esim. Becel 60, Keiju 60, Kultarypsi)
- 4 margariinia tai rasvavitettä, jossa 70- 80 % rasvaa (esim. Flora, Keiju)
- 5 talousmargariinia (esim. Sunnuntai, Flora)
- 6 voi- kasviöljyseosta, rasvaseosta (esim. Oivariini, Enilett, Vähärasvaisempi Oivariini)
- 7 voita
- 8 ei mitään rasvaa

44. Kuinka usein olette viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia?

	En kertaakaan	1 - 2 päivänä	3 - 5 päivänä	6 - 7 päivänä
keitettyjä perunoita	1	2	3	4
ranskalaisia perunoita	1	2	3	4
riisiä / pastaa	1	2	3	4
puuroja / muroja	1	2	3	4
rasvaisia juustoja (esim. Edam, Emmental, Oltermanni)	1	2	3	4
vähärasvaisempia juustoja (esim. Polar- 15, Kadett, Edam 17, raejuusto)	1	2	3	4
kanaa	1	2	3	4
kalaa	1	2	3	4
lihaa	1	2	3	4
lihajalosteita (makkarat yms.)	1	2	3	4
kananmunia	1	2	3	4
tuoreita vihanneksia / juureksia	1	2	3	4
kypsennettyjä vihanneksia / juureksia	1	2	3	4
hedelmiä /marjoja	1	2	3	4
pizzaa	1	2	3	4
muita suolaisia leivonnaisia (hampurilaiset, piirakat yms.)	1	2	3	4
makeita leivonnaisia (pullat, viinerit, keksit yms.)	1	2	3	4
suklaata tai muita makeisia	1	2	3	4
mehuja/ tuoremehuja	1	2	3	4
sokeroituja virvoitusjuomia	1	2	3	4
keinomakeutettuja virvoitusjuomia	1	2	3	4

45. Kuinka monta lasillista maitoa tai piimää (yksi lasillinen on 2 dl) juotte tavallisesti päivässä? Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

maitoa ___ lasillista

piimää ___ lasillista

46. Jos juotte maitoa, käytättekö tavallisesti

- 1 tilamaitoa (käsittelemätön maito)
- 2 täysmaitoa (entinen kulutusmaito)
- 3 kevytmaitoa
- 4 ykkösmaitoa
- 5 rasvatonta maitoa
- 6 en juo maitoa

47. Kuinka monta kupillista kahvia tai teetä juotte tavallisesti päivässä? Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

kahvia ___ kupillista

teetä ___ kupillista

48. Montako leipäviipaletta syötte tavallisesti päivittäin? Merkitkää 0, jos ette lainkaan.

tummaa leipää (ruis-, näkkileipä ym.)

___ viipaletta päivässä

seka-, hiiva-, graham-, kauraleipää

___ viipaletta päivässä

ranskanleipää tai vastaavaa

___ viipaletta päivässä

vähähiilihydraattista leipää (karppausleipä)

___ viipaletta päivässä

49. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12 kk) aikana kehottanut Teitä muuttamaan ruokatottumuksianne terveyssyistä?

	kyllä	ei
lääkäri.....	1	2
joku muu		
terveydenhoitohenkilö.....	1	2
perheenjäsen.....	1	2
joku muu.....	1	2

ALKOHOLIN KÄYTTÖ

50. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana käyttänyt mitään alkoholijuomia (olutta, viiniä, siideriä tai väkeviä)?

- 1 olen
- 2 en ole

51. Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olette juonut edellisen viikon (edelliset 7 vrk) aikana seuraavia: Ellette ole juonut yhtään, merkitkää 0.

olutta (IVA tai III) ___ pullollista (1/3 litraa)

long drink-juomia ___ pullollista (1/3 litraa)

väkevää alkoholia ___ ravintola-annosta

viiniä tai vastaavaa ___ lasillista (alkoholipitoisuus yli 5 %)

siideriä tai kevytviiniä ___ lasillista (alkoholi pitoisuus noin 5 %)

52. Kuinka usein tavallisesti juotte olutta?

- 1 päivittäin
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 6 en koskaan

53. Kuinka usein tavallisesti juotte väkeviä alkoholijuomia tai viinaa?

- 1 päivittäin
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 6 en koskaan

54. Kuinka usein tavallisesti juotte viiniä?

- 1 päivittäin
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 6 en koskaan

55. Kuinka usein tavallisesti juotte alkoholijuomia?

- 1 päivittäin
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 6 en koskaan

56. Kuinka usein juotte alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän (alkoholiannos käsittää pullon olutta tai vastaavaa, lasin viiniä tai ravintola-annoksen väkevää alkoholi-juomaa)?

- 1 en koskaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 kerran viikossa
- 5 päivittäin tai lähes päivittäin

57. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä vähentämään alkoholin käyttöä?

- | | | |
|----------------------------|-------|--------|
| | kyllä | ei |
| lääkäri..... | 1 |2 |
| joku muu | | |
| terveydenhoitohenkilö..... | 1 |2 |
| perheen jäsen..... | 1 |2 |
| joku muu..... | 1 |2 |

PITUUS JA PAINO

58. Kuinka pitkä olet (oma arvio)?

_____ cm

59. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa punnittuna (itse mitus)?

_____ kg

60. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana yrittänyt vakaasti laihduttaa?

- 1 en
- 2 kyllä

61. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä laihduttamaan?

- | | | |
|----------------------------|-------|--------|
| | kyllä | ei |
| lääkäri..... | 1 |2 |
| joku muu | | |
| terveydenhoitohenkilö..... | 1 |2 |
| perheenjäsen..... | 1 |2 |
| joku muu..... | 1 |2 |

LIIKUNTA

62. Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräilette työmatkoillanne? Huom. tarkoittaa meno- ja tulo- matkaan yhteensä käytettyä aikaa.

- 1 en ole työssä tai työ on kotona
- 2 kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
- 3 alle 15 minuuttia päivässä
- 4 15 -30 minuuttia päivässä
- 5 30 -60 minuuttia päivässä
- 6 yli tunnin päivässä

63. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyttte ja hikoilette?

- 1 päivittäin
- 2 4 -6 kertaa viikossa
- 3 3 kertaa viikossa
- 4 2 kertaa viikossa
- 5 kerran viikossa
- 6 2-3 kertaa kuukaudessa
- 7 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 8 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

64. Miten rasittavaa työnne on ruumiillisesti? Valitkaa tilanteeseenne parhaiten sopiva vaihtoehto. Jos ette tee työtä, merkitkää 1.

- 1 työni on pääasiassa istumatyötä enkä kävele paljoakaan
- 2 kävelen työssäni melko paljon, mutta en joudu nostelemaan tai kantamaan raskaita esineitä
- 3 joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan paljon tai nousemaan portaita tai ylämäkeä
- 4 työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudun nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapioimaan tai hakkaamaan jne.

65. Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? Jos rasitus vaihtelee paljon eri vuodenaikoina, merkitkää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

- 1 vapaa-aikanani luen, katselen televisiota ja suoritan askareita, joissa en paljoakaan liiku ja jotka eivät rasita minua ruumiillisesti
- 2 vapaa-aikanani kävelen, pyöräilen tai liikun muulla tavalla vähintään 4 tuntia viikossa
- 3 harrastan vapaa aikanani varsinaista kuntoliikuntaa keskimäärin vähintään 3 tuntia viikossa
- 4 harjoittelen vapaa-aikanani kilpailumielessä säännöllisesti useita kertoja viikossa

66. Millainen on mielestänne nykyinen ruumiillinen kuntonne?

- 1 erittäin hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 tyydyttävä
- 4 melko huono
- 5 erittäin huono

67. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä lisäämään liikuntaa?

- | | kyllä | ei |
|-----------------------------|--------|----|
| lääkäri | 1..... | 2 |
| joku muu | | |
| terveydenhoitohenkilö | 1..... | 2 |
| perheen jäsen..... | 1..... | 2 |
| joku muu | 1..... | 2 |

TOTTUMUSTEN MUUTTAMINEN

68. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana muuttanut tottumuksianne terveydellisten näkökohtien perusteella?

kyllä

- vähentänyt rasvan määrää..... 1
- muuttanut rasvan laatua..... 1
- lisännyt kasvisten käyttöä..... 1
- vähentänyt sokerin käyttöä..... 1
- vähentänyt suolan käyttöä..... 1
- laihduuttanut..... 1
- lisännyt liikuntaa 1
- vähentänyt alkoholin käyttöä..... 1

TERVEYDEN EDISTÄMISTYÖHÖN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ

69. Jotkin elintarvikkeet voivat saada Sydänmerkin. Tunnetteko Sydänmerkin?

- 1 kyllä
- 2 en

70. Oletteko käyttänyt Sydänmerkituotteita viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana?

- 1 kyllä
- 2 en

Suostumusasiakirja



HUS/PPP2012

**SUOSTUMUS LÄÄKETIETEELLISEEN
KLIINISEEN TUTKIMUKSEEN****Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella**

Minua on pyydetty osallistumaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suorittamaan tutkimukseen, jossa tutkitaan PPP-painonhallintaryhmien vaikuttavuutta valtimotautien riskitekijöihin.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Terveydenhoitaja on antanut minulle riittävän tiedon tutkimuksesta suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi _____,
____/____/20____.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Annan luvan itseäni koskevien, tutkimuksen kannalta tarpeellisten tietojen keräämiseen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ylläpitämään tutkimusrekisteriin. Tietoja voidaan tutkimuksen sitä edellyttäessä pyytää niistä terveydenhoitopaikoista, joissa on potilastietojani. Tätä tarkoitusta varten lääkäri saa kirjata henkilötunnukseni sekä käyttää sitä tietojen saamiseksi.

Annan luvan siihen, että minulta otetaan verikoe 3 ja 12 kk:n seurannan jälkeen. Verikokeesta tutkitaan veren lipidit, verensokeri sekä tulehdustekijä herkkä CRP. Suostun siihen, että yksi verinäyte pakastetaan, jotta myöhemmin voidaan tutkia tarkemmin tulehdustekijöitä, interleukiineja tai tuumorifaktoritekijöitä, joilla saattaa olla yhteys sydän- ja verisuonitautien kehittymiseen.

Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisena. Tutkimuksessa kerätyt tiedot koodataan siten, ettei henkilöllisyyden selvittäminen ole myöhemmin mahdollista ilman purkukoodia. Purkukoodi säilytetään suljettuna terveydenhoitajan arkistossa.

Tässä tutkimuksessa kerättäviä tietoja voidaan käsitellä muualla kuin tiedot keränneen terveydenhoitajan tiloissa ja laitteissa. Tällöin tiedot ovat koodatussa muodossaan.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta jatkohoitooni. Olen tietoinen siitä, että minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

potilaan allekirjoitus

päiväys

nimenselvennys

potilaan syntymäaika

potilaan osoite

Suostumus vastaanotettu

terveydenhoitajan allekirjoitus

päiväys

nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkimushenkilön suostumus sekä kopio tutkimushenkilötiedotteesta jäävät terveydenhoitajan arkistoon. Tiedote tutkimuksesta ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkimushenkilölle.

Tiedote painonhallintaryhmille



HUS/PPP 2012



TIEDOTE TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEESTA

Arvoisa vastaanottaja,

Kutsumme Teidät osallistumaan tutkimukseen, joka mittaa Pieni Päätös Päivässä eli PPP-painonhallintaryhmän vaikuttavuutta elämäntapamuutoksiin.

Kaikki tutkimuksessa koottu tieto pidetään salassa, ja siihen on pääsy ainoastaan tutkimusryhmän tutkijoilla. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti. Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä ilmoittamatta.

Annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta puhelimitse tai sähköpostin välityksellä. Tutkimuksen yhteyshenkilöiden yhteystiedot löydätte seuraavalta sivulta.

Tutkimuksen nimi

Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella.

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Tutkimuksesta vastaa professori Johan Eriksson.

Tutkimusryhmään kuuluu HUS:n perusterveydenhuollon yksiköstä ETM Laura Suojanen, FT Heli Bäckmand ja LL Sinikka Bots, HUS:n Lihavuustutkimusyksiköstä dosentti Kirsi Pietiläinen ja HUS:n medisiinisestä tulosyksiköstä professori Markku Nieminen.

Tutkimuksen tausta

Lihavuus on ajankohtainen, merkittävä kansanterveysongelma. Se lisää merkittävästi sairastumisriskiä useisiin liitännäissairauksiin. Tällä hetkellä yli 2 miljoonaa työikäistä on vähintään lievästi liikapainoisia (painoindeksi ≥ 25 kg/m²), ja lihavia (painoindeksi ≥ 30 kg/m²) on noin 650 000, joista noin 180 000 on HUS-piirissä. Elämäntapamuutosten vaikuttavuusnäyttö puuttuu perusterveydenhuollosta. Tutkimusnäyttö elämäntapojen yhteydestä kansansairauksiin ja niiden riskitekijöihin on ilmeinen.

Tutkimuksen tarkoitus ja sisältö

Tutkimuksessa selvitetään, miten suuria vaikutuksia elämäntapoihin kohdistuvalla painonhallintainterventiolla voidaan saavuttaa valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla aikuisilla perusterveydenhuollossa toteutettavalla ryhmähoidolla. Tutkimus on n. 300 tutkittavan interventiotutkimus, johon sisältyy 12 kuukauden seuranta-aika sekä kustannusvaikuttavuusanalyysi.

Tutkimukseen osallistuvat ovat 18 – 70-vuotiaita HUS-alueen kuntien perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon asiakkaita. Henkilöt rekrytoidaan mukaan tutkimukseen tunnistamalla riskiryhmään kuuluvia terveystalvituksia käyttäviä henkilöitä eli opportunistisen kohdennetun seulonnan avulla.

HUS/PPP 2012

Painonhallintainterventio toteutetaan Suomen Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton yhdessä kehittämällä Pieni Päätös Päivässä (PPP) – painonhallintaohjelmalla.

Tutkimusaineiston käsittely ja säilytys

Tämän tutkimuksen aineiston muodostaa 18 – 70 –vuotiaat ylipainoiset (BMI > 28 kg/m²) perusterveydenhuollon asiakkaat HUS-alueen kuntien terveysasemilla. Interventiotutkimukseen sisältyy kyselyt, mittaukset ja laboratoriokokeet ryhmän alussa ja lopussa sekä 3 ja 12 kuukauden seuranta.

Tutkimuksen tuloksia raportoidaan tutkimusyhteistyöhön osallistuneiden tahojen kanssa yhteistyössä. Tulokset viestitään tieteellisissä julkaisusarjoissa, kotimaisissa ammattijulkaisuissa sekä kansalaisille tiedotusvälineiden kautta. Tutkimuksen tuloksien perusteella hyväksi havaittuja ryhmätoimintamalleja voidaan hyödyntää muilla HUS-alueen kuntien terveysasemilla.

Aineisto tallennetaan erilliseen HUS:ssa säilytettävään tutkimustietokantaan, johon pääsy on ainoastaan tutkimusryhmällä. Tieteellisen tutkimuksen tietoja ei tulla säilyttämään samassa paikassa kuin terveydenhuollon toimintayksikön potilasasiakirjoja.

Tutkimustuloksien ilmoittaminen tutkittaville

Tutkittavat saavat henkilökohtaisen palautteen omista tutkimustuloksistaan. Osa palautteesta annetaan jo tutkimuskäynnin aikana. Laboratorionäytteistä tehtyjen määritysten tulokset lähetetään henkilökohtaisesti kirjeitse kahden kuukauden kuluessa tutkimuksesta.

Tutkimuksen yhteyshenkilöt

Laura Suojanen, ETM
Heli Bäckmand, FT

Peruskyselylomakkeesta tulkitut kysymykset

Valitut kysymykset lomakkeelta HUS/PPP2012	n
Sukupuoli	91
Pituus	92
Paino	90
Siviilisääty	90
Koulutus	90
Työtilanne	91
Asema työyhteisössä	91
Lääkärin vastaanottokerrat viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana	88
Hoitajan vastaanottokerrat viimeisen kuluneen vuoden (12kk) aikana	91
Koettu terveys	89
Viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana seuraavia lääkärin toteamia/hoitamia sairauksia:	91
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	
kohonnut veren kolesteroli	
diabetes (sokeritauti)	
sydänveritulppa, sydäninfarkti	
sepelvaltimotauti, angina pectoris	
syöpä	
nivelreuma	
selän kulumavika, muu selkäsairaus	
pitkäaikainen keuhkoputken tulehdus, keuhkolaajentuma	
masennus (depressio)	
muu mielenterveysongelma	
astma	
heinänuha tai muu allerginen nuha	
ruoka-aineallergia	
vatsasairaus (mahakatarri, gastriitti, mahahaava)	
Onko lääkäri joskus todennut Teillä diabeteksen (sokeritaudin) tai diabeteksen esias-teen?	92
Onko diabetesriskiänne arvioitu viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana diabeteksen riskitestillä?	84
Onko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana lääkäri kehottanut Teitä muuttamaan ruokatottumuksianne terveyssyistä?	76
Onko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana joku muu terveydenhoitohenkilö kehot- tanut Teitä muuttamaan ruokatottumuksianne terveyssyistä?	84
Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana yrittänyt vakaasti laihtuttaa?	92
Onko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana lääkäri kehottanut Teitä laihtutta- maan?	86
Onko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana muu terveydenhoitohenkilö kehottanut Teitä laihtuttamaan?	84
Onko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana lääkäri kehottanut Teitä lisäämään liikuntaa?	83
Onko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana muu terveydenhoitohenkilö kehottanut Teitä lisäämään liikuntaa?	82
Tottumusten muuttaminen terveyssyistä viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana	92
vähentänyt rasvan määrää	
muuttanut rasvan laatua	
lisännyt kasvisten käyttöä	
vähentänyt sokerin käyttöä	
vähentänyt suolan käyttöä	
laihuttanut	
lisännyt liikuntaa	

Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusanat, asiasanat	Muut hakuehdot	Tuloksia	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	painonhallin*		58	18	10	4
	painonhallin* AND ryhm*		5	4	2	1
	lihavuu* AND ohja*		55	8	4	2
	lihavuu* AND interven*		15	4	2	1
	lihavuu* AND ehkäis*		31	5	0	0
Leo	lihavuu*		52	3	0	0
Arto	painonhallin?		149	32	4	1
Cinahl	weight AND counseling AND group	Human	228	18	10	3
	obesity AND Finn*	human, adult	101	10	2	0
Science-Direct	weight AND group counseling	Nursing and Health Professions - alueelta, exclude toiminnolla rajattu monia aihealueita pois	166	21	11	4
PubMed	weight gain AND group AND counseling NOT pregna* NOT child NOT diabetes NOT cancer	Humans	72	7	3	3
Academic Search Elite	counseling AND weight AND group NOT pregna* NOT smok* NOT diabetes NOT cancer NOT adolescen* NOT child		220	24	9	3
Ovid Nursing Database	weight gain OR weight loss AND counseling AND group NOT pregn* NOT diabetes NOT internet NOT teleph* NOT smok*	all adult (19 plus years)	11	0	0	0