



LAUREA  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku

Kyselytutkimus Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu-  
ja opiskeluterveydenhuollossa

Huhta, Emilia  
Litmanen, Henna

2014 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku  
Kyselytutkimus Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja  
opiskeluterveydenhuollossa

Huhta, Emilia  
Litmanen, Henna  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu, 2014

Huhta Emilia ja Litmanen Henna

**Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku  
Kyselytutkimus Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa**

Vuosi 2014 Sivumäärä 70

---

Tämä opinnäytetyö on toteutettu Laurea-ammattikorkeakoulu Lohjan yksikössä, yhteistyökumppanina oli Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Opinnäytetyö kuuluu osaksi Pumpu-hanketta, jonka tavoitteena on muun muassa Vihdin ja Karkkilan alueen hyvinvointipalveluiden kehittäminen. Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli kuvata ylipainoisen lapsen ja nuoren kulkua hoitopolullaan Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, terveydenhoitajien kokemana. Tavoitteena opinnäytetyölle oli löytää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun kehittämiskohteita, jotta hoitopolkua voidaan kehittää Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa.

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli koulu- ja opiskeluterveydenhuollon työntekijät, koulujen terveydenhoitajat. Teoreettinen viitekehys muodostui lasten ja nuorten ylipainon määrittämisestä ja hoidosta, sekä aiheeseen liittyvistä kansallisista ja kansainvälisistä tutkimuksista. Tutkimusosiossa käytettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, joka mahdollisti niin avointen kuin monivalintakysymysten käytön kyselytutkimuksessa. Kyselytutkimus toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella, josta saatujen vastausten avulla ratkaistiin tutkimusongelmia.

Kyselytutkimukseen vastasivat kaikki Peruskuntaturvayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat (n = 11). Tulokset osoittivat, että Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidossa oli kehitettävää. Kyselytutkimuksen perusteella tietoa ja välineitä ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidolle oli, mutta yhtenäiset linjaukset ja ohjeet puuttuivat. Yhteistyö eri toimijoiden välillä oli puutteellista, niin yksiköiden sisällä kuin niiden välillä. Lisäksi tulosten perusteella ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidon avainasemassa olevaa perheen osallistumista tulisi vahvistaa jatkuvasti.

Tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi nousi ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidon kehittäminen yhtenäisemmäksi. Opinnäytetyön tuotoksena luotiin ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkumalli, esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käyttöön. Hoitopolkumalli kuvaa yksilön kulkua terveydenhuollon palveluissa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, terapioiden ja ryhmässä sekä erikoissairaanhoidossa.

Tulevaisuudessa tutkimuskohteita voisivat olla ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkumallin juurruttaminen, sekä sen toimivuuden arviointi Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Lisäksi voitaisiin tarkastella ylipainoisen lapsen ja nuoren kokemuksia ylipainon hoidosta.

Asiasanat: hoitoketjut, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, kyselytutkimus, terveystyö, ylipaino.

Huhta Emilia and Litmanen Henna

**Pathway of care for the obese children and youths in Karviainen Joint Municipal Authority for Health Care and Social Services' school health care**

Year	2014	Pages	70
------	------	-------	----

---

This thesis has been carried out in Laurea University of Applied Sciences Lohja in co-operation with Karviainen Joint Municipal Authority for Health Care and Social Services' (hence, JMA Karviainen) school health care. This thesis is part of a Pumpu project the aim of which is to develop welfare services in Vihti and Karkkila regions. The objective of this thesis is to describe overweight children's or youths pathway of care in Karviainen school health care. This thesis aims to find targets for development for the pathway of care for the overweight children and youth, so that the care pathway can be developed in JMA Karviainen school health care.

The target group of this thesis was the employees of the school health care, in other words, the school nurses. The theoretical framework consisted of the definition of overweight for children and youths and care, and related national and international studies.

The study is based on quantitative and qualitative research methods, which enabled the use of open and multiple choice questions in the survey. The survey was carried out in a form of an electronic questionnaire and its replies were used to solve research problems.

All of the JMA Karviainen school health care's school nurses replied to the survey (n = 11). The results of the study indicated that the care of the overweight children and the young should be developed in JMA Karviainen school health care. According to the survey there is the knowledge and the tools to treat the overweight children and the young, but there is lack of common guidelines and instructions. Co-operation and communication between the participants is lacking inside health care units as well as between them. Also the results show that the participation of families should be improved for it plays a key role in the care of children's and the young's overweight.

The most important target of development proved to be the standardization of the care of the overweight children and the young. As an output of this thesis a care pathway-model for overweight children and youth health care was created. The model is intended to be used for example in school health care. The care pathway-model describes an individual's path in health services, in school health care, therapies and groups as well as in special health care.

As for future topics of study, it would be profitable to disseminate the pathway of care for the overweight children and the young in a work community and to evaluate its usage in JMA Karviainen school health care. In addition it would be useful to inspect children's and the young's experiences of the treatment of obesity.

Keywords: Pathway of care, school health care, survey, health services, overweight.

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
2.1	Lapset ja nuoret.....	7
2.2	Ylipaino ja lihavuus.....	7
2.3	Hoitopolku ja sen synonyymit.....	8
2.4	Hoitopolun malli.....	11
2.5	Lapsen lihavuuden hoito.....	12
2.5.1	Terveystoimittajan rooli lihavuuden hoidossa.....	12
2.5.2	Perheen rooli lapsen tai nuoren lihavuuden hoidossa.....	13
2.5.3	Painonhallintaryhmä lihavuuden hoitokeinona.....	14
2.5.4	Ravitsemuskasvatus lapsilla ja nuorilla.....	15
2.6	Aiheeseen liittyviä tutkimuksia.....	16
2.6.1	Kansalliset tutkimukset.....	16
2.6.2	Kansainväliset tutkimukset.....	18
3	Opinnäytetyön muoto ja tutkimuskysymykset.....	19
4	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	20
4.1	Opinnäytetyön toteuttamisympäristö.....	22
4.2	Kyselytutkimus.....	23
4.2.1	Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen.....	24
4.2.2	Kysymysten kohdentaminen tutkimuskysymykseen.....	25
4.2.3	Kyselylomakkeen esitelmä.....	28
4.2.4	Kyselyyn vastaaminen.....	29
4.2.5	Tulosten analysointi.....	29
4.3	Reliabiliteetti ja validiteetti.....	31
4.4	Prosessin arviointi.....	33
5	Tulokset.....	34
5.1	Kohderyhmän kuvaus.....	34
5.2	Ylipainoisen lapsen ja nuoren ohjaaminen.....	35
5.3	Ylipainoisen lapsen ja nuoren palvelut painonhallintaan.....	39
5.4	Hoitopolku.....	40
6	Johtopäätökset.....	43
6.1	Tulosten tarkastelu.....	43
6.2	Kehittämissuositukset.....	48
	Lähteet.....	51
	Kuviot.....	55
	Liitteet.....	56

## 1 Johdanto

Kautiainen (2011) esittää lihavuuden lisääntymisen olevan kaikkialla maailmassa suuri kansanterveydellinen ongelma. Lihomista on lisännyt elinympäristömme muuttuminen sellaiseksi, että se edesauttaa lihomista. Muutosta on tapahtunut liikunta- ja ruokailutottumuksissa. Arki- ja työliikunta ovat vähentyneet merkittävästi ja ruokien annos- ja pakkauskoot ovat suurentuneet. Myös ravitsemussuosittelujen mukaiset ruokailutottumukset ovat vähentyneet. (Lihavuus lapset 2013.) Lasten ja nuorten lihavuutta voidaan arvioida pituuspainon tai kehon painoindeksin avulla (Komulainen & Tarnanen 2012). Esimerkiksi suomalaisten lasten ylipainon kriteerit täyttyvät kun alle 7-vuotiaalla lapsella pituuspaino poikkeaa 10-20 % samanpituisten lasten keskipainosta. Jatkuva nousu viittaa lihomiseen ja ylipainon rajan ylittäneillä ennakoit lihavuutta. (Lihavuus lapset 2013.) Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa vuonna 2006 ylipainoisia lapsia ja nuoria oli keskimäärin 10-24 % ikäryhmästä ja sukupuolesta riippuen (Lihavuus lapset 2013; Mustajoki 2013).

Hoitopolun avulla hoitoa on mahdollista organisoida paremmin ja luoda parempia hoitokäytäntöitä. Toimivalla hoitopolulla voidaan turvata hoidon jatkuvuus ja yhteistyö eri yhteistyökumppaneiden kanssa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 1999, 21.) Ylipainoisen lapsen ja nuoren yhtenäistä hoitopolkumallia ei ole saatavilla. Opinnäytetyön tulosten ja tutkitun tiedon perusteella koottiin malli ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolusta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata polkua, jossa tarkastellaan ylipainoisen lapsen ja nuoren kulkua hoitopolullaan Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Opinnäytetyössä tarkastellaan, mitä terveystalvueluita ylipainoinen lapsi ja nuori saa, sekä millaista ohjausta, ja mitä odotuksia ylipainoisella itsellään on terveystalvueluita kohtaan, terveydenhoitajien kokemana. Opinnäytetyön kohderyhmänä toimivat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon työntekijät, koulujen terveydenhoitajat. Tavoitteena opinnäytetyölle oli löytää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun kehittämiskohteita, jotta hoitopolkua voidaan kehittää Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa.

Opinnäytetyön aihe kuului osaksi Pumppu-hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää kansalaislähtöisiä monituottajamalleja hyvinvointipalveluissa ja sen tavoitteena on uudistaa hyvinvointipalveluita sekä tapaa, jolla niitä tuotetaan. Pumppu-hanke toteutetaan EAKR-rahoitteisena teemahankkeena. (Pumppu-hanke 2013.) Yhteistyökumppaneita tämän opinnäytetyön osalta olivat Laurea-ammattikorkeakoulu Lohja ja Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Perusturvakuntayhtymä Karviainen on Karkkilan kaupungin ja Vihdin kunnan muodostama perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kuntayhtymä Länsi-Uudellamaalla (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013). Pumppu-hankkeen tavoitteena on muun muassa Vihdin ja Karkkilan alueen hyvinvointipalveluiden kehittäminen (Pumppu-hanke 2013).

## 2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat erityisesti lapset ja nuoret, sekä heidän keskuudessaan vallitseva lihavuus tai ylipaino. Koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkua Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveydenhuollossa, myös hoitopolku käsitteenä oli keskeistä avata, jotta kyselylomake voitiin laatia.

### 2.1 Lapset ja nuoret

**Lapseksi** katsotaan ihminen, joka on ruumiillisesti alle murrosikäinen. Yhdistyneitten kansakuntien yleissopimus lasten oikeuksista (CRC, engl. Convention on the Rights of the Child) määrittelee lapsen alle 18-vuotiaaksi. (UNICEF 1989.)

Käsite **nuoret** on erittäin moniselitteinen. Lisäksi nuoret ja nuoruus ovat kulttuurisidonnaisia käsitteitä ja osassa kulttuureissa ei nuoruusikävaihetta edes tunneta. Alueellisesti riippuen nuoruus katsotaan jossain alkavan jo murrosiän alussa, kun toisaalla taas joskus vasta murrosiän päättyessä. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin konsensuslausuman (2010) mukaan nuoruusikä sijoittuu 13-vuotiaasta 22 ikävuoden välille. Murrosikäisiä kutsutaan usein myös nimikkeellä varhaisnuoret. Nuoruuden loppua on pyritty määrittelemään yhtenäiseksi, mutta vieläkin tietolähteistä riippuen se sijoittuu 21 - 29 ikävuosien välille. (Konsensuskokous 2010.)

### 2.2 Ylipaino ja lihavuus

**Lihavuudesta** puhutaan kun elimistön rasvakudoksen määrä on tavallista suurempi. Enemmistö kehon ylimääräisestä rasvasta kerääntyy ihon alle, mutta sitä kertyy myös sisäelinten ympärille vatsaonteloon. Ihmisen lihavuutta tarkastellaan usein painoindeksin avulla. Painoindeksi selvitetään pituuden ja painon avulla. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä, jolloin saadaan laskutoimitus  $\text{kg}/\text{m}^2$ . Painoindeksillä mitattuna ihmiset jaetaan neljään ryhmään normaalipainoisiksi, lievästi lihaviksi, merkittävästi ja vaikeasti lihaviksi, sekä sairaalloisen lihaviksi. Normaalipainoisuudesta puhutaan painoindeksin ollessa 18.5-25. Lievän lihavuuden painoindeksi on 25-30, merkittävän lihavuuden 30-35, vaikean lihavuuden 35-40, ja sairaalloisen lihavuuden indeksi on yli 40. Painoindeksiä ei sellaisenaan voida käyttää alle 18-vuotiailla. (Mustajoki 2013.)

Lihavuutta mitataan myös vyötärön ympäryksen avulla. Vyötärön ympäryksen mittaamisella saadaan tietoa keskivartalolihavuudesta, joka on riskitekijä monille lihavuuden liitännäissairauksille. Vyötärön ympäryys mitataan seisten ja vyötärö paikannetaan tunnustelemalla lonkkaluun korkein kohta ja alimmat kylkiluut. Oikea mittauskohta on kylkiluiden alapuolella ja lonkkaluun yläpuolella oleva pehmeä alue. Kun vyötärön ympäryys on miehillä yli 100cm ja nai-

silla yli 90 cm puhutaan vyötärö- eli keskivartalolihavuudesta. Vyötärölihavuuden varoitusrajoina voidaan pitää miehillä 90cm ja naisilla 80cm. Näiden mittojen ylityttyä riski vyötärölihavuuteen on kasvanut. (Mustajoki 2013.)

Suomessa normaalipainon ylittäviä miehiä on väestöstä kaksi kolmasosaa ja naisista vastaavasti yli puolet. Viidesosa suomalaisista aikuisista on vähintään merkittävästi **ylipainoisia** (BMI > 30) teini-ikäisillä vastaava luku on noin 15-20 %. Vuodesta 1980 vuoteen 2000 miesten lihavuus lisääntyi 70 prosenttia ja naisten 30 prosenttia. Samalla ajanjaksolla nuorten lihavuus on lisääntynyt 2-3 kertaiseksi. (Mustajoki 2013.) Lisäksi lasten ja nuorten keskuudessa lisääntynyt lihavuus on myös kasvanut vaikeusasteeltaan ja se on yleisempää kuin koskaan aikaisemmin. Lihavuuden lisääntyminen on kaikkialla maailmassa suuri kansanterveydellinen ongelma. (Kautiainen 2011). Ihmisten lihomiseen myötävaikuttaa elinympäristön muuttuminen painonnousua edistäväksi. Elinympäristön mahdollistamia muutoksia ovat ihmisten arkiliikunnan väheneminen, pakkaus- ja annoskokojen suureneminen ja ravitsemussuositusten laiminlyönti ruokailutottumuksissa. (Lihavuus lapset 2013.)

Lasten ja nuorten lihavuutta voidaan tarkastella pituuspainon tai kehon painoindeksin avulla (Tarnanen & Komulainen 2012). Suomalaisten lasten painoa on arvioitu ja tarkkailtu vuodesta 1986 lähtien pituuden mukaisen painon avulla, joka ilmaistaan prosenttisena poikkeamana samanpituisten lasten keskipainosta (Dunkel, Sankilampi & Saari 2010). Tähän tarkastelutapaan on päädytty, koska suurin osa samanikäisten painoeroista johtuu pituuden vaihtelusta. Valitussa painon tarkastelussa on kuitenkin vaikeasti ratkaistavia ongelmia. Lapsilla kehon koostumus ja rasvakudoksen määrä muuttuvat iän mukana pituudesta riippumatta hyvin paljon, erityisesti imeväisillä ja leikki-ikäisillä. Pituuspohjainen painon tarkastelu (pituuspaino) jättää tämän ilmiön huomioimatta. (Fomon, Hasche, Ziegler & Nelson 1982.)

Suomalaisten lasten ylipainon kriteerit täyttyvät kun alle 7-vuotiaalla lapsella pituuspaino poikkeaa 10-20 % samanpituisten lasten keskipainosta. Yli 7-vuotiaalla ylipainoisiksi luokitellaan 20-40 % poikkeama pituuspainossa. Lapsen painokäyrässä ilmenevät muutokset on keskeistä havaita ajoissa. Painokäyrän toistuva nousu enteilee lihomista ja ylipainoisilla voi johtaa lihavuuteen. Vuonna 2006 todettiin 5-vuotiaista pojista olevan ylipainoisia noin joka kymmenes ja lihavia 2,5 %. Tytöistä ylipainoisia tutkimuksen mukaan oli noin 18 % ja lihavia 2,5 %. Vastaavasti 12-vuotiaista pojista arvioitiin ylipainoisia olevan vuonna 2006 noin joka neljäs ja lihavia noin 5 % ja tytöistä noin 19 % ja 3 %. (Lihavuus lapset 2013.)

### 2.3 Hoitopolku ja sen synonyymit

**Hoitopolun** avulla pyritään saamaan tietoa hoidon organisoimiseksi ja parempien hoitokäytäntöiden kehittämiseksi tavoitteena laadukas palvelu. Hoitopolun hahmottaminen on tärkeää,



jotta potilaan hoidon jatkuvuus voitaisiin turvata yhteistyössä eri tahojen kanssa. (Holmia ym. 1999, 21.)

Kirjallisuudessa hoitopolun lähikäsitteitä ovat muun muassa hoitosuositus, hoito-ohjelma ja hoitoketju. Suomessa hoitopolusta käytetään usein eri nimityksiä, eikä vakiintunutta yhtenäistä käsitettä ole olemassa. **Hoitosuositukset** (engl. clinical practice guideline) ovat asiantuntijoiden laatimia, näyttöön perustuvia tieteellisiä suosituksia sairauden tai oireen hoidosta. Hoitosuosituksia käytetään hoitopäätösten tukena, mutta se ei ota kantaa hoidon järjestämistä koskeviin asioihin, esimerkiksi työnjakoon tai hoidon porrastukseen. Toisaalta **valtakunnallisessa hoito-ohjelmassa** (engl. national programme, national service framework) otetaan kantaa hoidon porrastukseen. Hoito-ohjelma määritellään perustuvan joko näyttöön, hoitosuosituksiin tai asiantuntijoiden mielipiteisiin. (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine & Lappalainen 2003, 7.)

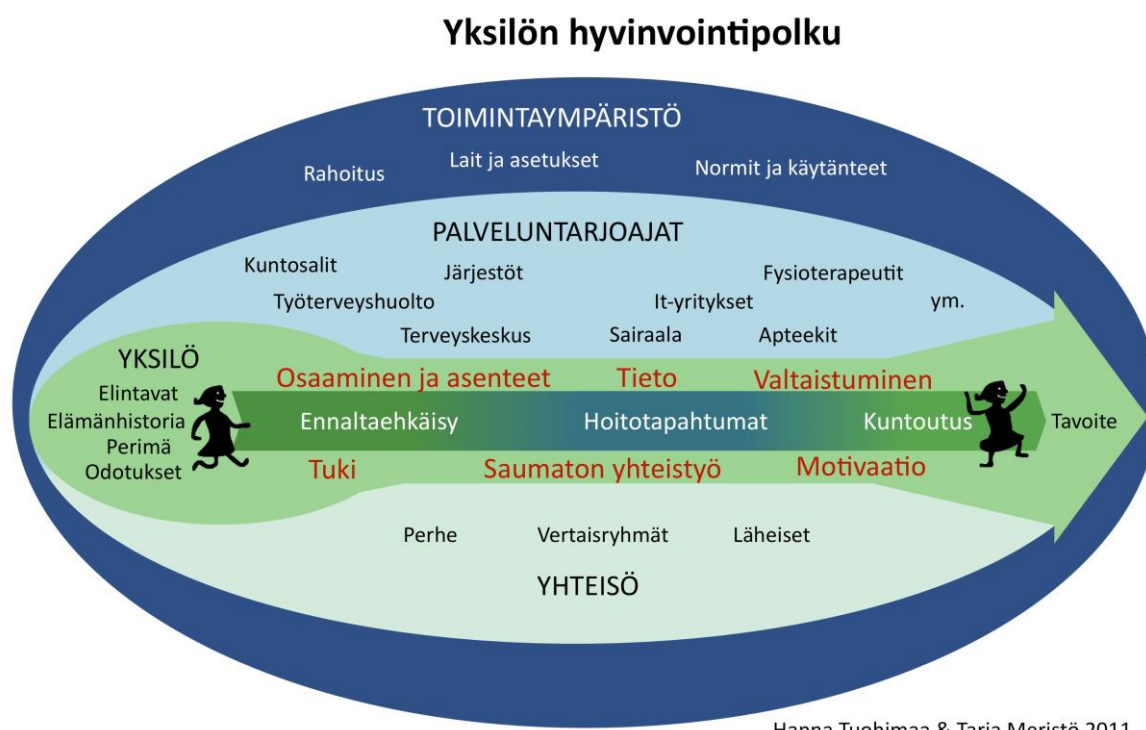
**Alueellinen hoitoketju** (engl. integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway, seamless care) ja **alueellinen hoito-ohjelma** (engl. local implementation programme, care programme, local practice guidelines) tarkoittavat Mäntyrannan ym. (2003,7) mukaan jonkin sairauden hoitoa ja työnjakoa tietyllä alueella, esimerkiksi sairaanhoitopiirissä. Alueellisen hoito-ohjelman ja ohjeiden laatimisessa on keskeistä paikallisten olojen tunteminen ja vaatimusten tunnistaminen kyseisellä alueella. Alueellisissa ohjeissa tehdään selväksi työnjako sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Termejä hoitoketju ja alueellinen hoito-ohjelma rinnastetaan usein toisiinsa ja käytetään toistensa lähikäsitteinä. Hoitoketjun lähikäsitteenä voidaan puhua lisäksi **palveluketjusta** (engl. integrated care pathway, pathway of care, clinical pathway, seamless care). Palveluketju on käsitteenä laajalaisempi. Tavallisesti sillä tarkoitetaan kuvausta siitä, miten tietynlaiselle, usein monia palveluita käyttävälle asiakkaalle järjestetään hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito, sekä millainen työnjako tällaisessa järjestelyssä on. Esimerkiksi potilaalla voi olla samaan aikaan useita sairauksia ja ongelmia, ja palveluketjun avulla pyritään kuvaamaan ja kehittämään potilaiden sujuvia ja aukottomia palveluja. Hoitosuosituksiin pohjautuvat hoitoketjut voivat olla osa palveluketjua ja palveluketjun sisällä kuvata tietyn taudin hoidon työnjakoa. (Mäntyranta ym. 2003, 7-8.)

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomasta palveluketjun kokeilusta määritellään seuraavasti: ”Tässä laissa tarkoitetaan saumattomalla palveluketjulla toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja”. **Saumattomalla palveluketjulla** tarkoitetaan myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kokonaispalvelu-

prosessia, joka ei ole organisaatiokeskeinen vaan asiakaslähtöinen. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 22.9.2000/811.)

Hoitosuosituksista hoitoketjuksi -oppaan (2006, 3 - 10) mukaan **hoitoketjulla** tarkoitetaan alueellisesti hyväksyttyä toimintaohjetta johonkin sairauteen liittyvän potilaan hoitamiseksi. Potilasryhmän hoidon tulee olla keskeistä terveydenhuoltoyksikön toiminnassa, jotta sen hoitoketju kuvataan. Hoitoketjuissa kuvataan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä tarvittaessa mm. sosiaalitoimen ja muiden toimijoiden tehtävät ja työnjako. Hoitoketjutyö on siis moniammatillista. Sen tarkoitus on turvata hoidon saatavuus, laatu ja osapuolten työrauha, minkä vuoksi hoitoketjun omistajuus määritellään yhteiseksi.

Tuohimaa, Rajalahti & Meristö (2012, 19) määrittelevät **hyvinvointipolun** kokonaisuudeksi, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas käyttää terveystensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi, hoitamiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitsemiaan hyvinvointipalveluita. Kun palvelut yhdistyvät saumattomasti ja tukea ja tietoa on tarjolla hyvinvointipolun kaikissa vaiheissa, silloin yksilöt motivoituvat huolehtimaan terveydestään ja valtaistuvat omalla hyvinvointipolullaan. Tämä edellyttää toimijoiden osaamisen päivytystä ja kansalaislähtöistä asennoitumista (Kuva 1).



Kuva 1: Yksilön hyvinvointipolku Pumppu-hankkeen viitekehyksenä

Laurea-ammattikorkeakoulu Lohjan osahankkeen tavoitteena on luoda kansalaislähtöisyyteen perustuva saumaton hyvinvointipolun malli vastaamaan tulevaisuuden tarpeita. Saumattomalla hyvinvointipolulla tarkoitetaan palveluiden kysynnän ja tarjonnan kohtaamista suunnitelmalla ne vastaamaan tietyn sairauden tai elämäntilanteen muutoksen kohtaaman ihmisen tarpeita. Pumpu-hankkeen Laurea-ammattikorkeakoulu Lohjan osahankkeessa keskiössä on sairauksien ennaltaehkäisy. Hankkeessa voimavarat suunnataan ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan työn hoitopolun kehittämiseen, sairausvaiheen sijasta. Huomiota halutaan kiinnittää hoitopolun vaiheisiin, joissa kansalaisen oma vastuu hyvinvoinnistaan korostuvat. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2013.)

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin hoitopolku -käsitteen käyttöön, sillä työn tarkoituksena oli kehittää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkua Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käyttöön. Hoitopolku-mallin avulla voidaan kuvata myös potilaan kulkua eri toimijoiden välillä, tässä opinnäytetyössä terveydenhoitajan näkökulmasta. Hoitopolku -käsitettä käyttämällä voidaan huomioida myös perheen merkitys ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidossa osana moniammatillista työryhmää. Paikallinen toimintaohje määrittää työnjakoa tietyssä organisaatiossa, tässä tapauksessa Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa. Hoitopolku on tässä opinnäytetyössä käyttökelpoisin käsite, sillä sen tiiviys mahdollistaa selkeiden hoidon linjausten laatimisen terveydenhuoltoon.

## 2.4 Hoitopolun malli

Lasten lihavuudesta on luotu Käypä hoito -suositus, joka toimii ohjeena ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidossa (Lihavuus lapset 2013). Ylipainoisen lapsen ja nuoren yhtenäistä hoitopolkumallia ei ole saatavilla. Venäläinen (2010) on julkaissut yhteistyössä Kainuun maakunta- kuntayhtymän kanssa julkaisun, jossa on kuvattu alueella käytössä olevaa hoitopolkua. Opinnäytetyössä on hyödynnetty Venäläisen (2010) julkaisua ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun rakentamisessa (Liite 1).

Hoitopolkuprosessi alkaa, kun lapsi tai nuori tulee joko neuvolaan tai kouluterveydenhoitajan vastaanotolle terveystarkastukseen, jossa ylipaino todetaan. Mikäli Käypä hoito -suosituksen (2013) mukaan lapsella tai nuorella todetaan ylipaino, hänet ohjataan fysioterapiaan ja ravitsemussuunnittelijalle, jos heidän perheillään on riittävästi motivaatiota ja voimavaroja lihavuuden hoitoon. Perheet, jotka haluavat sitoutua lapsen tai nuoren lihavuuden hoitoon ilman fysioterapeutin ja ravitsemussuunnittelijan vastaanottoa, saavat terveydenhoitajalta ohjausta. Erikoissairaanhoidon tehdään lähete, mikäli on syytä epäillä lapsella tai nuorella muun kuin elämäntapojen aiheuttavan lihavuutta. Fysioterapian ja ravitsemussuunnittelijan käyntien jälkeen lapsi tai nuori saa vielä jatko-ohjausta ja häntä seurataan terveydenhoitajan vas-

taanottokäynneillä. Seurantakäyntien päätteeksi terveydenhoitaja tekee loppuarvioinnin. Tavoitteena on, että lapsen paino on hallinnassa sekä kasvu ja kehitys normaalia prosessin päättyessä. (Venäläinen 2010.)

## 2.5 Lapsen lihavuuden hoito

Lasten ja nuorten lihavuutta hoidetaan erilaisin hoitomenetelmin. Näistä yleisin on terveydenhoitajan kanssa käytävät vuosittaiset kontrollitarkastukset, jossa lapsi tai nuori saa ohjasta muun muassa ravintotottumuksiin (Lihavuus lapset 2013). Tarvittaessa terveydenhuollon työntekijä lähettää lapsen tai nuoren lääkärin vastaanotolle, joka tekee keskeiset tutkimukset ja selvittää, täyttyvätkö kriteerit lähettää lapsi tai nuori erikoissairaanhoidon (Suopajarvi 2011). On kuitenkin huomioitava, että perheen positiivinen osallistuminen lapsen tai nuoren lihavuuden hoitoon on olennainen tekijä lapsen hyvinvoinnin edistämässä (Lihavuus lapset 2013).

### 2.5.1 Terveydenhoitajan rooli lihavuuden hoidossa

Terveydenhuollon työntekijä ottaa painon ja sen seurannan puheeksi, kun kasvun seurannassa havaitaan ylipainoon viittaavia riskitekijä tai kun lapsen todetaan olevan ylipainoinen tai lihava. Liikapainon hoitaminen on kannattavaa aloittaa jo, kun lapsen ylipaino todetaan. Jo kehittyneen lihavuuden hoitaminen ei ole todennäköisesti yhtä tuloksellista. Nuori on lihava, jos hänen suhteellinen painonsa on yli 20 % suurempi kuin pituutta vastaava keskipaino. Lievästi lihavan nuoren suhteellinen paino vaihtelee 20:n ja 39 %:n välillä, merkittävästi lihavan 40:n ja 60 %:n välillä. Vaikeasti lihava nuori on silloin, kun suhteellinen paino ylittää 60 %. (Lihavuus lapset 2013.) Yksilön painonhallintaohjaus tapahtuu terveydenhoitajan ja nuoren välisessä terveystapaamisessa. Kouluterveydenhuolto 2002 -oppaan suosituksen mukaan painonhallinta on ajankohtaista, kun oppilas on merkittävästi lihava, suhteellinen paino yli 40 %. Painonhallinnan oleellisuus korostuu myös, jos lapsen tai nuoren suhteellinen paino on vuoden aikana noussut yli 10 %, tai lapsi tai nuori itse tai hänen vanhempansa kärsivät lihavuuteen liittyvästä taudista. Painonhallinnassa tärkeitä asioita ovat oikea-aikaisuus, perhekeskeisyys, yksilöllisyys, elintapojen muutokset, pitkäkestoisuus ja terveydenhuollon eri asiantuntijoiden erityisosaamisen yhdistäminen. (Ihanainen, Kalavainen, Korhonen & Nuutinen 2009, 9; Stakes 2002, 67; Lihavuus lapset 2013.) Perusterveydenhuollossa toteutetaan tavallisesti ylipainon ennaltaehkäisy ja hoito. Kuitenkin vaikean lihavuuden hoidossa voidaan konsultoida erikoissairaanhoidon yksikköä. (Suopajarvi 2011; Ihanainen ym. 2009, 9).

Terveydenhoitaja seuraa lasten ja nuorten kehitystä ja lihavuuden ehkäisy, seuloa ja hoito kuuluvat perusterveydenhuoltoon (Lihavuus lapset 2013). Terveydenhoitajan tehtävänä on antaa elintapaohjausta, arvioida hoidon tarvetta sekä seuloa asiakkaan hoitomotiivatiota li-

havuuden hoitoon. Terveystieteiden tehtäviin kuuluu muun muassa asiakkaan painon seurannat. Tarvittaessa hän lähettää lapsen tai nuoren lääkärin vastaanotolle, joka tekee keskeiset tutkimukset ja selvittää, täyttyvätkö kriteerit lähettää lapsi tai nuori erikoissairaanhoidon. (Suopajarvi 2011.) Oppilaan terveystapaamisissa ja terveystarkastuksissa tärkein terveydenhoitajan työväline on terveystalkot (Stakes 2002,39). Terveystalkot sisältää terveyden ja sairauden hoitoa, terveystarkastusta, keskustelua ja ohjausta. Terveystalkot tulee olla asiakaslähtöistä, vuorovaikutteista ja huomioida oppilaan tarpeet. Rauhallinen keskustelu on ensiarvoisen tärkeässä asemassa lapsen ja nuoren ylipainon hoidossa. (Peltonen 2002, 39.)

Terveystieteilijät voivat keskeisesti vaikuttaa perheiden terveyttä edistäviin toimintatapoihin. Oppilaan hyvinvointia edistää hyvä yhteistyö kouluterveydenhuollon ja oppilaan vanhempien kesken. (Stakes 2002, 22-23.) Lihavuus ja sen hoito otetaan puheeksi, kun lapsella havaitaan ylipainoa, lihavuutta tai nopeaa painonnousua. Paino otetaan puheeksi myös silloin, kun ylipainosta tai lihavuudesta on lapselle selvää haittaa tai, kun ylipaino on nousussa ja lapsella on jo havaittu alttius lihavuuden aiheuttamille liitännäissairauksille. (Ihanainen ym. 2009, 6.)

### 2.5.2 Perheen rooli lapsen tai nuoren lihavuuden hoidossa

Painonhallinnassa on kyse elintapojen pysyvästä muuttamisesta, ei niinkään normaalipainon saavuttamisesta. Painonhallinnan tavoitteena ovat terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset, lapsen itsetunnon vahvistaminen ja lapsen kehonkuvan parantuminen. Perheellä on keskeinen merkitys lapsen painonhallinnassa ja lihavuuden hoidossa. Tavoitteiden saavuttamisen kannalta perheen osallistuminen on keskeistä. Ylipainoisia lapsia hoidetaan aina yksilöllisesti. Perheen kanssa etsitään yhdessä oikea hoitomuoto, joka on ensisijaisesti oman terveydenhoitajan toteuttamaa yksilö- tai ryhmäohjausta painonhallinnan perheryhmässä. Tarvittaessa perhe ohjataan muihin terveydenhuollon palveluihin kuten ravitsemusterapeutille. (Stakes 2002, 67-68; Lihavuus lapset 2013.)

Terveystieteilijöiden roolissa on keskeistä punnita perheen mahdollisuuksia tukea nuoren terveyttä ja elämänhallintaa ja antaa perheelle tukea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lähtökohtaisesti perheen vahvuudet tulisi tunnistaa ajoissa, sillä niitä hyödyntämällä on päämäärään helpompi suunnata. (Suopajarvi 2011.) Terveystieteilijän on käytettävä tukevaa ja valmentavaa otetta lihavuuden hoidossa, eikä kritisoida lasta tai vanhempia. Hoidon tavoitteet asetetaan yhdessä perheen kanssa, huomioiden perheen tilanne ja toiveet. (Lihavuus lapset 2013.)

Lihavuuden on tutkittu olevan osittain perinnöllistä, ja 80 %:lla vaikeasti lihavista lapsista toinen vanhemmista on ylipainoinen. Lapset oppivat vanhempien näyttämän esimerkin ja suh-

tautumisen ruokaan ja liikuntaan. On tärkeää, että vanhemmat sitoutuvat painonhallintaan, sillä vanhemmilla on vastuu perheen ruokailutottumuksista, kuten ruoka-ajoista, ruuan laadusta ja rajoituksista. Vanhempien tulisi huolehtia terveellisten ruokien hankkimisesta kotiin. Myös muiden perheenjäsenten tulisi sitoutua vanhempien asettamiin, terveellisiin elintapalinjauksiin. (Suopajarvi 2011.)

### 2.5.3 Painonhallintaryhmä lihavuuden hoitokeinona

Kun ohjataan lasta ja nuorta, on tärkeää huomioida lapsen ikä, kehitystaso, sukupuoli, tietopohja ja elämäntilanne. Lisäksi on syytä kiinnittää huomiota lapsen tai nuoren terveystietoon ja kulttuuriin. Lähtökohtaisesti lapsen tai nuoren motivaatio ja voimavarat hoidolle tulisi kartoittaa hoidon alkumetreillä. (Suopajarvi 2011.) Lapsen lihavuuden hoito toteutetaan joko ryhmä- tai yksilöohjauksena. Toimivassa ryhmäohjauksessa on enintään kymmenen lasta. Ryhmän ohjaus kestävää yleensä 6-12 kuukautta ja sisältävät 8-15 tapaamiskertaa. Ryhmätapaamisiin osallistuvat yleensä myös vanhemmat, nuorten ohjausta voidaan toteuttaa myös ilman vanhempia. (Ihanainen ym. 2009, 14.)

Ohjauksen tavoitteena on auttaa perheitä toteuttamaan hyvinvointinsa kannalta hyviä valintoja, jotka muuttuvat ajan myötä siten totutuiksi tavoiksi. Hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tarvitaan vähintään toisen vanhemman osallistumista, sillä ilman perheen sitoutumista tarvittavia muutoksia on vaikea toteuttaa. (Ihanainen ym. 2009, 3, 9.) Hoidon tavoitteisiin vaikuttavat lapsen ikä, lihavuuden aste sekä lihavuudesta aiheutuneet riskit ja haitat (Lihavuus lapset 2013). Hoidon tavoitteena on pysyvä muutos ruoka- ja liikuntatottumuksissa sekä yksilöllinen painotavoite ja liitännäissairauksien välttäminen. Lääkehoitoon turvaudutaan harvoin. (Suopajarvi 2011.) Leikkaushoitoa voidaan harkita vasta kasvunsa päättäneen nuoren erittäin vaikeassa lihavuudessa (Lihavuus lapset 2013).

Korhonen, Nuutinen ja Lappalainen (1998) ovat tutkineet lyhytkestoisen painonhallintakurssin vaikutusta lihaviin nuorten hoidossa. Lihaville nuorille ja toiselle heidän vanhemmistaan järjestettiin viikon pituinen painonhallintakurssi eräessä kuntoutuslaitoksessa. Kurssiin kuului viikon hoitajakso ja kaksi seurantaviikonloppua kahden ja kuuden kuukauden kuluttua. Nuoret opettelivat kurssilla uusia ruokatottumuksia, syömisen hallintaa ja liikunnan lisäämisen keinoja. Nuorten suhteellinen paino pieneni puolen vuoden aikana keskimäärin 12 prosenttiyksikköä. Puolet nuorista laihtui 10 prosenttiyksikköä tai enemmän. Lisäksi nuorten ja heidän vanhempiensa ruokavalion laatu parani kurssin aikana. Nuorille ja heidän vanhemmilleen suunnattu lyhytkestoinen painonhallintakurssi on yksi vaikea-asteisen lihavuuden hoitomahdollisuus. Painonhallintakurssin perusjaksolla ja seurannassa nuorille ja heidän vanhemmilleen tehdyssä haastattelussa selvitettiin lihavuuden vaikutuksia nuorten elämään, hoidon perusteita, aiempia laihdutuskeinoja, laihdutusavoitetta, laihtumisen esteitä ja painonhallintakurs-

sin myönteisiä vaikutuksia. Osa nuorista piti suurimpana esteenä laihdumiselle kiinnostuksen puutetta. Muita esteinä mainittiin ajan, liikunnan ja itsehillinnän puute, herkkujen syönti sekä kouluruuan sopimattomuus. Vanhempien mielestä laihdumisen esteenä olivat itsehillinnän puute ja kielteiset asenteet laihdutusta kohtaan. (Korhonen ym.1998.)

#### 2.5.4 Ravitsemuskasvatus lapsilla ja nuorilla

Lapsen ylipainon hoito on yksilöllistä ja seurantakäynnit ovat aina välttämättömiä. Ensimmäisellä käynnillä keskitytään arvioimaan perheen ja lapsen tilannetta, motivaatiota ja voimavaroja. Ravintoanamneesin tai noin viikon ruokapäiväkirjan avulla selvitetään lapsen normaali ateriaritmi sekä ruuan laatu ja määrä. Lapsen ja nuoren liikunnan määrää tarkastellaan myös ruokavalion ohella. Muutokset ruokailu- ja liikuntatapoihin suunnitellaan yhdessä lapsen ja perheen kanssa. Elämäntapamuutokset koskevat yleensä koko perhettä ja perheen tuki on tärkeää lapsen painonhallinnassa. Lapselle asetetun painotavoitteen tulee olla realistinen. Kasvuiässä aluksi riittää se, että paino pidetään samana, jolloin suhteellinen paino laskee pituuskasvun myötä. Nuorilla ja vaikeasti lihavilla tavoitteeksi voidaan ottaa noin 0,5-1 kg painonlasku kuukaudessa, jolloin painonhallinta on turvallista. (Paganus 2013.)

Ravitsemuskasvatus on terveyskasvatuksen ala, ja sillä on suuri merkitys terveyden edistämisessä. Suuren osan ravitsemuskasvatuksesta suorittavat työssään terveydenhuollon ammattilaiset, erityisesti terveydenhoitajat. (Nupponen 2001, 15-19.) Ravitsemuskasvatus on neuvontaa, opetusta ja valistusta, jonka tavoitteena on auttaa ihmistä huolehtimaan terveyttään edistävästä ravitsemuksesta (Hasunen ym. 2004, 54). Paras hyöty neuvonnasta saadaan, kun se suunnataan asiakkaan tarpeisiin ja mahdollisuuksiin, tai kun sitä tuetaan järjestelmällisellä opetuksella (Nupponen 2001, 22).

Lapsiperheen ravitsemuskasvatuksessa tavoitteena on turvata lapsen terve kasvu ja kehitys. Aktiivisia toimijoita ovat niin lapsi itse, kuin hänen vanhempansa ja muut lapsen kanssa tekemisissä olevat aikuiset. Nykyään pelkkä ravitsemustiedon tarjoaminen ja tietouden lisääminen eivät enää välttämättä riitä muutoksen aikaansaamiseen, sillä vanhemmilla on pääosin hyvät perustiedot lasten ravitsemuksesta. Jos vanhemmilla on ennestään niukat ja hajanaiset tiedot, se parantaa heidän mahdollisuuksiaan hyötyä neuvonnasta. Ravitsemuskasvatuksen haasteena onkin nykyään vanhempien tukeminen siten, että lapsen ruokatottumukset monipuolistuisivat. Myös arjen ruoanvalinta-, ruoanvalmistus-, ja ruokailutilanteille täytyisi luoda hyvä perusta. Uusia, kokeilevia ja luovia ratkaisuja ravitsemuskasvatukseen tarvitaan. (Nurttila 2001, 99.)

## 2.6 Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tiedonhaussa selvisi, ettei kouluterveydenhuollon vaikuttavuutta lasten ja nuorten ylipainoon ole juurikaan tutkittu. Myöskään kotimaisia tutkimuksia lasten ja nuorten ylipainosta ja lihavuudesta, jotka olisi kohdennettu vain kyseiseen aiheeseen, ei ole paljoa saatavilla. Opinnäytetöitä aiheesta on kuitenkin lukuisia. Ulkomailta lihavuustutkimuksia on tehty lisäksi melko runsaasti. Seuraavassa esitetään muutamia kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia opinnäytetyön aiheeseen sopien.

### 2.6.1 Kansalliset tutkimukset

Kouluterveydenhuollon seurantajärjestelmät ovat palveluita, jotka kulkevat lapsen ja nuoren elämässä niin kauan kun hän käy koulua. Kouluterveydenhuollossa lapsen hyvinvoinnin kannalta tulee ottaa koko perhe huomioon. Sosiaali- ja terveysministeriö on luonut kouluterveydenhuollolle omat laatusuosituksen. Kouluterveydenhuollon suositukset on luotu pääsääntöisesti kouluterveydenhuollosta vastaaville päättäjille ja kunnille, jotka ohjeistavat kouluterveydenhuollon toimintamalleja. Suositusta voi hyödyntää myös koululaiset ja heidän vanhempansa. Suositukset painottuvat koko kouluuyhteisön hyvinvointiin liittyviin tekijöihin, ennaltaehkäisevään toimintaan, varhaiseen puuttumiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön ja lapsen perheen ja kodin kanssa toimimiseen. Kouluterveydenhuolto tulisi olla helposti saatavilla olevaa palvelua. Se toteutetaan olennaisena osana oppilashuoltoa. Kouluterveydenhuollon palveluista olisi tiedotettava säännöllisesti koululaisille heidän huoltajilleen ja kouluille. Toimiva kouluterveydenhuolto edellyttää riittävää, pätevää ja pysyvää henkilöstöä, sekä asianmukaisia tiloja ja välineitä. Koululaisella tulisi olla terveellinen ja turvallinen kouluuyhteisö ja ympäristö. Koululaisen hyvinvointia ja terveyttä tulisi seurata yksilöllisten terveystarkastusten ja suunnitelmien avulla ja luokan hyvinvointia arvioimalla. Koululaisen terveystietoa tulisi vahvistaa ja terveyttä edistää. (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004:8, 15.)

Kouluterveydenhuollon palvelujen järjestämisessä on merkittäviäkin eroja. Kuntien tehtävänä onkin tehdä omat kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmat. Kuntien olisi hyvä seurata kouluterveydenhuollon laatusuositusten toteutumista vuosittain itse. Näin kyettäisiin seuraamaan suositusten toimivuutta ja kartoittamaan mahdolliset ongelma-alueet. (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004:8, 27.)

Yksi merkittävimmistä suomalaisista lasten ylipainon ja lihavuuden hoitoon liittyvistä tutkimuksista on Mahtavat Muksut - lasten painonhallintaohjaustutkimus. Tutkimus on aloitettu Kuopion yliopistossa vuonna 2002 ja siinä verrataan kansainvälisten hoitosuositusten mukaisesti toteutettua perhekeskeistä ryhmähoitoa nykykäytäntöön pohjautuvaan terveydenhoitajan toteuttamaan lihavalle lapselle kohdistettuun yksilöhoitoon. Koko tutkimushankkeen ta-



voitteena on kehittää toimiva hoitomalli lasten lihavuuden hoitoon Suomessa. Tutkimuksen pohjalta on julkaistu samanniminen opas vuonna 2008. Opas perustuu tutkimusnäyttöön sekä hyviksi havaittuihin käytäntöihin. Teos on tarkoitettu leikki- ja alakouluikäisiä, ylipainoisia ja lihavia lapsia hoitaville terveydenhuollon ammattilaisille. Se on suunniteltu yksilöneuvontaan, mutta voidaan soveltaa myös ryhmäneuvonnassa. Oppaan lähtökohtana on perhe-, voimavara- ja ratkaisukeskeisyys. Siinä otetaan huomioon koko perheen hyvinvointia edistävät elämäntavat, erityisesti ruoka- ja liikuntatottumukset. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2008, 3.)

Mahtavat muksut -hanketutkimukseen on tehty opinnäytteitä sekä pro gradu-tutkimuksia ja sen pohjalta on tehty jatkotutkimuksia. Esimerkiksi Korpimäen (2006) pro gradu -tutkimus Lasten painonhallintaohjaus terveyttä ja hyvinvointia edistävänä toimintana - Vanhempien arviointia yksilö- ja ryhmähoidon toteutuksesta ja saavutetuista muutoksista sekä näkemyksiä ohjauksen kehittämisestä on osa Mahtavat muksut -hanketta, joka pyrkii kehittämään hoitomallia lasten lihavuuteen. Kauppisen (2001) opinnäytetyössä Mahtavat muksut -perheryhmän onnistuminen perheiden arvioimana selvitettiin perheiden kokemuksia Mahtavat muksut -perheryhmästä.

Taulu (2010) on tutkinut väitöskirjassaan millaiset tekijät ovat yhteydessä esikoulu- ja alakouluikäisten lasten kasvavaan painonkehitykseen, sekä miten ravitsemus- ja liikuntainterventio pienryhmissä tukevat tutkimukseen osallistuneiden lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä vuoden aikana. Tutkimusjoukkona olivat vuosina 1995-2001 syntyneet lapset, joiden painokäyrä oli nousujohteinen. Tutkimuksessa kerättiin tietoa lisäksi siitä, sisältyikö perheiden arkeen lasten ylipainoa ennaltaehkäiseviä tekijöitä ja mitä ne olivat. Tutkimus toteutettiin yhden terveyskeskuksen alueella vuonna 2007. Tutkimuksessa oli mukana 210 lasta ja 257 huoltajaa. Tilastollisesti tutkimustulokset koottiin tutkimukseen osallistuneiden lasten muodostamista omista interventio- ja verrokkiryhmistä, jotka oli kategorioitu sukupuolen, pituuspainoprosentin ja syntymävuoden mukaan. Tuloksista käy ilmi, että ylipainoisten lasten vanhemmillä oli kohtalaiset tiedot ravitsemuksesta ja hyvät tiedot liikunnasta. Lasten ja heidän vanhempien ravitsemus ei vastannut ravitsemussuosituksia, vaan tulokset olivat keskimäärin tyydyttäviä. Liikunnan harrastamisen suhteen tutkittava ryhmä oli jakautunut kahtia. Osa ylipainoisista lapsista koki oman elämänlaatunsa erittäin hyväksi, joskin noin puolet osallistuneista oli tyytymättömiä. Intervention avulla on saatu onnistuneesti positiivisia muutoksia ravitsemustottumuksiin ja samalla saatiin lasten pituuspainoprosentti laskemaan. Vanhempien ravitsemustietouden parantuminen oli merkittävä tekijä lasten ylipainon ennaltaehkäisyn onnistumisessa. Lapset jotka olivat passiivisia liikunnassa, hyötyivät tutkimuksessa käytetystä interventiosta enemmän kuin aktiivisesti liikunnalliset lapset. (Taulu 2010.)

## 2.6.2 Kansainväliset tutkimukset

Vuonna 1990 aloitettu STRIP-projekti (Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Projects for children) on lasten sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventioprojekti, joka jatkuu vieläkin. Tutkimus on johtava lasten preventiivisten kardiologian tutkimus maailmassa. STRIP-projekti on Suomessa toteutettava pitkäkestoinen, monitieteinen ja satunnaistettu interventiotutkimus. Tavoitteena tutkimukselle on selvittää, kuinka varhainen puuttuminen sepelvaltimotautien riskitekijöihin näkyy, kun ohjaus aloitetaan jo varhaislapsuudessa. Lisäksi selvitetään kuinka pysyviä vaikutukset voivat olla, kun ohjaus on jatkuvaa. Tutkimuksessa on mukana 1 062 kohdehenkilöä perheineen, jotka valittiin satunnaisesti 7 kuukauden ikäisistä lapsista. Tällä hetkellä kohdehenkilöt ovat jo nuoria aikuisia. (Niinikoski ym. 2007, 1032-1040.)

STRIP -tutkimuksessa on mukana niin interventioyhmän perheitä, kuin vertailuryhmiä, joiden ohjaus on erilaista. Interventioyhmän perheitä on motivoitu syömään suositusten mukaisesti. Ruoankäyttötietoja on analysoitu ruokapäiväkirjoista ja vuosittain otetuista verikokeista. Interventioyhmän lapset saivat jatkuvaa ohjausta ruokailuun, joka perustui yksilöllisesti perheen aiempiin ruokatottumuksiin ja ruokapäiväkirjan informaatioon. Ohjaus muuttui aina ikävuosien saatossa. Vertailuryhmän perheet taas eivät saaneet tutkimuskäynneillä yksilöllistä ravitsemus- ja elämäntapaohjausta, ja ravitsemusasioista keskusteltiin heidän kanssaan vain yleisellä tasolla. Vertaisryhmät saivat vain julkisen terveydenhuollon tarjoamaa terveystieteistä eli lapsen ikätasoa vastaavat käytössä olevat ravitsemusohjeet. (Niinikoski ym. 2007, 1032 - 1040.)

Tähän mennessä STRIP -tutkimuksen tuloksiksi on saatu erittäin hyödyllistä tietoa. Tutkimuksesta selviää, että kouluiässä ylipainoisten osuus lisääntyy iän karttuessa etenkin neljän ikävuoden jälkeen, vaikka lasten keskimääräinen kokonaisenergiansaanti olisi ollut koko ajan normaalitasolla. Tutkimukseen osallistuvista tytöistä oli ylipainoisia jo 9,0 % seitsemän vuoden iässä ja pojista vastaavasti 3,7 %. Merkittävin tulos on kuitenkin, että interventio selvästi vähensi ylipainoisuuden esiintymistä tytöillä, vaikka ravinnonohjaus painottuu päätehtäväksi tutkimuksessa. Interventio on myös vähentänyt sekä tyttöjen että poikien tyydyttyneen rasvan saantia. (Niinikoski ym. 2007, 1032 - 1040.)

Yhdysvalloissa eri yliopistojen tutkijat ovat tutkineet lasten ja nuorten lihavuuden hoitoa, hoidon heikkouksia sekä terveydenhoidon ammattilaisten asenteita, taitoja ja koulutuksen tarvetta lasten ja nuorten lihavuuden hoidossa. Story, Neumark-Stzainer, Sherwood, Holt, Sofka, Trowbridge ja Barlow (2002, 210-214) toteuttivat tutkimuksen kyselylomakkeella satunnaisesti valituille terveydenhoidon ammattilaisille. Tutkimuksen otos oli suuri (N = 939). Keskimäärin 85 % osallistujista oli sitä mieltä, että lapsuusajan ylipaino vaatii hoitoa, nostaa

riskiä sairastua myöhemmin pitkäaikaissairauksiin, sekä vaikuttaa elämänlaatuun tulevaisuudessa. Heikkouksiksi koettiin muun muassa vanhempien osallistumattomuus, asiakkaan motivaation puute ja tukiverkoston puutteellisuus. Kaikki ammatilliset ryhmät olivat kiinnostuneita lisäkouluttautumaan kyseisen aiheen piirissä. (Story ym. 2002, 210-214.)

Väisäsen, Kääriäisen, Kaakkisen ja Kyngäksen (2012, 141-154) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhempien motivoitumista edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä ylipainoisen lapsen elintapojen muutokseen. Vanhempien motivaatiota elintapojen muutokseen paransi terveysterveystyöntekijä kuvaava elintapaohje, vanhempien saama positiivinen palaute ja vertaistuki sekä laihtumisen tuomat hyödyt. Vanhemmat toivoivat lastensa olevan onnellisempia ja tämä motivoi heitä muutokseen. Vanhempien motivaatiota ylipainoisen lapsen elintapojen muutokseen estäviä tekijöitä olivat vanhempien oma ylipaino ja täten huonot kokemukset painon pudottamisesta. Motivaatiota heikensivät myös elintapaohjauksen harvat tapaamiskerrat ja puutteellinen ohjaus.

### 3 Opinnäytetyön muoto ja tutkimuskysymykset

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkua. Jotta olemassa olevaa ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitoprosessia voitiin tarkastella kattavasti, luotiin neljä tutkimuskysymystä. Tutkimuskysymysten tarkoituksena oli kuvata olemassa olevaa ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitoa ja selvittää sen kehittämiskohteita terveydenhoitajan kokemana.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista ohjausta ylipainoinen lapsi/nuori saa hoitajan näkökulmasta Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa?
2. Mitä terveysterveystyöntekijä palveluita ylipainoinen lapsi/nuori saa hoitajan näkökulmasta Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa?
3. Millaisia odotuksia ylipainoisella lapsella/nuorella on terveysterveystyöntekijä kohtaan hoitajan kokemana Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa?
4. Mitä kehittämiskohteita ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolussa on hoitajan kokemana Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa?

Opinnäytetyö on muodoltaan tutkielmatyyppinen, joka tehtiin käytännönläheisesti ja työelämän kehittämistyötä palvelevaksi. Opinnäytetyössä käytettiin apuna määrällistä ja laadullista tutkimusta. Tutkielmatyyppinen opinnäytetyö voidaan laatia kirjallisuuden pohjalta. Se ei kuitenkaan saa olla pelkästään valmiiden tietojen siirtämistä paperille, vaan siihen tulee liit-

tyä myös opiskelijan itse tekemää pienimuotoista tutkimusta tai selvitystyötä, joka tehdään esimerkiksi haastattelun tai kyselyn avulla. Tämän tyyppistä työtä luonnehtiikin tutkiva ote. Työelämää tutkielmatyyppinen opinnäytetyö palvelee ottamalla käsittelyyn ajankohtaisia aiheita ja tuomalla niistä esiin jotain uutta ja olennaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 13-15.)

Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat mittareiden laadinta ja testaus. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineisto kerätään strukturoidusti eli kaikilta osallistujilta samalla tavalla. Tutkimukselle tyypillistä on tutkimusprosessin tarkka kontrolli ja objektiivisuus. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 20.) Määrällisen tutkimuksen menetelmänä käytimme kyselylomaketta. Kysely eli survey-tutkimuksen tarkoituksena on saada koottua tiettyihin kriteereihin valitulta joukolta vastauksia samoihin kysymyksiin. Usein kyselytutkimuksella tutkitaan suurehkoa ja rajattua kohderyhmää, jossa käytetään apuna kyselymenetelmää. Kyselylomaketta laatiessa joudutaan miettimään tarkoin kyselyyn liittyvien muuttujien määrää ja sisältöä. Kyselyyn kohteena olevien henkilöiden on pystyttävä vastaamaan jokaiseen kysymykseen yksiselitteisesti ja empimättä. Kyselylomakkeen suunnittelussa tulee tehdä yhteistyötä kohderyhmän edustajien kanssa, koska heillä on omakohtainen kokemus siitä, mikä palvelisi heitä parhaiten. (Anttila 2006.) Kvantitatiiviseen tutkimukseen voidaan liittää kvalitatiivisia eli laadullisia piirteitä, esimerkiksi avointen kysymysten muodossa (Metsämurtonen 2003, 14).

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella selvitetään ihmisten käsityksiä, kokemuksia, tulkintoja ja motivaatiota tutkimusilmiötä kohtaan. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä tarkasteltavasta ilmiöstä ja saada mahdollisesti uudenlainen, kriittinen näkökulma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 14.) Laadullisen tutkimuksen käyttäminen on hyödyllistä, kun halutaan tarkastella ilmiöiden samanlaisuuksia, eroja tai toimintatapoja. Keskeisin kvalitatiivisen tutkimuksen ominaisuus on induktiivisuus, yleistäminen. Kun tarpeeksi monta ihmistä sanoo samaa asiaa, niin tieto voidaan yleistää. (Kylmä & Juvakka 2007, 130.) Laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö opinnäytetyössä on välttämätöntä avoimien kysymysten laatimiseksi kyselylomakkeeseen. Fenomenologisen lähestymistavan avulla laadullisessa tutkimuksessa sen kohteena ovat ihmisten kokemukset. Fenomenologisen lähestymistavan tavoitteena on kuvata ihmisen ajatuksia esimerkiksi jostain tietystä asiasta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21). Tässä opinnäytetyössä kuvataan terveydenhoitajien kokemuksia Perusturvakuntayhtymä Karviaisen ylipainoisen lapsen tai nuoren hoitopolusta.

#### 4 Opinnäytetyön toteuttaminen

Viirkorpi (2000, 15) esittää, että projektin suunnittelu tarkoittaa tiettyjen ydinkysymysten ratkaisemista etukäteen, jotta tiedetään mitä aiotaan tehdä, miksi ja miten. Näin projektille

muodostuu oma sisältönsä ja kokonaisuus jäsentyy hallittavammaksi, johon opinnäytetyössä pyrittiin. Opinnäytetyö koostuu vahvasta tietoperustasta, luodun kyselylomakkeen käytöstä, sekä tuloksista ja arvioinnista. Lisäksi opinnäytetyön tekemisessä keskeistä oli aikataulutus, järjestelmällinen tiedonhaku, sekä kyselylomakkeen laatiminen ja sen käyttäminen. Yhtä tärkeää oli tulosten analysointi ja arviointi. Kyselytutkimuksen tulosten pohdinta ja laaditut kehittämisehdotukset olivat edellytys, jotta voitiin luoda ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkumalli. Mallin avulla Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuolto voivat kehittää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitoa alueellaan.



Kuvio 1: Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyön prosessi alkoi tammikuussa 2013, opinnäytetöiden rekrytointitilaisuudessa, jossa aiheet esiteltiin. Opinnäytetyön aihetta haettiin perusteluin ja aiheen saaminen varmistui helmikuun alussa. Helmi-maaliskuu keskittyi teoreettisen aineistonkeruuseen ja alustavan suunnitelma laatimiseen. Varsinainen suunnitelmavaihe kesti maaliskuun puolesta välistä toukokuun loppuun, jolloin oli suunnitelmaseminaari ja saatiin vertaisopponointia opinnäytetöistä. Kyselylomake valmistui keväällä 2013 mennessä ja se otettiin käyttöön syksyllä 2013. Kyselytutkimuksen tulokset kerättiin vuoden vaihteessa, josta alkoi analysointivaihe. Tulokset analysoitiin ja laadittiin kehittämisehdotuksia ja johtopäätöksiä. Opinnäytetyö julkaistiin toukokuussa 2014 julkaisuseminaarissa (Kuvio 1).

Opinnäytetyön tekemiseen käytettiin monenlaisia työskentelytapoja, pääosin lähityöskentelyä, jotta kaikki opinnäytetyön osa-alueet tuli käsiteltyä molempien tekijöiden näkökulmista. Näin saatiin molempien panostus näkyviin yhdenvertaisesti. Tarvittaessa etätyöskentely sallittiin erilaisten kontaktien avulla, esimerkiksi sähköpostin välityksellä, jolloin tiivis yhteistyö säilyi.

Projektiin liittyviä tai sen aikana ilmaantuneita riskejä olivat esimerkiksi projektiryhmän jäsenen sairastuminen tai muu projektin toteutuksesta pois jääminen. Vastaavasti yhteistyökumppaneiden kanssa työskentely aiheutti osittain toteutuksen viivästymistä, esimerkiksi kyselytutkimukseen osallistuminen oli aluksi vähäistä. Kuitenkin loppujen lopuksi kyselytutkimuksen uusintaviestin myötä vastausprosentiksi saatiin 100. Myös sidosryhmien yhteyshenkilöiden vaihtuminen kesken prosessin vaikeutti yhteistyötä. Ongelmatilanteita ratkottiin joustavalla työskentelyllä ja hyvällä suunnittelulla. Pumppu-hankkeella oli voimassa koko tutkimusprojektille yhteinen tutkimuslupa. Lisäksi Perusturvakuntayhtymä Karviaiselta anottiin tutkimuslupa terveydenhoitajien haastatteluihin (Liite 2).

#### 4.1 Opinnäytetyön toteuttamisympäristö

Opinnäytetyö kuuluu osaksi Pumppu-hanketta. Pumppu-hanke osallistuu hyvinvointipalveluiden käyttämien hoidon mallien kehittämiseen ja käyttöön. Tavoitteena on uudistaa hyvinvointipalveluita sekä tapaa, jolla niitä tuotetaan. Laurea-ammattikorkeakoulu Lohja on sitoutunut Pumppu-hankkeen PolkuPärjäin-osahankkeeseen. Se nivoo palvelut kansalaislähtöisesti saumattomaksi hyvinvointipoluksi ja luo toimintamallin, jonka avulla voidaan parantaa kansalaisten tarvitsemia palveluita, sekä kehittää myös uutta tarjontaa ja uusia käytäntöjä tuleviin tarpeisiin. Kohderyhminä Länsi-Uudellamaalla ovat sydän- ja diabetespotilaat, syrjäytymisuhanalaiset nuoret, työttömät sekä vammaisten lasten ja nuorten perheet. Osahankkeen tuloksena saadaan alueen toimijat yhteistyöhön yli sektorirajojen ja kuntien palvelustrategiat osaksi arkea. Tukea ja apua kansalaiselle ja eri toimijoille tarjoaa osahankkeessa sovellettava sähköinen hyvinvointinavigaattori hyvinvointipolun kaikkiin vaiheisiin. Pumppu-hanketta toteutetaan neljässä maakunnassa: Etelä-Karjalassa, Kanta-Hämeessä, Uudellamaalla ja Varsinais-Suomessa. Hankkeen koordinaatiosta vastaa Innopark Programmes Oy. Osatoteuttajina hankkeessa ovat Laurea-ammattikorkeakoulu, Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy Socom, Hämeenlinnan kaupunki, Turun ammattikorkeakoulu sekä Turun yliopisto. (Pumppu-hanke 2013.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina Pumppu-hankkeen osalta toimi Perusturvakuntayhtymä Karviainen. Se on Karkkilan kaupungin ja Vihdin kunnan muodostama perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kuntayhtymä Länsi-Uudellamaalla. Kuntayhtymän toiminta järjestyy elämäntähtämyksiin pohjautuen. Perusturvakuntayhtymä Karviainen jäsentää toimintaansa palve-

lukokonaisuuksien avulla, jotka on muodostettu ikäryhmittäin ja joita kutsutaan palvelulinjoiksi. Palvelulinjoja ovat lasten ja nuorten, työikäisten ja ikäihmisten palvelujen linja. Tämä opinnäytetyö sijoittuu lasten ja nuorten palvelulinjaan, kohderyhmänään koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Perusturvakuntayhtymän Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat työskentelevät yhteensä 25 koulussa. Terveystenhoitajat olivat tavattavissa kouluilla vaihtelevasti. Toisissa kouluissa terveydenhoitaja oli tavattavissa päivittäin, toisissa kerran kuussa tai sopimuksen mukaan. (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013.)

## 4.2 Kyselytutkimus

Kyselytutkimus on tutkimusmenetelmänä johdonmukainen ja merkityksellinen tapa kerätä ja tarkastella tietoa erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Nämä kiinnostuksien kohteet ovat usein moniulotteisia. (Vehkalahti 2008, 39.) Kyselytutkimuksen hyöty näkyy usein siinä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselyihin voi vastata suurikin otos ja voidaan myös kysyä useita asioita. Joskus kyselylomakkeet sisältävätkin jopa kymmeniä kysymyksiä. Kysely on menetelmänä tehokas ja se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kyselytutkimuksen toteuttamisen aikataulu voidaan arvioida melko tarkasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.) Kyselylomake on perinteinen tapa tiedonkeruuseen ja sitä onkin pidetty erityisenä aineistonkeruumenetelmänä 1930-luvulta alkaen (Valli 2010, 102-103). Kyselytutkimus saa esiin esimerkiksi yhteiskunnallisia muutoksia tavalla, johon muut tutkimuksen tiedonkeruumenetelmät eivät pysty (Luoto 2009).

Kyselytutkimuksessa edellytetään, että tutkitusta aiheesta on riittävästi teoretietoa. Mikäli taustatiedot ovat puutteelliset, ei voida muodostaa luotettavaa kyselylomaketta, esimerkiksi jos tiedonpuutteen vuoksi vastausvaihtoehdot jäävät riittämättömiksi. Tällöin määrällisen tutkimuksen sijaan tulisi käyttää laadullista tutkimusta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 108-109.) Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää, sillä vain toista käyttämällä opinnäytetyön tuloksista ei olisi saatu tarpeeksi tutkimustietoa. Vain määrällistä tutkimusmenetelmää käyttämällä kyselyn avoimet kysymykset eivät olisi olleet mahdollisia ja tärkeimmät palautteet, kuten kehitysehdotukset olisivat jääneet saamatta.

Kyselyn ongelmakohtaksi voi nousta se, että vastausvaihtoehdot ovat yhteen sopimattomia vastaajan ajatusten kanssa. Vastaaajien ennakkotietämykset tutkittavasta ilmiöstä vaikuttavat suoraan vastausten luotettavuuteen. Lisäksi haastattelijalla ei ole tietoa vastaajien ennakoasenteista tutkittavaa ilmiötä kohtaan. Toisinaan kysely saattaa tuottaa vain pinnallista tietoa. (Ojasalo ym. 2009, 108-109.) Kyselytutkimuksen tärkeimmäksi osioksi nouseekin suunnittelu (Luoto 2009). Vastauksissa väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida ja tämän vuoksi esitestaus on merkityksellisessä asemassa kyselylomakkeen tuottamisessa (Hirsjärvi ym. 2009, 195).

Kyselytutkimuksen toteutuksen suunnittelussa on etukäteen pohdittava konkreettisia järjestelyitä ja menettelytapoja. Tärkeä seikka on, ketkä ovat tutkimuksen kohteena ja kenelle kyselylomake suunnataan. Otanta voidaan tehdä usealla tavalla, mutta mitä enemmän tulosten halutaan vastaavan perusjoukon lukuja, sitä suurempi otoksen tulisi olla. (Hirsjärvi ym. 2009.) Opinnäytetyön otos koostuikin kaikista Perusturvakuntayhtymän Karviaisen koulu- ja opiskelu-terveydenhuollon terveydenhoitajista. Tällaisen otoksen avulla toivottiin mahdollisimman todennukaista kuvausta tutkittavasta aiheesta.

#### 4.2.1 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen

Hyvän ja vahvan kyselylomakkeen laatiminen vie aikaa, ja se vaatii vankkaa tieto- ja taitopohjaa tutkimusaiheesta (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Kysymykset rakennetaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. Tutkimusongelmien täsmennyttyä lähdetään keräämään aineistoa, sillä tällöin tiedetään, mitä tietoa aineistonkeruulla halutaan löytää. (Valli 2010, 102-103.)

Kyselylomakkeen luomisen lähtökohtana on teoria eli se, mitä jo tiedetään tai oletetaan tiedettäväksi ilmiöstä. Kun teoria on vahva ja sen perusteella pystytään nostamaan esille keskeiset käsitteet ja niiden mitattavissa olevat määritelmät, on tästä enää lyhyt matka kyselylomakkeen laatimiseen. Kyselylomakkeen luomisen vaiheet ovat omaan näkemykseen perustuva alustava mittari, sen osioiden kriittinen tarkastelu, esitutkimus, testaaminen ja revisio eli uudistaminen. (Metsämuuronen 2003, 41.) Esimerkiksi asiantuntijoiden tai tässä tapauksessa ohjaavien opettajien ja esitestaajien avulla voitiin kriittisesti tarkastella kyselylomaketta.

Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla selkeästi ja yksinkertaisesti rakennettuja. Mikäli kysymys on epäselvä, vastauksia voi puuttua tai vastaajat voivat kirjoittaa lomakkeeseen omia tulkintoja. Kysymysten vastaamiseen tulee olla ohjeistus ennen kysymysten alkamista, jotta epäselvyydet voitaisiin minimoida. (Luoto 2009.) Lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista. Selkeys on siis kyselylomakkeen tärkein ominaisuus. Kysymysten pitäisi merkitä kaikille vastaajille samoja asioita, eikä lomake saisi olla tulkinnanvarainen. Spesifisten kysymysten käyttö on käytännöllisempää kuin yleisten kysymysten, sillä spesifisissä kysymyksissä vastausmahdollisuuksia rajataan antamalla esimerkiksi vaihtoehtoja vastauksista. Lisäksi kaksoismerkityksiä sisältäviä kysymyksiä, sekä johdattelevia kysymyksiä tulisi ehdottomasti välttää. Kysymysten määrään ja järjestelyyn tulee kiinnittää erityistä huomiota. Perusohjeena on, että helpommat kysymykset asetellaan alkuun ja hieman vaikeammat kyselylomakkeen loppuun. Esimerkiksi vastaajan esitiedot tulee kysyä aina ensin. Kysymysten sanavalintoja ja sanojen käyttöä tulee pohtia huolella, sillä liian vaikeat ilmaisut saattavat vaikeuttaa kysymyksen ymmärtämistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-204.)

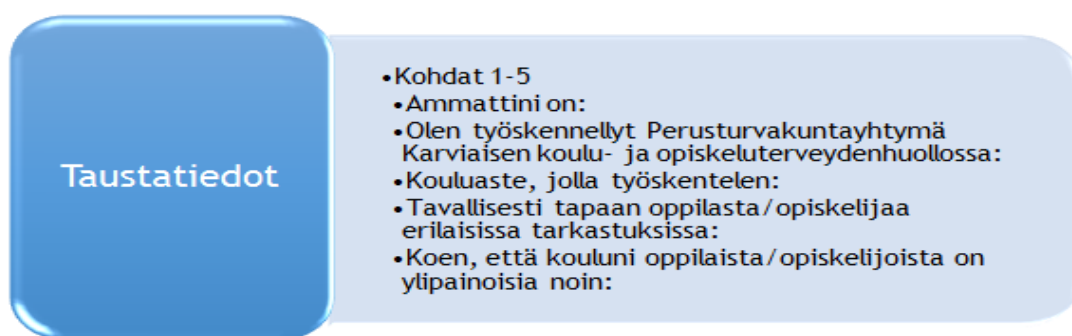


Opinnäytetyön kyselylomakkeen laatiminen alkoi tarkkaan rajatuilla kysymyksillä, joihin haluttiin vastauksia. Näitä kysymyksiä ohjasi vahva tietoperusta. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset kuvaavat tarkalleen sitä, mitä kyselylomakkeella haluttiin tutkia. Jokainen kysymys voidaan perustella viitaten opinnäytetyön viitekehukseen tai tutkittavaan ilmiöön. Tutkimuskysymykset muokkautuivat matkan varrella jonkin verran ohjauksen ja teoreettisen viitekehysten luomisen yhteydessä. Kyselylomake (Liite 3) koostuu 23 kysymyksestä, jotka ovat sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä yksityiskohtaisempaa tietoa varten. Avoimista kysymyksistä oli mahdollista tunnistaa vastaajan motivaatioon liittyviä seikkoja. Monivalintakysymykset taas mahdollistavat vastausten yksinkertaisemman vertailun keskenään ja analysointi on helpompaa (Hirsjärvi ym. 2009, 198-201). Kysymyksistä tehtiin helposti ymmärrettäviä ja ne vaativat vastaajilta myös pohdintaa. Kyselytutkimuksen sähköiseen muotoon saattaminen tehtiin Questbackin digium -ohjelmalla.

Kyselyyn osallistujille lähetettiin saatekirje (Liite 4). Saatekirjeestä kävi ilmi mitä tutkitaan, kuka tutkii, mihin tuloksia käytetään, ketkä on valittu kyselytutkimukseen ja milloin valmis raportti on luettavissa. Saatekirjeen tarkoituksena on motivoida vastaajia osallistumaan kyselyyn, jotta tutkimukseen saataisiin mahdollisimman suuri otos (Vehkalahti 2008, 40-41). Saatekirje sisälsi lisäksi tiedon vastausten salassapitoasioista. Lisäksi saatekirjeen yhteydessä vastaajat saivat suostumuslomakkeen (Liite 5). Lomakkeesta kävi ilmi se, että vastaajat ovat tietoisesti suostuneet osaksi opinnäytetyön tutkimusta, kun he vastaavat kyselyyn.

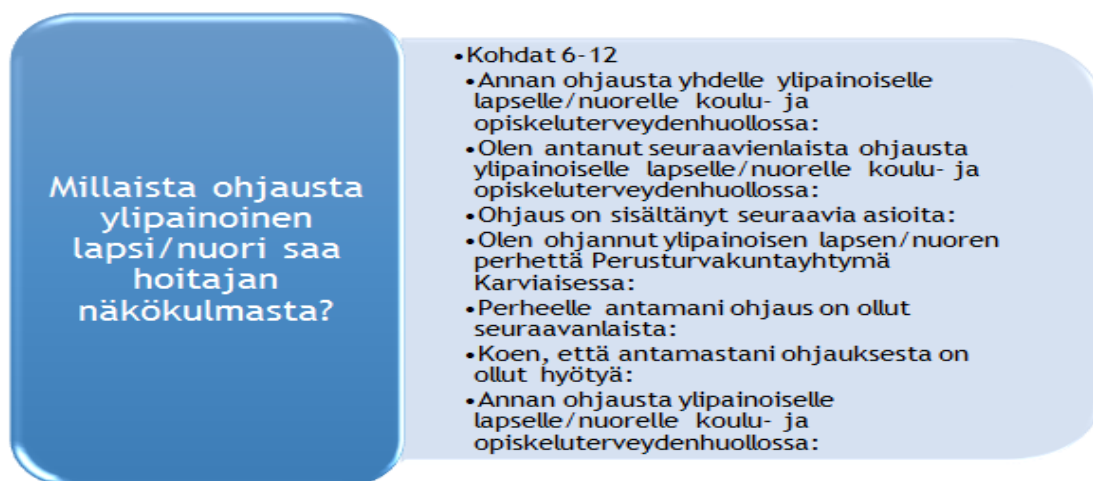
#### 4.2.2 Kysymysten kohdentaminen tutkimuskysymyksiin

Kyselylomakkeessa on 23 kohtaa, joihin kyselytutkimukseen osallistuvan toivottiin vastaavan. Näillä kysymyksillä ja väittämillä kerättiin vastaajan esitiedot, kartoitettiin tämän tietoa yli-painoisen lapsen ja nuoren hoitopolusta Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa sekä selvitettiin hoitopolun kehittämiskohteita. Kyselylomakkeen väittämien kohdistaminen tutkimuskysymyksiin oli välttämätöntä ja näin toimimalla voitiin perustella kyselylomakkeella kerätyn tiedon tarpeellisuus. Olisi eettisesti arveluttavaa kysyä kyselytutkimuksessa asioita, joilla ei ole päämäärää tai joiden tuomaa tietoa ei hyödynnetä.



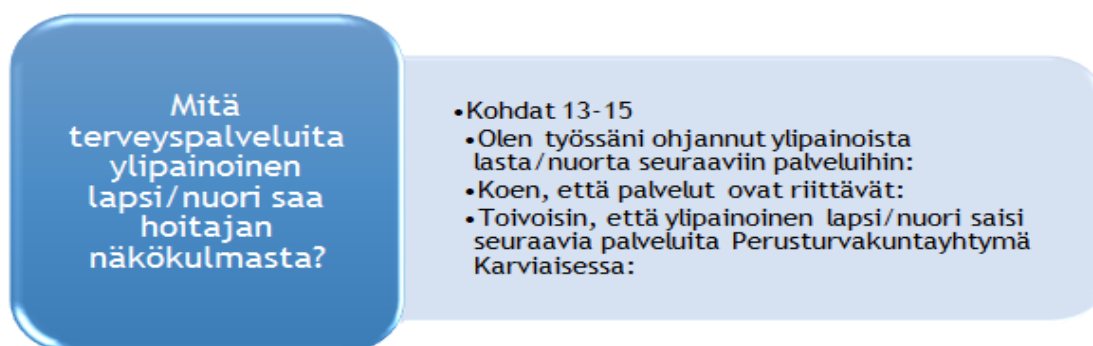
Kuvio 2: Kyselylomakkeen kohtien 1-5 kohdentaminen taustatietoihin

Kuviossa 2 selviää vastaajan esitiedot sekä ylipainoisten oppilaiden ja opiskelijoiden osuus koulun opiskelijoista. Kysymysten 1-4 avulla oli tarkoitus selvittää vastaajan ammatti, työkokemus Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa, vastaajan koulutusaste, jolla hän työskentelee, sekä kuinka usein vastaaja tapaa oppilaita tai opiskelijoita. Esitietojen avulla saatiin taustatietoja terveydenhoitajista sekä lapsen ja nuoren ylipainosta ja sen hoidosta. Näin tuloksia voitiin verrata muihin tutkimuksiin. Kysymys viisi antoi tietoa ylipainoisten lasten ja nuorten osuudesta Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.



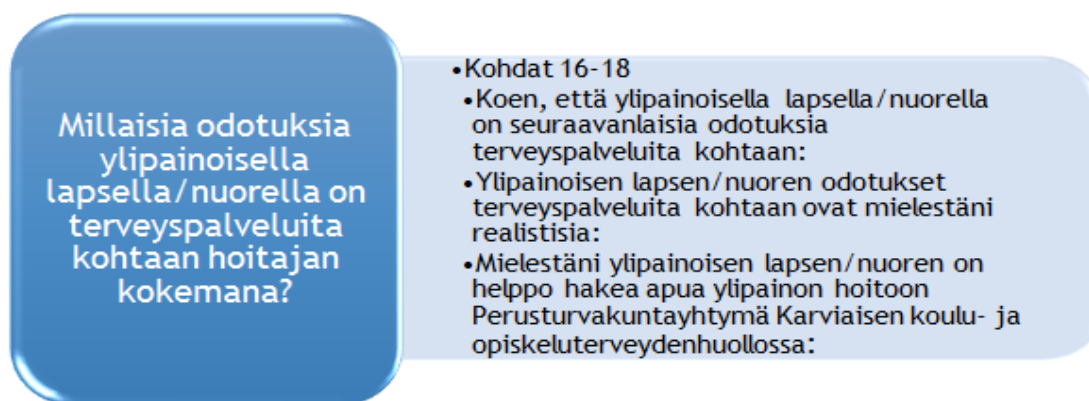
Kuvio 3: Kyselylomakkeen kohtien 6-12 kohdentaminen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen

Kuvion 3 avulla kuvataan kyselyn kohtien 6-12 kohdistamista ohjausta koskevaan tutkimuskysymykseen. Kysymysten avulla oli tarkoitus selvittää millaista ohjausta ylipainoinen lapsi tai nuori saa, millaista ohjaus on, onko se riittävää ja mitä ajatuksia kouluterveydenhoitajilla asiasta on. Kysymyksillä haluttiin saada selville, onko asiakkaan ohjauksessa kehittämiskohteita vai kohtaavatko palvelun tarjonta ja kysyntä.



Kuvio 4: Kyselylomakkeen kohtien 13-15 kohdentaminen toiseen tutkimuskysymykseen

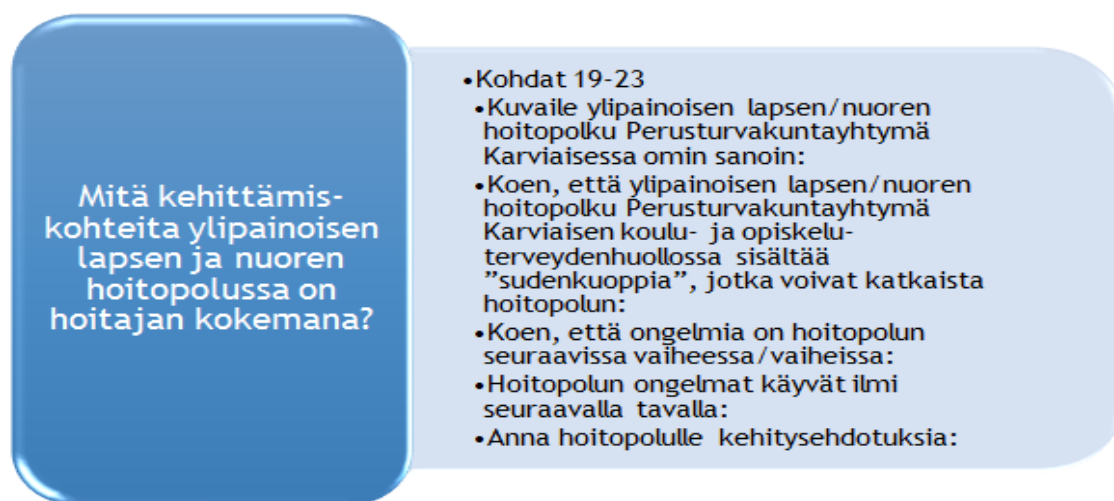
Kuviossa 4 kuvataan kyselylomakkeen kohtien 13-15 kohdentamista tutkimuskysymykseen ”Mitä terveysterveystoimintoja ylipainoinen lapsi/nuori saa hoitajan näkökulmasta”. Kyselyn tavoitteena oli selvittää kouluterveydenhoitajien näkemys siitä, millaisia palveluita ylipainoiselle lapselle ja nuorelle on tarjolla, ovatko ne riittäviä ja mitä palveluita tulisi kehittää. Oli tärkeää selvittää, minkälaisia terveysterveystoimintoja tällä hetkellä on tarjolla ja kuinka ne vastaavat kysyntää ja tarvetta.



Kuvio 5: Kyselylomakkeen kohtien 16-18 kohdentaminen kolmanteen tutkimuskysymykseen

Kuvion 5 tutkimuskysymyksellä etsittiin tietoa siitä, millaisia odotuksia ylipainoisella lapsella tai nuorella on terveysterveystoimintoja kohtaan kouluterveydenhoitajan kokemana. Kyselylomakkeen kohdilla 16-18 kerättiin tarvittavaa tietoa tähän kysymykseen vastaamista varten. Koska kyselyn kohderyhmänä olivat koulujen kouluterveydenhoitajat, vastaukset ovat heidän näkökulmastaan, eivät oppilaiden tai opiskelijoiden omia. Kuitenkin ammattihenkilöiden mielipiteiden perusteella terveysterveystoimintoja voidaan kehittää tehokkaasti. Oli tärkeää selvittää, onko ylipainoisen oppilaan tai opiskelijan helppoa hakea tarvitsemaansa hoitoa ja onko sitä saata-

villa. Lisäksi kysymysten avulla selvitettiin toteutuivatko lapsen tai nuoren odotukset terveyspalveluita kohtaan.



Kuvio 6: Kyselylomakkeen kohtien 19-23 kohdentaminen neljänteen tutkimuskysymykseen

Kuviossa 6 käsitellään käytännön kehittämistyön kannalta ehkäpä tärkeintä tutkimuskysymystä. Kyselylomakkeen kohtien 19-23 avulla kerättiin tietoa siitä, millaisia kehittämiskohteita ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolussa oli kouluterveydenhoitajien kokemana. Vastaajat saivat kuvailla kehittämiskohteita ja antaa kehitysideoita hoitopolun parantamista varten. Lisäksi kysymyksillä seulottiin kouluterveydenhoitajien tietämystä ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolusta Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa tällä hetkellä. Kuvion 6 tutkimuskysymykseen vastaamisella oli tärkeä asema opinnäytetyön tavoitteen saavuttamisessa ja hoitopolun kehittämisessä terveydenhuollon käyttöön.

#### 4.2.3 Kyselylomakkeen esitestaus

Kyselylomakkeen esitestauksella oli suuri merkitys tutkimuksen kannalta, sillä kyse oli uuden kyselylomakkeen luomisesta, jonka toimivuudesta ei ollut varmuutta. Esitestauksesta saatava hyöty on usein korvaamatonta, koska alustavasta kyselystä voidaan selvittää kysymysten mahdollista epätarkkuutta, vastausten hajontaa ja saada selville mikä tieto jää vastauksista puuttumaan (Luoto 2009). Opinnäytetyön kyselylomakkeen esitestaus tapahtui opinnäytetyön ohjaavien opettajien suosituksesta kyselytutkimukseen osallistuvilla henkilöillä (n = 2). Kyselyn esitestaus lisää tulosten luotettavuutta (Vehkalahti 2008, 40-41). Esitestauksen jälkeen huomioitiin kehityskohdat ja muokattiin kyselylomaketta sen mukaisesti. Koska esitestaus muutti kyselylomaketta, esitestajat vastasivat myös valmiiseen kyselyyn.

#### 4.2.4 Kyselyyn vastaaminen

Kyselylomake sisälsi 23 kysymystä, joista avoimia oli 6 kysymystä. Monivalintakysymysten vastausvaihtoehdot oli annettu valmiiksi, joista vastaajalla oli mahdollisuus valita useampi vastausvaihtoehto. Useissa monivalintakysymyksissä oli lisäksi mahdollisuus täydentää vastausvaihtoehtoja omilla vastauksilla, valitsemalla ”muuta, mitä?”, jolla täydennettiin vastaajan vaikutusvaltaa. Vastaajille suotiin myös vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa”, mikäli heillä ei ollut mielipidettä asiasta. Tulokset olivat avoimien kysymysten myötä rikkaampia ja niiden avulla saatiin sellaista tietoa, jota ei pelkällä määrällisellä tutkimuksella olisi saatu. Kysymykset oli myös mahdollista ohittaa vastaamatta.

Avointen kysymysten avulla saatiin terveydenhoitajilta kokemukseräistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Avoimilla kysymyksillä pyydettiin kuvailevia ja kehitysehdotuksia tarjoavia vastauksia. Kuitenkin avoimiin kysymyksiin voi helposti jättää vastaamatta, vastaaja ei ehkä osaa esittää vastaustaan kirjallisesti tai vastaajalla ei ole kokemusta kysytystä asiasta tai saatu tieto ei vastaa kysymykseen, vaan vastaus menee ohi aiheen. Avoimilla kysymyksillä kerätään vastaajien mielipiteitä ja kokemuksia tutkitusta ilmiöstä, jolloin jokainen vastaus on merkittävä ja otettava huomioon (Sarajärvi & Tuomi 2011, 75).

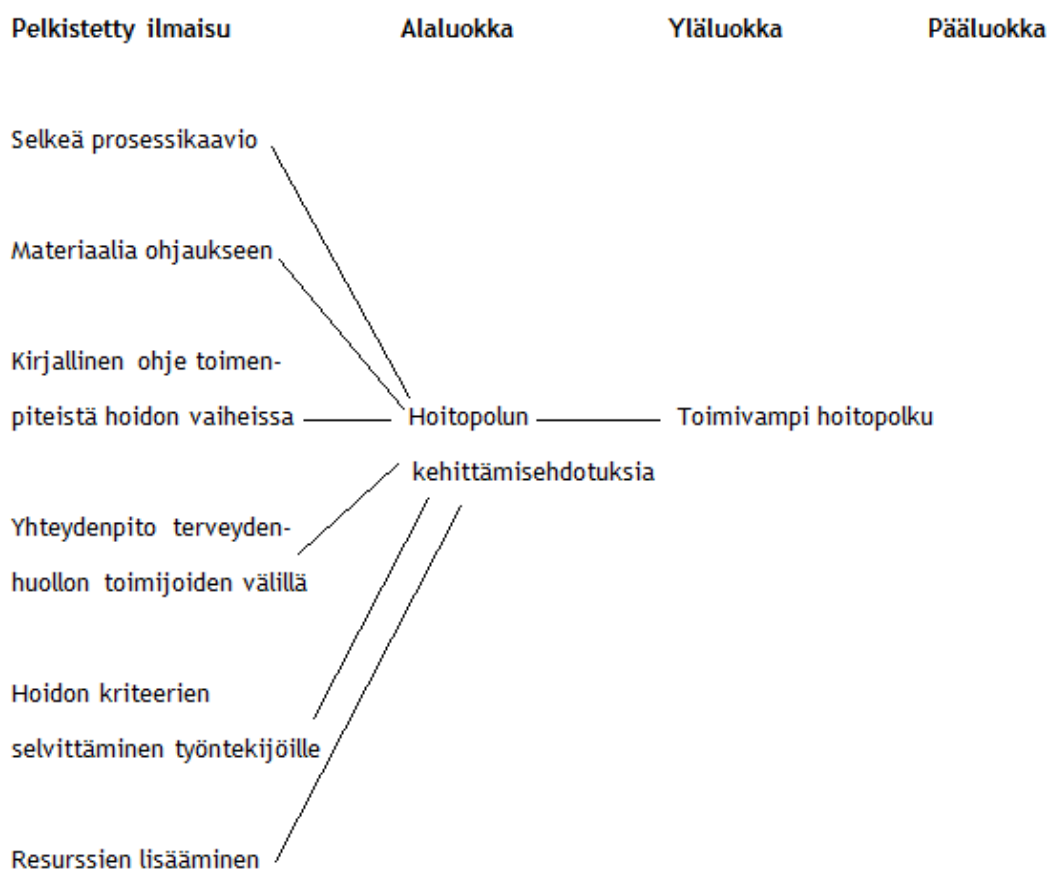
Kyselyn pituudesta riippumatta vastaamisen tulisi olla yksinkertaista ja maksutonta. Vastaamisen helppous parantaa vastausprosenttia. (Luoto 2009.) Koska ensin tulee miettiä, miten kyselylomakkeen tulokset kerätään, opinnäytetyössä päädyttiin sähköiseen tulosten keruuseen. Projektin yhteyshenkilöltä, johtavalta terveydenhoitajalta Hannele Vesterliniltä, pyydettiin Perusturvakuntayhtymä Karviaisen alueen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yhteystietoja, muun muassa sähköpostiosoitteita, joihin saatekirje ja kyselylomakkeen sähköinen vastausosoite lähetettiin. Saatekirjeen lisäksi vastaajat saivat kaksi uusintaviestiä kyselyyn vastaamisesta sähköpostitse, jolla pyrittiin parantamaan vastausprosenttia. Vastaajat saivat vastausaikaa yhteensä neljä viikkoa. Kyselylomake täytettiin anonyymisti, jolloin uusintaviestejä ei voitu kohdistaa, vaan ne lähetettiin kaikille vastaajille, riippumatta siitä, olivatko he jo vastanneet vai eivät.

#### 4.2.5 Tulosten analysointi

Sisällön analysoinnissa olennaista on tutkimusaineiston samanlaisuuksien ja eroavaisuuksien selvittäminen. Aineisto jaetaan luokkiin ja ne ovat toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21.) Hyvässä raportoinnissa yhteys aineiston ja tulosten välillä täytyy näkyä (Kylmä ym. 2007, 67).

Tulosten analyysissa käytettiin Questbackin Digium -ohjelmaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tuloksia voidaan analysoida tilastollisesti esimerkiksi prosenttilukoiden avulla. Lisäksi määrällisessä tutkimuksessa pystytään tekemään päätelmiä saatujen tulosten perusteella. (Hirsjärvi ym. 2009, 131.) Määrällisellä analyysillä selvitettiin ylipainoisen lapsen tai nuoren hoitoon liittyvien tekijöiden syy-seuraussuhteita, niiden välisiä yhteyksiä, yleisyyttä ja esiintymistä muun muassa numeroiden ja tilastojen avulla. Määrälliseen osioon kuuluvat tulokset ilmoitettiin lukumäärinä ja vastaukset muutettiin vastausprosentteiksi. Näin kysymykset, joiden vastauksissa oli paljon hajontaa, oli helpompi havainnollistaa taulukoilla ja kuvioilla.

Laadullisen tutkimuksen aineistolähtöinen sisällönanalyysi jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäiseen vaiheeseen, pelkistämiseen, kuuluu vastausten etsiminen tutkimuskysymyksiin kerätystä aineistosta karsien pois epäolennaiset asiat. Analyysin toisessa vaiheessa vastausaineisto ryhmitellään ja pelkistettyjen ilmauksien yhtäläisyydet ja erot etsitään. Kolmannessa vaiheessa aineistosta kootaan olennaisimmat tiedot ja niiden perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja vastauksia tutkimustehtäviin. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 111-115.)



Kaavio 1: Hoitopolun kehittämisehdotuksia terveydenhoitajien kokemana

Kaaviossa 1 on kuvattu yhden kyselylomakkeen avoimen kysymyksen sisällön analyysi ja litterointi. Avoimen kysymykset siis litteroitiin, jolla tarkoitetaan tutkimukseen osallistuneiden vastaajien kirjoittamien tekstien avaamista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kaikki vastaukset litteroitiin sanasta sanaan erilliselle Word -dokumentille ja esiintymiskerrat laskettiin, jolloin vastaukset voitiin pelkistää ja jakaa luokkiin. Teksteistä on mahdollisuus poimia vain keskeisimmät asiat, jolloin litteroidaan vain tutkittavan ilmiön kannalta keskeisimmät asiat. On kuitenkin huomioitava se, että jotain tutkimuksen kannalta tärkeää voi jäädä huomioimatta. Aineiston osittaisen käytön tulee aina olla perusteltua. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Vastauksia muokattiin kuitenkin muuttamatta niiden sisältöä, lähinnä oikeinkirjoituksen osalta. Osa vastauksista ei liittynyt kysyttävään aiheeseen. Lisäksi kyselytutkimuksen kvalitatiiviseen vastausten analysointiin kuului koodaus. Koodaus ei tarkoita vain aineiston analysointia, vaan siinä on kyse aineiston muuttamisesta käyttökelpoisempaan muotoon. Tutkija havainnoi aineistoa analysoimalla tekstisegmentit ja sijoittamalla ne kategorioihin (Moilanen & Roponen 1994, 11). Lopuksi kerättiin kyselytutkimuksesta saadut olennaisimmat tiedot. Kyselyn tuloksia verrattiin tutkimuskysymyksiin ja tehtiin tutkimusaineistosta prosessikaavio kohderyhmän käyttöön.

#### 4.3 Reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata erilaisilla tavoilla, joista tavallisia ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on keskeisessä asemassa aineiston koko, laatu ja tapa, jolla tutkimusaineisto on kerätty. Otoksen tulee olla harkinnanvarainen eikä satunnaisesti valittu. Tällöin otos on edustava. Tutkimuksen laatua ja luotettavuutta lisätään esimerkiksi käyttämällä laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää rinnakkain, eli aineistotriangulaatiolla. Triangulaatio helpottaa johtopäätösten tekoa ja sitä käyttäen tutkimuksen tulokset ovat varmempia. Kun tutkimukseen osallistuu useampi tutkija, saadaan siitä luotettavampia tuloksia. Näin aineiston analysointi on objektiivista, eikä tutkijoiden omat mielipiteet ja asenteet heijastu tuloksista. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233.) Tutkimuksesta tulee luotettavampi, kun aineistonkeruussa kerätty materiaali alkaa toistaa itseään. Tätä ilmiötä kutsutaan saturaatioksi. Yksi tapa tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun on pohtia sen reliabiliteettia eli toistettavuutta. Toistettavuudella tarkoitetaan sitä, voitaisiinko sama tutkimus toistaa saaden edelleen samanlaiset tulokset. (Lempiäinen, Löytty & Kinnunen 2008, 245-246.) Tutkimustulosten arvioinnin validiteetilla kartoitetaan sitä, mittaako tutkimus, mitä sen on tarkoituskin mitata. Kyselylomaketutkimuksissa yleinen ongelma on, että kysymyksen laati ja vastaaja ajattelevat kysymykset eri tavalla, jolloin tutkija ei saa odottamiaan vastauksia. Luotettavuuden kannalta on tärkeää ilmaista, kuinka tuloksia on analysoitu ja kuinka omat johtopäätökset syntyivät. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206-212.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuuteen vaikutti myönteisesti kahden tekijän osallistuminen prosessin toteuttamiseen. Näin jokaiseen asiaan vaikutti kahden henkilön näkökulma, jolloin on saatu varmemmin karsittua pois tekijöiden omat asenteet ja mielipiteet. Esimerkiksi tulokset on esitetty objektiivisesti. Kyselytutkimuksen vastaajiksi valittiin harkinnanvaraisesti kaikki Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat. Kyselytutkimukseen vastasivat kaikki 11 terveydenhoitajaa eli vastausprosentiksi saatiin 100. Vastausprosentti on erinomainen tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttämällä eli triangulaatiolla vahvistettiin tämän opinnäytetyön luotettavuutta. Luotettavuuden lisäämiseksi keskeinen tavoite oli kuvata ja yleistää asiakkaiden mielipiteet totuudenmukaisesti. Vastaajien anonymiteetti säilytettiin pitämällä vastaajat nimettöminä. Anonymiteettia suojeltiin myös koodaamalla autenttiset vastaukset ja käyttämällä eri vastaajakoodeja lainauksissa. Reliabiliteetin kannalta kysely oli luotettava, sillä se voitaisiin toistaa samanlaisena uudelleen. Näin voitaisi selvittää, onko tutkittava hoitopolku esimerkiksi kehittynyt. Kyselytutkimuksen avulla saatiin sellaisia tietoa ja tuloksia, joihin opinnäytetyöllä pyrittiin. Kyselyn tuloksista saatiin hyviä vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin luotettavasti. Analysoinnissa käytettiin tulosten litteointia, koodausta ja luokittelua. Näitä keinoja käyttämällä aineisto saatiin käytyä läpi perinpohjaisesti, ilman että mitään olennaista jäi huomioimatta. Vaikka kysely esitettiin ja muokattiin palautteen perusteella, eivät kaikki vastaukset siltikään vastanneet siihen, mitä kysyttiin. Osaan avoimista kysymyksistä oli jätetty esimerkiksi kokonaan vastaamatta. Näitä vastauksia kyselyssä ilmeni vain muutamia. Esimerkiksi hoitopolun ongelmakohtia etsittäessä saatiin vastaukseksi kehittämisehdotuksia. Kyselytutkimuksen tuloksista voidaan kuitenkin todeta, että saadut tulokset olivat luotettavia, sillä vastaukset olivat kattavia.

Jokaiseen tutkimukseen kuuluu olennaisesti eettisyysnäkökulmat, joita tarkasteltiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Ammattikorkeakoulun opiskelijoina oli noudatettava Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyväksymiä tieteellisen käytännön menettelyohjeita. Näillä ohjeilla varmistetaan, että opiskelija taitaa hyvän tieteellisen käytännön ja tutkimustyön eettiset vaatimukset, sekä noudattaa näitä opinnäytetyössään. (Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa 2006.) Opinnäytetyön raportoinnin tulee olla täsmällistä ja tarkkaa, eikä kirjoittaja voi muuttaa totuutta, jolloin lukijalle välittyy epäluotettavaa tietoa aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 25-27.) Eettisestä näkökulmasta keskeistä on, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti hyödyntäen koko kerättyä aineistoa. Ei ole esimerkiksi hyväksyttävää jättää kyselylomaketutkimuksessa käsittelemättä jotain tiettyä kysymystä, jos tietolähteet ovat siihen vastanneet. Ihmisiä tutkittaessa tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on tutkittavien yhteistyöhalu. Tutkimuskohde on tässä opinnäytetyössä välillinen, sillä tutkimustyökaluna on kyselylomake. Tutkimusaineiston keruussa on kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten

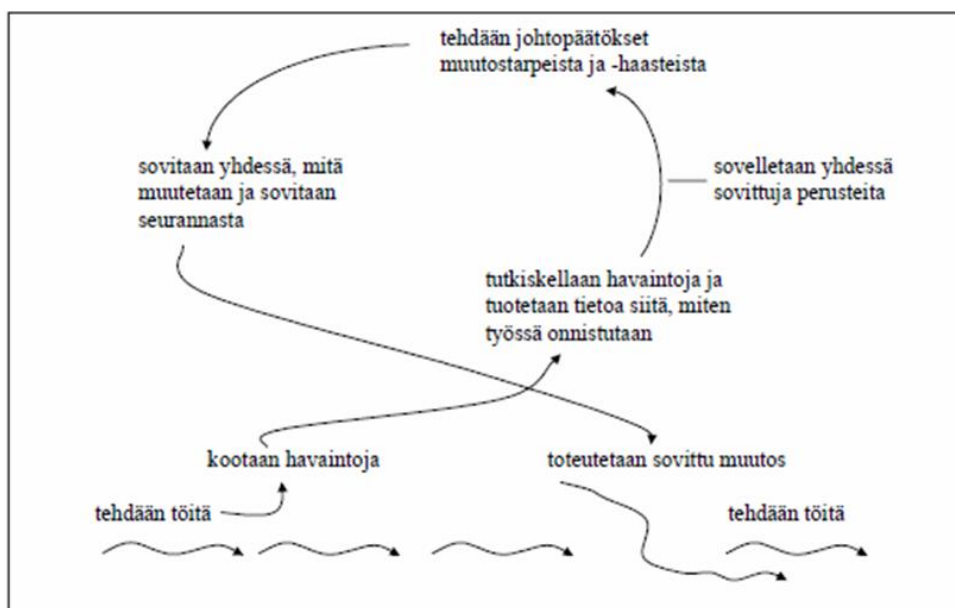


oikeuksiin ja kohteluun, joista säädetään monissa tutkimustoimintaa koskevissa laeissa. Lähtökohtana on, että tutkittavia ihmisiä kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. Kunnioitukseen sisältyy se, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290-292).

Kyselytutkimuksen aineistoa käsitellessä noudatettiin eettisiä käytänteitä kaikissa tutkimuksen vaiheissa, keruuvaiheesta analysointi- ja hävittämisvaiheeseen. Tutkimustulokset kerättiin kyselylomakkeella, vastaajat säilyivät nimettöminä, eikä yksittäisiä vastaajia voitu tunnistaa. Kyselylomakkeella kerätty aineisto oli salassa pidettävää ja käytön jälkeen se hävitettiin. Kyselyn tulokset esitettiin totuudenmukaisesti ja tarkasti, mitään lisäämättä tai pois jättämättä. Koko kerättyä aineistoa hyödynnettiin ja kaikki kyselyn kysymykset käsiteltiin yksi kerrallaan. Lisäksi vastaajia kohdeltiin rehellisesti ja kunnioittavasti. Heillä oli mahdollisuus saada lisätietoa opinnäytetyöstä koko prosessin ajan ja he saavat tarkastella opinnäytetyön tuloksia sen valmistuttua. Jokaiselle vastaajalle lähetettiin saatekirje ja suostumuslomake, jotka luettauan he saivat itse päättää osallistuivatko kyselyyn.

#### 4.4 Prosessin arviointi

Opinnäytetyön aikana ohjaavilta opettajilta saatiin koko prosessin ajan palautetta ja ohjausta tuotoksista, joka auttoi havaitsemaan muutostarpeita. Ohjaavilla opettajilla oli tietoa asiakkaan toiveista ja halutuista tuotoksista, joita työltä odotettiin. Näiden ohjeiden avulla pyrittiin toteuttamaan työ, jonka asiakas oli tilannut. Lisäksi opinnäytetyön arvioinnissa käytettiin itse- ja vertaisarviointia. Suunnitelmavaiheen päätteeksi saatiin suunnitelmaseminaarissa vertaisopponointia.



Kuva 2: "Onnistunut projekti" (Viirkorpi 2000, 40.)

Viirikorpea (2000, 39-40) mukailten arviointia toteutettiin koko projektin ajan sen eri vaiheissa. Näin kehitettiin opinnäytetyötä ja sen kulkusuuntaa jo projektin aikana. Projektin edetessä koottiin havaintoja tehdystä toiminnasta. Näitä havaintoja tutkiskeltiin ja tuotettiin tietoa siitä, miten työssä juuri sillä hetkellä oli onnistuttu. Lisäksi etsittiin muutostarpeiden kohteet ja tehtiin johtopäätöksiä muutoshasteista. Lopuksi sovittiin, miten tuloksia seurataan. Viimeisenä toteutettiin sovittu muutos käytännössä (Kuva 2). Esimerkiksi, kun pohdittiin tutkitaanko työssä hoitopolkua vai hyvinvointipolkua, jouduttiin kattavasti pohtimaan, kumpi käsitteistä palvelee työn tarkoitusta enemmän. Lisäksi tarkasteltiin sitä, mikä käsitteistä kuvasi ylipainoisen potilaan terveyspalvelujen saantia ja kehittämiskohteita parhaiten.

## 5 Tulokset

### 5.1 Kohderyhmän kuvaus

Kyselytutkimus lähetettiin 11 hoitajalle, jotka työskentelivät Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Kaikki kyselytutkimukseen vastanneet (n = 11) olivat terveydenhoitajia. Yksi vastaajista oli työskennellyt Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa alle kaksi vuotta. 2-5 vuotta työskennelleitä terveydenhoitajia oli kolme. Suurin osa, 7 terveydenhoitajaa, oli työskennellyt Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa yli viisi vuotta.

Vastaajista kahdeksan työskenteli alakoulussa. Yläkouluissa työskenteli viisi terveydenhoitajaa. Toisen asteen oppilaitoksissa vastaajista työskenteli kolme. Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat työskentelevät useammassa koulussa samanaikaisesti. Vastaajia ohjattiin vastaamaan kyselytutkimukseen jokaisen koulun näkökulmasta erikseen. Jokainen terveydenhoitaja on vastannut kyselytutkimukseen, mutta yhdistänyt vastauksissaan todennäköisesti eri oppilaitosten tietoja. Tarkoitus oli, että vastauksia olisi tullut yhtä paljon kuin on terveydenhoitajan työpisteitä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Vastauksia saatiin kuitenkin yksi jokaiselta terveydenhoitajalta.

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveydenhoitajat tapasivat oppilaita ja opiskelijoita tavallisesti erilaisissa tarkastuksissa joko kerran vuodessa tai harvemmin. Vuosittaisia tarkastuksia tekivät yhdeksän terveydenhoitajaa ja kaksi tapasi oppilaita ja opiskelijoita harvemmin kuin kerran vuodessa.

## 5.2 Ylipainoisen lapsen ja nuoren ohjaaminen



Kuvio 7: Terveydenhoitajien kokemus ylipainoisten oppilaiden tai opiskelijoiden määrästä

Kyselyn mukaan Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveydenhoitajat kokivat, että oppilaista tai opiskelijoista alle puolet on ylipainoisia. Vastaajista kaksi arvioi ylipainoisten oppilaiden tai opiskelijoiden osuudeksi 5 % koulussaan. Enemmistö, 6 vastaajaa, arvioi osuuden olevan 10 %. Vaihtoehtoihin 20 %, 30 % ja 40 % vastasi jokaiseen yksi terveydenhoitaja (Kuvio 7). Kyselytutkimukseen vastanneet terveydenhoitajat olivat kaikki, 11 (100 %), ohjanneet ylipainoista oppilasta tai opiskelijaa työssään koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Kuvio 7 selviää vastaajien prosentuaalinen osuus.



Kuvio 8: Terveystenhoitajien antaman ohjauksen muodot

Terveystenhoitajat antoivat monenlaista ohjausta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa painonhallintaan. 100 % vastaajista oli antanut suullista ohjausta, lisäksi lähes yhtä moni terveydenhoitaja (10), antoi kirjallista ohjausta. Yksilöohjaus oli suosiossa terveydenhoitajien keskuudessa ja sitä antoi yhteensä kahdeksan hoitajista, kun taas ryhmäohjausta ei ollut antanut kukaan. Yksi terveydenhoitaja oli vastannut antaneensa jotain muuta ohjausta: ”Perhe yhdessä vastaanotolla” (Kuvio 8).

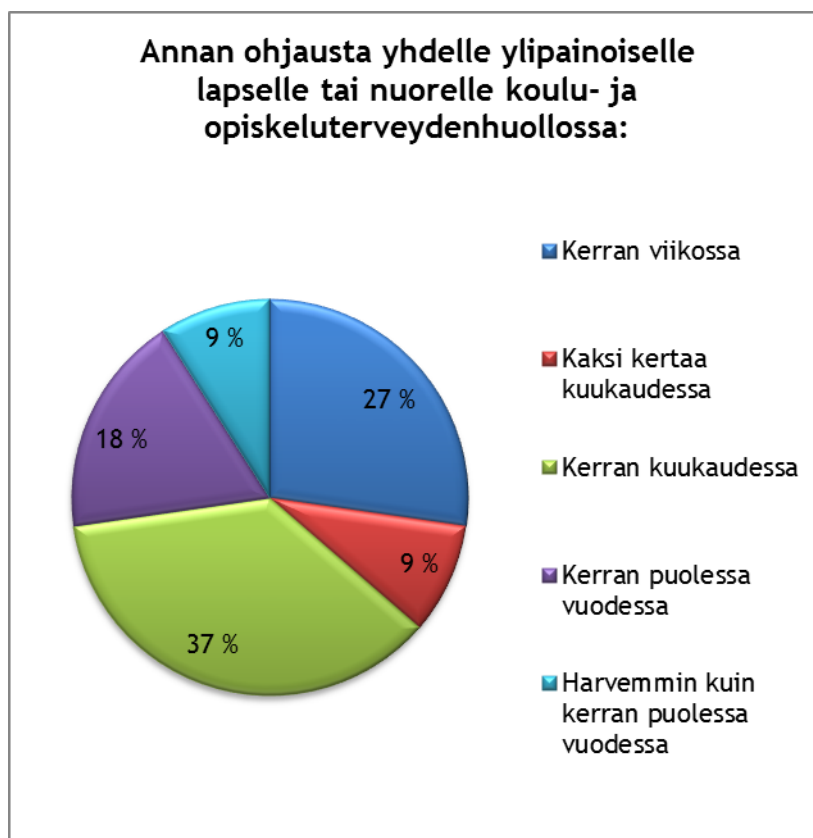


Kuvio 9: Terveystenhoitajien antaman ohjauksen sisältö

Kyselyn mukaan Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien ohjaus oli sisällöltään kattavaa. Useimmiten ylipainoisen lapsen ja nuoren ohjaus sisälsi tietoa ravitsemuksesta, liikunnasta ja painonhallinnasta, myös psyykinen hyvinvointi huomioitiin hyvin. Terveystenhoitajat olivat kaikki (11) antaneet oppilaille ja opiskelijoille ravitsemus- ja liikuntaohjausta. Painonhallintaan liittyvää ohjausta oli antanut 10 vastaajaa, psyykenkin huomioi moni (7). Liitännäissairauksista ja muista terveyspalveluista ohjausta antoi viisi vastaajaa (Kuvio 9).

Tuloksien perusteella kahdeksan terveydenhoitajaa ohjasi ylipainoisen lapsen tai nuoren perhettä. Kolme terveydenhoitajaa ei ollut antanut ohjausta ylipainoisen lapsen tai nuoren perheelle. Terveystenhoitajien kertoivat antaneensa perheelle ohjausta muun muassa mahdollisuuksista terveellisistä ruokailutottumuksista, painonhallinnasta, perheen voimavaroista, liikuntatottumuksista ja ravitsemusterapiasta. Avoimeen kysymykseen vastasi neljä terveydenhoitajaa. Yhteistä vastauksille oli ohjaus terveellisestä ravitsemuksesta. Lisäksi liikuntatottumukset, ravitsemusterapia ja painonhallinta mainittiin jokainen yhdessä vastauksessa.

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella terveydenhoitajat kokivat pääsääntöisesti antamansa painonhallinnan ohjauksen joko hyödylliseksi, tai eivät osanneet vastata sen vaikutuksista. Hyödylliseksi antamansa ohjauksen koki lähes puolet (5) vastaajista. Yhtä monta terveydenhoitajaa vastasi, ettei osaa sanoa oliko ohjauksesta hyötyä. Lisäksi yksi vastaaja koki, ettei hänen antamastaan ohjauksesta ollut hyötyä.



Kuvio 10: Terveydenhoitajan antaman ohjauksen määrä ylipainoiselle lapselle tai nuorelle koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

Kyselytutkimukseen vastanneet terveydenhoitajat antoivat ylipainoiselle lapselle tai nuorelle eri määriä ohjausta, vaihdellen viikoittaisesta ohjauksesta vuosittaiseen ohjaukseen. Kerran viikossa ohjausta antoi kolme vastaajaa. Yksi vastaaja antoi ohjausta kaksi kertaa kuukaudessa ylipainoiselle lapselle tai nuorelle. Kerran kuukaudessa ohjausta kertoi antaneensa neljä vastaajaa. Terveydenhoitajista kaksi ohjasi ylipainoista kerran puolessa vuodessa ja yksi vastaaja harvemmin kuin kerran puolessa vuodessa (Kuvio 10). Kuviosta 10 selviää myös vastaajien prosentuaalinen osuus.

### 5.3 Ylipainoisen lapsen ja nuoren palvelut painonhallintaan



Kuvio 11: Ylipainoisen lapsen ja nuoren palveluun ohjaus

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kouluterveydenhoitajat ohjaavat työssään ylipainoisia lapsia ja nuoria erilaisiin palveluihin. Fysioterapiaan oli ohjannut lähes puolet, viisi vastaajaa. Koulukuraattorin vastaanotolle ylipainoisia oppilaita tai opiskelijoita ohjasi yksi terveydenhoitaja. Kaikki vastaajat ohjasivat ylipainoisia lapsia tai nuoria ravitsemusterapeutille. Kouluterveydenhoitajan vastaanottoa hyödynsi ohjauksessa neljä vastaajaa. Painonhallintaryhmiin ja erikoissairaanhoidon palveluihin ohjasi kolme vastaajaa. Muihin palveluihin ylipainoisia lapsia ja nuoria ohjasi 6 terveydenhoitajaa. Muita palveluita olivat koululääkärin vastaanotto, kunnalliset liikuntapalvelut ja ”liikuntalähete”, sekä yksittäisissä vastauksissa esiintyivät näytteenotto laboratoriossa, perheneuvola ja nuorisosaema. Liikuntapalvelut mainittiin neljässä vastauksessa ja koululääkäri kolmessa vastauksessa (Kuvio 11). Kaksi vastaajista koki ylipainoisen lapsen ja nuoren saamien palveluiden olevan riittävät. Yli puolet terveydenhoitajista (6) oli sitä mieltä, että palvelut eivät ole riittävät. Vastaajista kolme ei osannut sanoa riittävätkö palvelut ylipainoiselle lapselle ja nuorelle.

Kyselytutkimuksen perusteella terveydenhoitajat toivoivat lisää palveluita ylipainoiselle lapselle ja nuorelle Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa, kysymykseen vastaajia oli yhdeksän. Yhteisenä tekijänä vastauksissa esiintyi ravitsemusterapian ja painonhallintaan liittyvien ryhmien tarve, jotka näkyivät viidessä vastauksessa. Lisäksi liikuntapalveluita, esimerkiksi kömpelöille ja liikkumaan tottumattomille lapsille, toivoi kaksi vastaajaa.

Moni terveydenhoitaja (8) kertoi kokemuksistaan ylipainoisen lapsen tai nuoren odotuksista terveystalvaeluita kohtaan. Yhteistä nuorten odotuksissa oli nopeat ja näkyvät tulokset, esimerkiksi pikaisen laihtumisen muodossa (4 vastausta). Monipuolisuutta vastauksiin toi yhden terveydenhoitajan kokemus lasten ja nuorten odotuksista yksinkertaiseen ohjeistukseen, helposti saatavilla oleviin tapaamisiin ja muihin ryhmiin. Kyselyyn vastanneista yli puolet (6) ei osannut sanoa, ovatko ylipainoisen lapsen tai nuoren odotukset terveystalvaeluita kohtaan realistisia. Kaksi vastaajaa arvioi odotusten olevan realistisia, kun taas kolme vastaajaa koki odotukset epärealistisina. Terveydenhoitajista neljä arvioi, että ylipainoisen lapsen tai nuoren on helppo hakea apua ylipainon hoitoon Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Kaksi vastaajista koki, ettei avun hakeminen ylipainon hoitoon ole helppoa. 5 vastaajaa ei osannut sanoa oliko painonhallintaan helppo lapsen ja nuoren hakea apua.

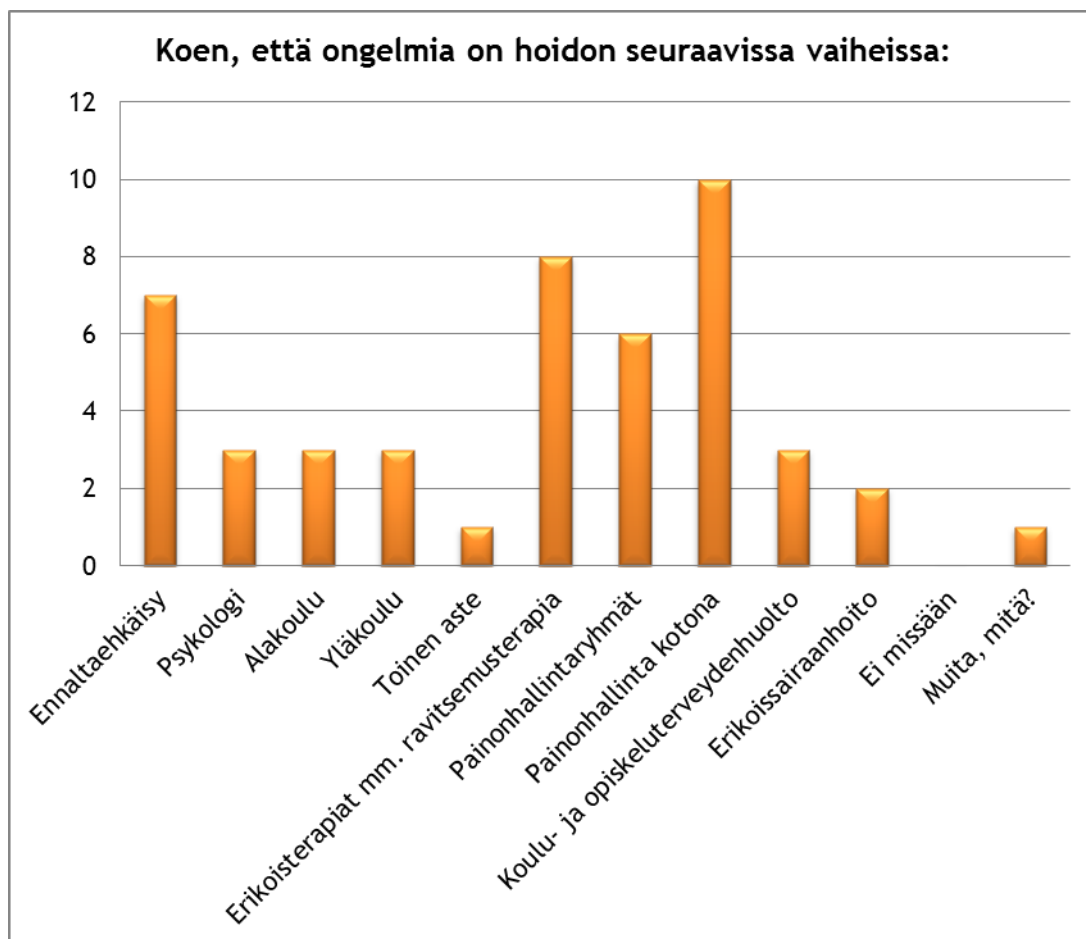
#### 5.4 Hoitopolku

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat kuvailivat ylipainoisen lapsen tai nuoren hoito(polku) omin sanoin avoimissa kysymyksissä. Vastauksissa kävi ilmi, että terveydenhoitajat kokivat, ettei yhtenevää ylipainoisen lapsen tai nuoren hoito-ohjeistusta tai hoitopolkua ole. Kaksi vastaajaa ei kuvannut polkua lainkaan. Vastaajista kahdeksan aloitti hoitopolun kuvaamisen terveydenhoitajan vastaanotosta. Yksi vastaaja koki, että opettaja on ensimmäinen, joka huomioi lapsen tai nuoren ylipainon ja lähettää lapsen terveydenhoitajalle. Kaikki hoitopolkua kuvanneet kertoivat, että ylipainoisen lapsen tai nuoren hoitopolku jatkuu joko lähetteellä ravitsemusterapiaan (8 vastausta) ja/tai koululääkärin vastaanotolle (9 vastausta). Terveydenhoitajien kuvaaman hoitopolun mukaan lääkäri ohjasi ylipainoisen lapsen tai nuoren laboratorionkokeisiin (5 vastausta), erikoissairaanhoidon (4 vastausta), nuorisopsykiatrisia (1 vastaus), lasten tautien poliklinikalle (3 vastausta) tai ravitsemusterapiaan (8 vastausta). Yhdessä hoitopolun kuvauksessa mainittiin terveydenhoitajan lähettäneen ylipainoinen lapsi tai nuori koulukuraattorille. Lisäksi muutama (2) vastaajaa oli tehnyt liikuntalähetteen.

Jos painokäyrä nousujohteinen, mutta vielä lievä ylipaino (+25-40 %), keskustella kouluterveydenhuollossa. Tarvittaessa ohjaus ravitsemusterapeutille. Yli 40 % suhteellinen paino-pituusprosentti ohjataan lääkärielle. Lääkäristä riippuen laboratorionkokeita, ravitsemusterapeutti. Vaikeaa ylipainoa lääkäri lähettää erikoissairaanhoidon. (V4)



Lähes kaikki vastaajat (9) kokivat, että ylipainoisen lapsen tai nuoren hoito Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sisältää ”sudenkuoppia”, jotka voivat katkaista hoidon jatkuvuuden. Yksikään vastaaja ei kokenut, että mikään ei vaarantaisi hoidon jatkuvuutta, kaksi vastaajaa ei osannut sanoa.



Kuvio 12: Terveydenhoitajien kokemat kehittämiskohteet ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidossa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

Suurimmat ongelmat ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidossa esiintyivät kyselytutkimuksen mukaan ennaltaehkäisyssä, erikoisterapioiden saatavuudessa ja painonhallinnassa kotona. Seitsemän terveydenhoitajista koki ennaltaehkäisyssä olevan ongelmia ylipainoisten lasten tai nuorten hoidossa. Kolme vastaajista oli sitä mieltä, että ongelmat ylipainon hoidossa esiintyvät koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, alakoulussa, yläkoulussa ja psykologin palveluissa. Yksi vastaaja arvioi, että ongelmia olisi toisen asteen kouluissa. Lähes kaikki terveydenhoitajat (8) koki ongelmia erikoisterapioiden palveluissa, muun muassa ravitsemusterapia, fysioterapia. Yli puolet (6) kysymykseen vastanneista totesi ongelmien liittyvän painonhallintaryhmiin, lisäksi kaikki vastanneet näkivät kotona toteutettavassa painonhallinnassa ongelmia. Erikoissairaanhoidossa ongelmia koki kaksi vastaajaa. Yksi terveydenhoitaja vastasi lisäksi on-

gelmia olevan muualla kuin edellä mainituissa hoidon vaiheissa. Vastajaan mielestä ongelma oli yksilön motivaatio painonhallintaan (Kuvio 12).

Avoimessa kysymyksessä vastaajat toivat ilmi Perusturvakuntayhtymä Karviaisen ylipainoisen lapsen ja nuoren hoito(polun) ongelmia koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Vastauksia avoimeen kysymykseen oli 10. Kehitettävää löytyi monilta hoidon eri osa-alueilta.

Hoito(polun) ongelmat	Vastaajat (kpl)
Erikoisterapioihin pitkät jonot	3
Hoito-ohjeiden puute	4
Painonhallinta kotona	2
Lääkäreiden erilaiset käytänteet	4
Painonhallintaryhmien vähyyys	2
Erikoissairaanhoidon ja kouluterveydenhuollon kontaktien puutteet	1
Resurssien vähyyys	4
Psykologipalvelujen puute toisella asteella	1

Taulukko 1: Hoidon ja hoitopolun ongelmat terveydenhoitajien kokemana

Suurimmat kehityskohteet koskivat terveydenhoitajien kokemana hoito-ohjeita, sekä lääkäreiden käytänteitä. Tämä aiheutti ylipainoisen lapsen tai nuoren hoitopolun katkonaisuutta ja teki terveydenhoitajan työstä haasteellisempää. Esimerkiksi yksi terveydenhoitaja vastasi, ettei selkeästi sovittuja painoprosenttirajoja jatkohoitoon ohjaamiseen tai tiettyjä laboratorionäytteitä ei ole sovittu. Vastauksista ilmeni myös, ettei kaikilla lääkäreillä ole tietoa painoprosenttirajoista. Resurssipula, etenkin erikoissairaanhoidon puolella, nousi esiin neljässä vastauksessa. Erityisesti ravitsemusterapiaan koettiin olevan pitkät jonot. Terveydenhoitajat kokivat, ettei koko perheettä ehditä hoitaa, vaikka hoitoa toteuttaisi erikoissairaanhoidossa. Myös erikoissairaanhoidon ja kouluterveydenhuollon yhteistyö koettiin puutteelliseksi yhdessä vastauksessa. Sekä kotona tapahtuvaan painonhallintaan että painonhallintaryhmien vähyyteen oli kiinnittänyt huomiota kumpaankin kaksi vastaajaa. Lisäksi yksi vastaaja kiinnitti huomiota psykologipalveluiden puuttumiseen toisen asteen koulussa (Taulukko 1).

Kyselytutkimuksen viimeisen avoimen kysymyksen tarkoitus oli kartoittaa terveydenhoitajien kehittämisehdotuksia ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolulle Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa. Kehittämisehdotuksia antoi yhteensä viisi terveydenhoitajaa. Keskeisimpänä kehityskohteena vastausten perusteella oli selkeän prosessikaavion luominen ylipainoisen oppilaan tai opiskelijan hoitoon (3 vastaajaa). Prosessikaaviossa olisi tarpeellista kuvata selkeitä kri-

teereitä ja toimia hoidon eri vaiheissa. Yksi vastaaja toivoi tiiviimpää yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja kouluterveydenhuollon välillä. Lisäksi yksittäisistä vastauksista ilmeni tarve lisäresursseille. Koettiin myös, että ylipainoisten lasten ja nuorten vanhemmat ovat usein ylipainoisia, vaikka heillä oletettavimmin on jo paljon tietoa terveellisestä ravinnosta ja painonhallinnasta. Koko perheen tukemiseen kaivattiin ohjausmateriaalia (2 vastausta).

## 6 Johtopäätökset

Johtopäätökset osiossa tarkastellaan kriittisesti kyselytutkimuksen tuloksia tutkimuskysymyksiin ryhmiteltyinä ja esitetään kehittämisehdotuksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata polkua, jossa tarkastellaan ylipainoisen lapsen ja nuoren kulkua hoitopolullaan Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Sähköiseen kyselyyn vastasi yhteensä 11 terveydenhoitajaa. Tavoitteena opinnäytetyölle oli löytää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun kehittämiskohteita, jotta hoitopolkua voidaan kehittää Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa. Tuloksia verrataan lisäksi teoreettiseen viitekehykseen ja kartoitetaan tulosten vastaavuutta aiemmin tutkittuun tietoon.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän kyselytutkimuksen mukaan lähes kaikilla oli vähintään kaksi vuotta työkokemusta, useilla jopa yli viisi vuotta Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Sen perusteella voidaan olettaa, että tiedot oppilaiden ja opiskelijoiden terveydestä ovat tämän kyselytutkimuksen kannalta riittäviä ja luotettavia. Terveystietäjät arvioivat pääsääntöisesti koulujen oppilaista ja opiskelijoista noin 5-10 % olevan ylipainoisia. Vuonna 2006 tutkimusten mukaan 5-vuotiaista pojista ylipainoisia oli noin 10 % ja tytöistä 18 %. Samassa tutkimuksessa 12-vuotiaista pojista arvioitiin ylipainoisia olevan 24 % ja tytöistä 19 %. (Lihavuus lapset 2013.) Teini-ikäisistä ylipainoisia on noin 15-20 % (Mustajoki 2013).

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhoidon terveydenhoitajat ovat antaneet ylipainoiselle lapselle tai nuorelle suullista, kirjallista sekä yksilöohjausta. Ohjaus oli kyselyn mukaan monipuolista. Vaikka ohjaus oli kattavaa, jää silti pohdittavaksi, miksi yksi kymmenestä tutkimuskoulun oppilaasta tai opiskelijasta on ylipainoisia. Kuitenkin terveydenhoitajista yli puolet koki, ettei ohjauksesta ollut hyötyä tai eivät osanneet sanoa ohjauksen vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että ohjaus oli hyödytöntä, jos oppilaalla tai opiskelijalla ei ollut motivaatiota ylipainonhallintaan. Terveystietäjän tehtävänä on arvioida asiakkaan hoitomotivaatiota lihavuuden hoitoon (Suopajarvi 2011). Terveystietäjien epätietoisuutta ohjauksensa hyödyistä saattoi lisätä, se etteivät he ehdi nähdä tuloksia oppilaan tai opiskelijan siirtyessä kouluasteelta toiselle. Lisäksi vastuu ylipainoisen hoidon jatkuvuudesta siirtyy eri koulun terveydenhoitajalle. Toisaalta lähes yhtä suuri osa kyselyyn

vastaajista koki antamastaan ohjauksesta olleen hyötyä. Esimerkiksi alakouluissa, joissa terveydenhoitajilla on mahdollisuus luoda pitkä hoitosuhde asiakkaaseen, ohjauksensa hyödyt ja tulokset on helpompi tunnistaa. Painonhallinnassa tärkeää on oikea-aikaisuus ja sen pitkäkestoisuus (Ihanainen ym. 2009, 9).

Perheiden rooli lasten ja nuorten painonhallinnassa on merkittävä. On tärkeää, että vanhemmat sitoutuvat painonhallintaan, sillä vanhemmilla on vastuu perheen ruokailutottumuksista, kuten ruoka-ajoista, ruuan laadusta ja rajoituksista. (Lihavuus lapset 2013.) Stakesin (2002, 22-23) mukaan terveydenhoitajat voivat keskeisesti vaikuttaa perheiden terveyttä edistäviin toimintatapoihin ja hyvä yhteistyö oppilaan vanhempien kanssa edistää oppilaan hyvinvointia. Terveydenhoitajan on käytettävä tukevaa ja valmentavaa otetta lihavuuden hoidossa, eikä kritisoida lasta tai vanhempia. Hoidon tavoitteet asetetaan yhdessä perheen kanssa, huomioiden perheen tilanne ja toiveet. (Lihavuus lapset 2013.) Kyselystä selvisi, että terveydenhoitajien antama ohjaus perheelle keskittyi perheen voimavaroihin ja painonhallinnan keinoihin kotona. Kuitenkin kyselytutkimukseen vastanneista terveydenhoitajista 27 % ei ollut ohjannut ylipainoisen oppilaan tai opiskelijan perhettä työssään.

Vastauksista kävi ilmi, että normaalipainoisia oppilaita ja opiskelijoita terveydenhoitaja tapaa säännöllisesti kerran vuodessa. Ylipainoisia oppilaita ja opiskelijoita tavattiin selkeästi enemmän, useimmiten kerran kuukaudessa tai useammin. Sosiaali- ja terveysministeriö on luonut kouluterveydenhuollolle omat laatusuositukset, sekä koululaisen hyvinvointia sekä terveyttä tulisi seurata yksilöllisten terveystarkastusten ja suunnitelmien avulla (Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004:8, 15).

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat ohjasivat työssään ylipainoisia lapsia ja nuoria monenlaisiin terveystalouteihin. Kaikilla terveydenhoitajilla oli sama kokemus siitä, että ylipainoinen lapsi tai nuori ohjataan ravitsemusterapiaan. Muiden palveluiden käytössä oli paljon hajontaa, johon saattoi vaikuttaa selkeiden hoitoonohjauksen määritelmien ja kriteerien puuttuminen. Käypä hoitosuosituksen (2013) mukaan, kun lapsella tai nuorella todetaan ylipaino, hänet ohjataan fysioterapiaan ja ravitsemussuunnittelijalle. Lisäksi saatavilla on terveydenhoitajan ohjausta. Erikoissairaanhoidon tehdään lähete, mikäli on syytä epäillä lapsella tai nuorella muun kuin elämäntapojen aiheuttavan lihavuutta. Lapsi tai nuori saa vielä jatko-ohjausta ja häntä seurataan terveydenhoitajan vastaanotokäynneillä. Tavoitteena on, että lapsen paino on hallinnassa sekä kasvu ja kehitys normaalia prosessin päättyessä. (Venäläinen 2010.)

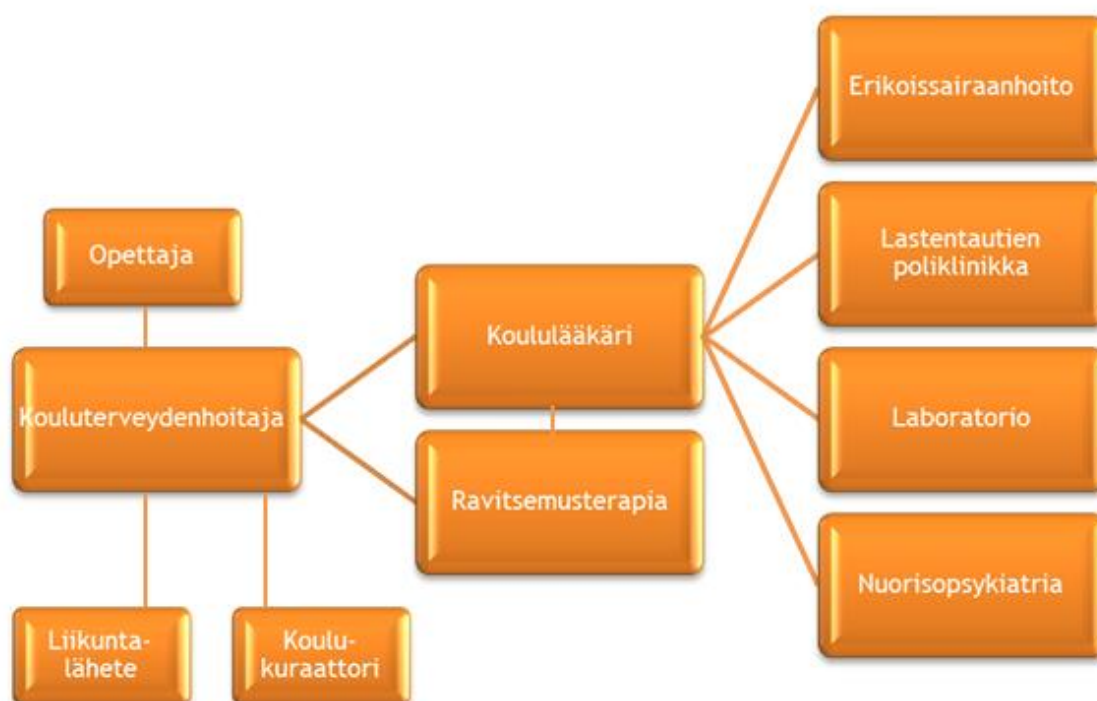
Vastaajista enemmistö koki, että ylipainoisen lapsen ja nuoren saamat palvelut eivät ole riittäviä Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa. Palveluiden kehittämiseen liittyvän kysymyksen vahva vastausprosentti kertonee asian tärkeydestä, ja että asiaan halutaan vaikuttaa. Vasta-

uksien perusteella palveluiden riittämättömyyden takana on selvä resurssipula. Säästöt elämänsäkaaren tässä vaiheessa voivat aiheuttaa suuria ongelmia ylipainon suhteen myöhemmin, kuormittaen terveydenhuoltoa vielä enemmän. Ylipainon kehitykseen puuttumisella jo varhaisessa vaiheessa saadaan parempia tuloksia kuin lihavuudeksi kehittyneen liikapainon hoidolla (Lihavuus lapset 2013). STRIP- tutkimuksenkin merkittävin tulos on, että varhainen interventio selvästi vähentää ylipainoisuuden esiintymistä lapsilla ja nuorilla (Niinikoski ym. 2007, 1032 - 1040). Kouluterveydenhuollon laatusuosituksien (2004:8, 27) mukaan kuntien tehtävänä on tehdä omat kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmat ja niiden tulisi seurata kouluterveydenhuollon laatusuositusten toteutumista vuosittain itse. Näin kyettäisiin seuraamaan suositusten toimivuutta ja kartoittamaan mahdolliset ongelma-alueet.

Kyselytutkimuksen vastaajien oli vaikeaa arvioida olivatko ylipainoisen lapsen tai nuoren odotukset terveystalvueluita kohtaan realistisia. Vastauksista ei selviä onko odotuksia terveystalvueluita kohtaan selvitetty koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Moniin oppilaiden ja opiskelijoiden odotuksiin terveydenhoitaja ei voi vaikuttaa, mutta heidän tietouttaan esimerkiksi terveystalvueluista ja niiden saatavuudesta voidaan lisätä. Esimerkiksi pitkistä jonotusajoista ja palveluiden saatavuudesta informoiminen muuttaisi odotuksia realistisemmiksi. Kuitenkaan terveydenhuollon resurssipulaan ei voida vaikuttaa. Lisäksi potilaan ohjauksen ja potilasohjeiden tulisi olla ikää ja kehitystasoa vastaavia, jotta ne tavoittaisivat kohderyhmän. Terveydenhoitajien käsitystä lasten ja nuorten odotuksista terveystalvueluita kohtaan voisi lisätä keskustelemalla odotuksista ylipainoisen kanssa. Silloin palveluita voisi kohdentaa odotusten mukaisesti ja ylipainoisen motivaatio hoitoa kohtaan paranisi, kun hän itse saisi vaikuttaa niihin. Anttila (2006) esittää, että yhteistyö kohderyhmän edustajien kanssa on tärkeää, koska he parhaiten tietävät, mikä on heidän kannaltaan tarkoituksenmukaista.

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat eivät osanneet määrittellä, oliko ylipainoisen lapsen tai nuoren helppo hakea apua ylipainon hoitoon. Kolmasosa vastaajista arvioi avun hakemisen olevan helppoa. Kouluterveydenhoitajan antaman avun saantiin heikentävästi voi vaikuttaa läsnäolon riittämättömyys. Toisissa kouluisa terveydenhoitaja oli tavattavissa päivittäin, toisissa kerran kuussa tai sopimuksen mukaan (Perusturvakuntayhtymä Karviainen 2013). Mitä useammin terveydenhoitaja on paikalla, sitä helpompaa apua on saada. Toisaalta puhuttaessa lapsista ja nuorista, vastuu heidän terveydestään on aikuisella, kouluterveydenhuollon osalta terveydenhoitajalla, esimerkiksi vuosittaisissa tarkastuksissa. Terveydenhuollon työntekijä ottaa painon ja sen seurannan puheeksi, kun kasvun seurannassa todetaan viitteitä ylipainon kehittymisestä tai kun lapsi todetaan lihavaksi (Lihavuus lapset 2013). Lisäksi kouluterveydenhuollon laatusuosituksien (2004:8, 15) mukaan kouluterveydenhuolto, joka toteutetaan olennaisena osana oppilashuoltoa, tulisi olla helposti saatavilla olevaa palvelua.

Kaikki kyselyyn vastanneet kuvailivat oman näkemyksensä ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolusta Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Vastauksista selvisi, ettei koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle yhteistä ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidon linjausta ole käytössä. Suuri vastaajamäärä hoitopolkua ja sen kehittämistä koskevissa kysymyksissä viitanee haluun ja tarpeeseen tuoda esiin hoitopolun kehityskohteita. Vastauksissa näkyi tyytymättömyys siihen, ettei selkeitä määritelmiä tai ohjeita ole siihen, milloin ylipainoisen lapsen tai nuoren kuuluu saada mitään terveydenhuollon palveluita.



Kuvio 13: Kooste terveydenhoitajien kuvaamasta ylipainoisen lapsen tai nuoren hoitopolusta

Terveydenhoitajien kuvailemissa hoitopoluissa toistuivat tietyt yhteiset elementit, mutta kuvauksissa oli myös paljon eroja. Kuviossa 13 on vastausten perusteella rakennettu hoitopolun malli ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidossa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajien kokemana. Tavallisin kontakti ylipainoisen opiskelijan tai oppilaan ja terveystalveluiden välillä oli kouluterveydenhoitaja. Myös opettaja saattoi ohjata ylipainoisen lapsen tai nuoren kouluterveydenhoitajan vastaanotolle. Terveydenhoitajan lähin kontakti koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on koululääkäri. Lisäksi hoidon alkuvaiheessa tehdään ylipainoisesta lapsesta tai nuoresta lähete ravitsemusterapeutille. Lääkäri voi lisäksi ohjata lapsen tai nuoren erikoissairaanhoitoon, lastentautien poliklinikalle, laboration näytteenottoon tai nuorisopsykiatriaan. Vastausten mukaan kouluterveydenhoitaja tekee yhteistyötä myös koulukuraattorin kanssa ja voi ohjata

ylipainoisen kunnallisiin liikuntapalveluihin (Kuvio 13). Lasten lihavuudesta on luotu Käypä hoito -suositus, joka toimii ohjeena ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidossa (Lihavuus lapset 2013). Ylipainoisen lapsen ja nuoren yhtenäistä hoitopolkumallia ei ole saatavilla, vaan alueellisia hoitopolkumalleja on kehitetty eri sairaanhoitopiireissä. Venäläisen (2010) mallin mukaan ylipainoisen lapsen tai nuoren hoitopolkuprosessi alkaa, kun terveydenhoitaja toteaa Käypä hoito -suosituksen mukaisen ylipainon. Terveydenhoitaja antaa ohjausta painonhallintaan ja tarvittaessa tekee lähetteen erikoisterapioihin ja koululääkärille. Lääkäri lähettää ylipainoisen lapsen tai nuoren harkinnan mukaan erikoissairaanhoitoon. Jatkohoito ja seuranta tapahtuu kouluterveydenhuollossa.

Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat näkivät suurimpina ongelmina ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidolle ja hoitopolulle painonhallinnan kotona, ylipainon ennaltaehkäisyn, sekä erikoisterapioiden saatavuuden. Käypä hoito -suosituksen mukaan (Lihavuus lapset 2013), terveydenhoitajan tulisi yhdessä perheen kanssa etsiä sopiva hoitomuoto lapsen tai nuoren lihavuuden hoitoon. Suopajarvi (2011) painottaa, että lapset ja nuoret oppivat vanhempien näyttämän esimerkin ja suhtautumisen ruokaan ja liikuntaan. Tärkeää olisi, että vanhemmat sitoutuisivat painonhallintaan, sillä vanhemmilla on vastuu perheen ruokailusta ja heidän tulisi huolehtia terveellisten ruokien hankkimisesta kotiin. (Suopajarvi 2011.) Story ym. (2002, 210-214) totesi ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidon heikkouksiksi vanhempien osallistumattomuuden, asiakkaan motivaation, sekä tukiverkoston puutteellisuuden. Koululaisen terveystietoa tulisi vahvistaa ja terveyttä edistää. Lisäksi kouluterveydenhuollon laatusuositukset painottavat terveydenhoitajat roolia ylipainon ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa puuttumisessa. (Kouluterveydenhuollon laatusuositukset 2004:8, 15.) Taulun (2010) tutkimuksessa ravitsemustietouden lisääminen todettiin ennaltaehkäiseväksi tekijäksi lapsen ja nuoren ylipainon hoidossa.

Erikoisterapioihin ja painonhallintaryhmiin pääsy koettiin vaikeaksi, ja jonot niihin olivat terveydenhoitajien kertoman mukaan pitkät. Syyksi ehdotettiin vastauksissa resurssipulaa. Vastaanottoaikojen lisääminen helpottaisi hoitoon pääsyä. Nopeampi erikoissairaanhoitoon pääsy palvelisi paremmin ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidon jatkuvuutta. Terveydenhoitajat kokivat, että painonhallintaryhmien lisääminen tukisi painonhallinta ja ryhmien tulisi olla monipuolisempia, sekä kohdistettu lapsille ja nuorille. Suopajarven (2011) mukaan lapsen ja nuoren ohjauksessa on keskeistä huomioida muun muassa lapsen ikä, kehitystaso, sukupuoli, tietopohja ja elämäntilanne. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota lapsen tai nuoren terveystietoon ja kulttuuriin. Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen parantaa hoidon tuloksia.

Kyselytutkimuksen vastausten mukaan ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidon ongelmia koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ilmeni tasaisesti kaikilla kouluasteilla. Vastaajat esittivät, ettei selkeitä hoito-ohjeita ole niin hoitajilla kuin lääkäreilläkään, jonka vuoksi puutteellinen yli-

painoisen lapsen ja nuoren hoitopolku on tuottanut ongelmia eri tahoilla. Kuitenkin vain kolmasosa vastaajista koki, että koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa on ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitoon liittyviä ongelmia. Psykologin palveluiden puutteellisuus aiheutti Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ongelmia ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidolle, johon syyksi yksi vastaajista oli esittänyt, ettei psykologin palveluita ole ollenkaan tarjolla tällä hetkellä.

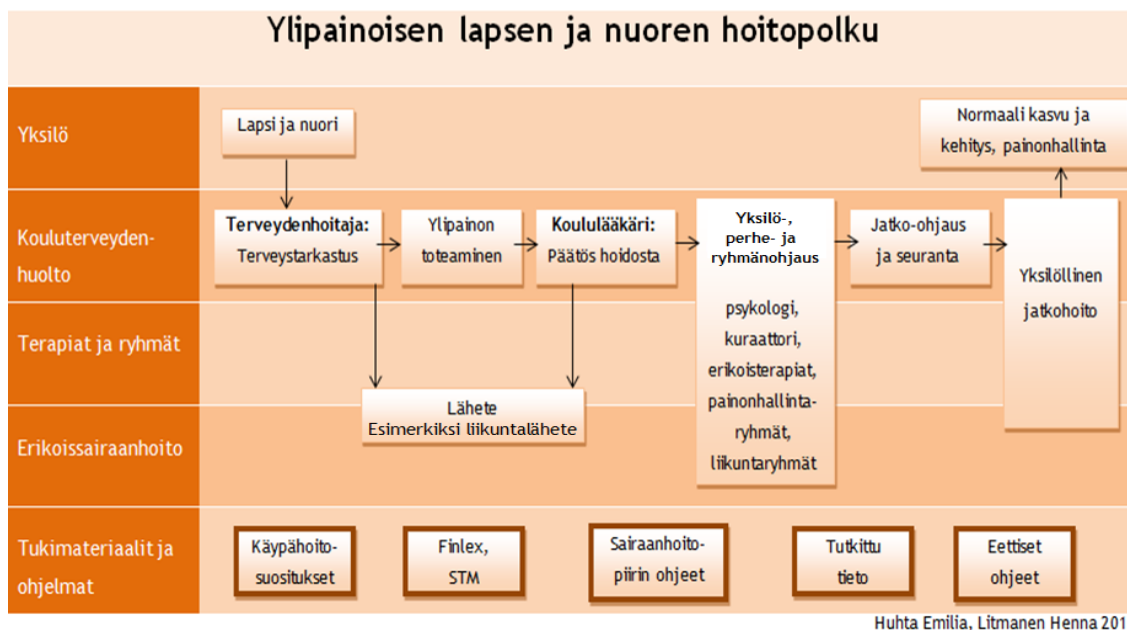
Tulosten yhteenvetona voidaan todeta, että Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidosta löytyi kehittämiskohteita. Kyselytutkimuksen perusteella tietoa ja välineitä ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidolle on, mutta yhtenäiset linjaukset ja ohjeet puuttuvat. Erikoissairaanhoidon resurssipula heijastuu myös perusterveydenhuoltoon. Yhteistyö eri toimijoiden välillä on puutteellista, niin yksiköiden sisällä kuin niiden välillä. Lisäksi ylipainoisen lapsen tai nuoren hoidon avainasemassa olevaa perheen osallistumista tulisi vahvistaa jatkuvasti.

## 6.2 Kehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyö kartoitti, millaista ohjausta ja mitä terveystalvaeluita ylipainoinen lapsi ja nuori sai terveydenhoitajan näkökulmasta Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Lisäksi kerättiin vastauksia ylipainoisten lapsen ja nuoren odotuksista terveystalvaeluita kohtaan terveydenhoitajien näkökulmasta, ja etsittiin ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolulle kehittämisehdotuksia. Ylipainoisen lapsen ja nuoren ohjauksesta Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa saimme kattavaa tietoa. Terveystalvaeluiden määrä ja riittävyys tuli esille selkeästi kyselytutkimuksen myötä. Terveydenhoitajat eivät täysin osanneet kuvata ylipainoisen lapsen ja nuoren odotuksia terveystalvaeluita kohtaan ja tulevaisuudessa tulisi kysyä odotuksista suoraan lapsilta ja nuorilta. Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitoprosessi kuvattiin puutteelliseksi ja terveydenhoitajat vastasivat ettei sitä edes ole olemassa. Kuitenkin kyselyn perusteella selvisi, että Perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveydenhoitajilla oli selkeästi työvälineitä kehittää omaa toimintaansa ja luoda hoitopolku. Tärkeimmät kehittämiskohteet hoitopolulle olisi yhteistyön toteuttaminen moniammatillisesti, sekä yhteisten sopimusten ja kriteerien luominen hoitopolun eri vaiheisiin.

Kuviossa 14 on esitetty opinnäytetyön tekijöiden laatima ideaalinen ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku (liite 6). Hoitopolku rakennettiin yhdistämällä tutkimustietoa ja opinnäytetyön avulla kerättyä aineistoa.





Kuvio 14: Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku

Kuvion 14 hoitopolku olisi yksi tapa kehittää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitoa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Malli hoitopolusta kuvaa yksilön kulkua terveydenhuollon palveluissa koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, terapioiden ja ryhmien sekä erikoissairaanhoitossa. Hoitopolku alkaa terveydenhuollossa, kun lapsen tai nuoren ylipaino todetaan terveydenhoitajan vastaanotolla, yleensä terveystarkastuksessa. Ylipaino todetaan esimerkiksi käyttämällä hyväksi Käypä hoito -suosituksia. Tarvittaessa lapsi tai nuori ohjataan koululääkärin vastaanotolle. Terveydenhoitaja tai lääkäri arvioi lähetteen tarpeen jatkohoidosta erikoissairaanhoitossa tai muissa palveluissa, esimerkiksi painonhallintaryhmässä, ravitsemusterapiassa tai psykologin vastaanotolla. Hoitopolku jatkuu kouluterveydenhuollossa toteutettavalla lapsen tai nuoren jatko-ohjauksella ja ylipainon seurannalla. Asiakkaalle suunnitellaan lisäksi yksilöllinen jatkohoito. Tavoitteena on turvata lapselle tai nuorelle normaali kasvu ja kehitys ja tukea itsenäistä painonhallintaa. Perheen tulisi olla ylipainoisen lapsen tai nuoren painonhallinnassa vahvasti mukana. Koko perheen on mahdollista saada painonhallintaan liittyvää ohjausta muun muassa kouluterveydenhoitajalta.

Erityisesti kokonaisuutena ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa vaatii kehittämistä. Taustatietona oli, ettei ylipainoiselle lapselle ja nuorelle ole luotu yleistä hoitopolkumallia, joka paljastui myös kyselytutkimuksen tuloksista. Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun kehittämisen jälkeen tulee nousemaan esille hoitopolun jatkuvuuden kannalta olennainen asia, resurssipula. Vähäiset resurssit, etenkin erikoissairaanhoitopiirissä, aiheuttavat pitkiä jonoja ja vaikeuttavat hoitoon pääsyä, jolloin ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku katkeaa. Toimivan hoitopolun kehittämisen kannalta olisi tärkeää

käyttää enemmän rahaa resurssien lisäämiseen, jolloin muun maussa moniammatillinen yhteistyö paranisi ja hoitoon pääsy nopeutuisi. Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa resursseja voisi suunnata ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun kehittämistyöhön, esimerkiksi kokoamalla työryhmän hoitopolun käyttöönottoa varten. Tässä vaiheessa resurssien lisääminen ennaltaehkäisevään työhön vähentäisi myöhemmin kustannuksia ylipainon ja sen liitännäissairauksien hoidossa. Lisäksi opinnäytetyön tulosten perusteella moniammatillisen yhteistyön lisääminen olisi keskeistä ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidon kannalta. Moniammatillista yhteistyötä voitaisiin parantaa yhteisten sopimusten ja kriteerien avulla. Myös eri hoitolaitosten välinen tiedonkulku tulisi olla saumatonta.

Ylipainoisten lasten ja nuorten toive yksinkertaisista ohjeistuksista, sekä helposti saatavilla olevista tapaamisista ja muista ryhmistä, tulisi huomioida. Yksinkertaisen ohjeistuksen laatiminen Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa varmasti onnistuisi, kun he ensin saisivat käytettyä hoitopolun kokonaisvaltaisesti. Ryhmiin ja tapaamisiin pääsyä helpottaisi resurssien lisääminen. Lisäksi jännitteiden purkaminen koulun sisällä olisi tärkeää, jotta ylipainoisen lapsen ja nuoren olisi helppo esimerkiksi hakeutua kouluterveydenhoitajan vastaanotolle. Tämä tarkoittaisi myös sitä, että kouluterveydenhoitajan tulisi olla mahdollisimman usein paikalla.

Tulevaisuudessa tutkimuskohteita voisi olla ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkumallin juurruttaminen, sekä sen toimivuutta Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Lisäksi voitaisi tarkastella ylipainoisen lapsen ja nuoren kokemuksia ylipainon hoidosta.

## Lähteet

- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja teos, ilmaisu, tekeminen. Hamina: Akatiimi.
- Dunkel, L., Sankilampi, U., & Saari, A. 2010. Milloin lapsi on ylipainoinen tai lihava? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.
- Fomon, S., Haschke, F., Ziegler, E. & Nelson, S. 1982. Body composition of reference children from birth to age 10 years. American Journal of Clinical Nutrition.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Pelto-la, T., & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. 2006. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Käypähoito-suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.2.2013. <http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=33cbec71-60ab-11de-8d93-611da34ece74>
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 1999. Sisätauti-kirurginen hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Ihanainen, M., Kalavainen, M., Korhonen, A-L. & Nuutinen, O. 2009. Mahtavat muksut - ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia oy.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kauppinen, M. 2001. Mahtavat muksut -perheryhmän onnistuminen perheiden arvioimana. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto.
- Kautiainen, S. 2011. Lasten lihavuuden yleisyys ja taustatekijät. THL & Tampereen yliopisto. Viitattu 5.3.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/92d9e977-500d-4b37-8005-4588eae97b51>
- Komulainen, J. & Tarnanen, K. 2012. Lihavuus (lapset ja nuoret). Käypä hoidon potilasversiot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.3.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00051>
- Konsensuskokous. 2010. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy. Viitattu 7.2.2013. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1595320904/konsensus2010artikkelikirja.pdf>
- Korhonen, A.-L., Nuutinen, O., & Lappalainen, R. 1998. Lyhytkestoinen painonhallintakurssi lihaviin nuorten hoidossa. Suomen Lääkärilehti 53, 1415-1418.
- Korpimäki, T. 2006. Lasten painonhallintaohjaus terveyttä ja hyvinvointia edistävänä toimintana - Vanhempien arviointia yksilö- ja ryhmähoidon toteutuksesta ja saavutetuista muutoksista sekä näkemyksiä ohjauksen kehittämistä. Pro Gradu. Kuopion yliopisto.
- Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004:8. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Helsinki. Viitattu 7.2.2013. <http://pre20090115.stm.fi/pr1092909444623/passthru.pdf>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 22.9.2000/811. Finlex. Viitattu 1.3.2013.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lempiäinen, K., Löytty, O. & Kinnunen, M. 2008. Tutkijan kirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Lihavuus lapset. 2013. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 8.3.2013.

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

Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 3.4.2013.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=82CDD4D4DEA79E09DAE5F32D52E73936?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo98221](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=82CDD4D4DEA79E09DAE5F32D52E73936?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98221)

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Moilanen, T. & Roponen, S. 1994. Kvalitatiivisen aineiston analyysi. Menetelmäraportteja ja käsikirjoja no 2. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.

Mustajoki, P. 2013. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 7.2.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00042&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00042&p_haku=)

Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Viitattu 5.3.2013.

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/F21039/Suositusopas2003.pdf>

Niinikoski, H., Lagström, H., Jokinen, E., Siltala, M., Rönnemaa, T., Viikari, J., Raitakari, O.T., Jula, A., Marniemi, J., Nanto-Salonen, K. & Simell, O. 2007. Impact of Dietary Counseling Between Infancy and Age 14 Years on Serum Lipids. Pro-Cor. Viitattu 6.3.2013.

[http://www.procor.org/globaldialogue/globaldialogue\\_show.htm?doc\\_id=725050](http://www.procor.org/globaldialogue/globaldialogue_show.htm?doc_id=725050)

Nupponen, R. 2001. Ravitsemuskasvatus terveyden edistämiseksi. Teoksessa Fogelholm, M. Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämäntapa. Helsinki: Palmenia-kustannus.

Nurttila, A. 2001. Ravitsemuskasvatus lapsiperheessä. Teoksessa Fogelholm, M. Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämäntapa. Helsinki: Palmenia-kustannus.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOY.

Paganus, A. 2013. Lapsen ravinto. Therapia Fennica. Viitattu 4.4.2013.

[http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Lapsen\\_ravinto](http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Lapsen_ravinto)

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Peltonen, H. 2002. Koulutyön tavoitteet. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Peruskuntaturvayhtymä Karviainen. 2013. Viitattu 7.2.2013.  
<http://www.karviainen.fi/>

Pumppu-hanke. 2013. Viitattu 7.2.2013.  
<http://pumppu-hanke.blogspot.fi/>

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2008. Mahtavat muksut - Ratkaisuja ylipainoisen lapsen hoitoon. Vammala: Vammalan kirjapaino oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Litterointi. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 27.2.2014.  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_2\\_1.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html)

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Story, M., Neumark-Stzainer, D., Sherwood, N., Holt, K., Sofka, D., Trowbridge, F. & Barlow, S. 2002. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills, and Training Needs Among Health Care Professionals. Pediatrics. Vol. 110, nro 1. Viitattu 6.3.2013.  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c548aa8c-fe68-4fa2-bc62-acfe0e50b0f4%40sessionmgr113&vid=3&hid=123>

Suopajärvi, O. 2011. Lasten ja nuorten lihavuus. Potilaan ohjaaminen. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto. Viitattu 4.4.2013.  
<http://www.vete.fi/Raportit/PO/PPT-esitykset/PPT6.pdf>

Taulu, A. 2010. Väitöskirja. Pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä - Kvasikokeellinen interventiotutkimus. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 5.3.2013.  
<http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8097-3>

Tuohimaa, H., Rajalahti, E. & Meristö, T. 2012. Hyvinvoinnin pitkospuut - Lähtökohdat kansalaisensaumattoman hyvinvointipolun kehitystyölle. Viitattu 8.3.2013.  
<http://www.laurea.fi/fi/cofi/julkaisut/Documents/Hyvinvoinnin%20pitkospuut.pdf>

Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. 2006. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, koe-eläintoiminnan yhteistyöryhmä, biotekniikan neuvottelukunta ja geenitekniikan lautakunta. Helsinki. Viitattu 26.3.2013.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TutkimuksenEettinenArviointiSuomessaFIN\\_SVE.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TutkimuksenEettinenArviointiSuomessaFIN_SVE.pdf)

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva: WS Bookwell Oy.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Venäläinen, K. 2010. Lasten painonhallinta, liikunta ja ravitsemus - hanke. Loppuraportti.  
[http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads\\_files/Julkaisut/Sarja%20d/d\\_38\\_loppu\\_lasten\\_painonhallinta\\_201210.pdf](http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Julkaisut/Sarja%20d/d_38_loppu_lasten_painonhallinta_201210.pdf)

Viirikorpi, P. 2000. Onnistunut projekti. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Väisänen, H., Kääriäinen, M., Kakkinen, P. & Kyngäs, H. 2012. Vanhempien motivoitumista edistävät ja estävät tekijät ylipainoisten ja lihavien lapsien elintapojen muuttumiseen: sys-

temaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede 2013 vol. 25, no 2. Tampere: Vammalan kirjapaino oy.

Unicef. 1989. YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista. Viitattu 18.2.2013  
[http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS\\_A5fi.pdf](http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf)

## Kuviot

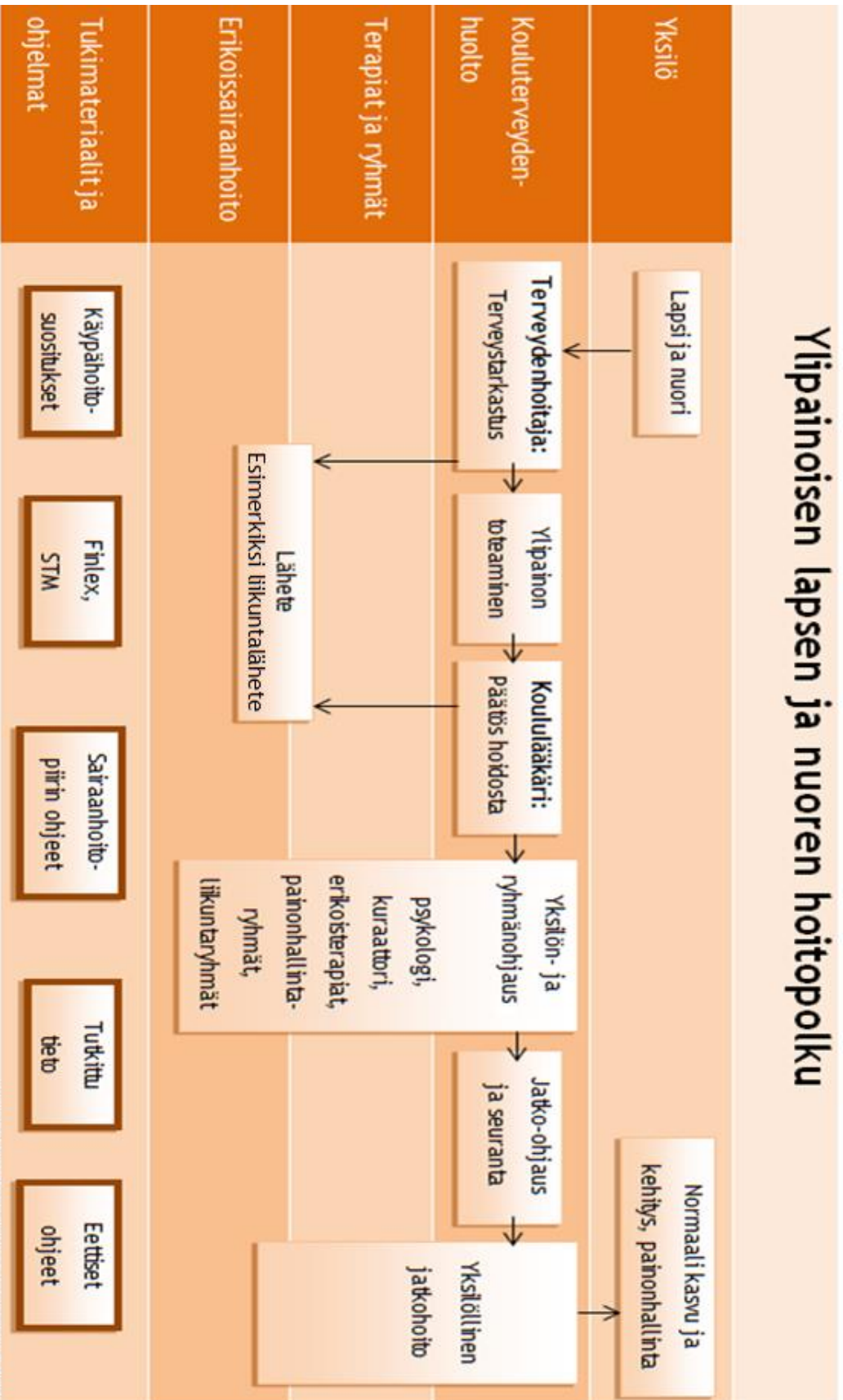
Kuvio 1: Opinnäytetyön aikataulu.....	21
Kuvio 2: Kyselylomakkeen kohtien 1-5 kohdentaminen taustatietoihin.....	26
Kuvio 3: Kyselylomakkeen kohtien 6-12 kohdentaminen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen .....	26
Kuvio 4: Kyselylomakkeen kohtien 13-15 kohdentaminen toiseen tutkimuskysymykseen .....	27
Kuvio 5: Kyselylomakkeen kohtien 16-18 kohdentaminen kolmanteen tutkimuskysymykseen .....	27
Kuvio 6: Kyselylomakkeen kohtien 19-23 kohdentaminen neljänteen tutkimuskysymykseen .....	28
Kuvio 7: Terveydenhoitajien kokemus ylipainoisten oppilaiden tai opiskelijoiden määrästä.....	35
Kuvio 8: Terveydenhoitajien antaman ohjauksen muodot.....	36
Kuvio 9: Terveydenhoitajien antaman ohjauksen sisältö .....	37
Kuvio 10: Terveydenhoitajan antaman ohjauksen määrä ylipainoiselle lapselle tai nuorelle koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa .....	38
Kuvio 11: Ylipainoisen lapsen ja nuoren palveluun ohjaus .....	39
Kuvio 12: Terveydenhoitajien kokemat kehittämiskohteet ylipainoisen lapsen ja nuoren hoidossa Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa .	41
Kuvio 13: Kooste terveydenhoitajien kuvaamasta ylipainoisen lapsen tai nuoren hoitopolusta.....	46
Kuvio 14: Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku .....	49

## Liitteet

Liite 1. Hoitopolkumalli mukailleen Venäläinen (2010) .....	57
Liite 2. Tutkimuslupa .....	58
Liite 3. Kyselylomake .....	60
Liite 4. Saatekirje .....	67
Liite 5. Suostumuslomake .....	69
Liite 6. Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku .....	70



Liite 1. Hoitopolkumalli mukailten Venäläinen (2010)



Liite 2. Tutkimuslupa



## Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijä/tekijät	<u>Emilia Huhta, Henna Litmanen</u>
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot ja osoitteet	<u>Emilia.Huhta@Laurea.fi</u> <u>Henna.Litmanen@Laurea.fi</u>
Organisaatio/yksikkö Organisaation/yksikön yhteystiedot	<u>Laurea, Lohja</u> <u>Nummentie 6, 08100 Lohja</u>
Koulutusohjelma	<u>Hoitotyö</u>
Opinnäytetyön ohjaajat	<u>Anne Makkonen, Liisa Ranta</u>
Opinnäytetyön ohjaajien yhteystiedot	<u>Anne2.Makkonen@Laurea.fi,</u> <u>Liisa.Ranta@Laurea.fi</u>
Opinnäytetyön nimi	<u>Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku perusturvakuntayhtymä Karviaisen oppilas- ja opiskelijaterveydenhuollossa</u>
Opinnäytetyön tavoitteet/ tutkimusongelmat	<u>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata polkua, missä kaavoitetaan ylipainoisen kansalaisen kulkua hoitopolullaan perusturvakuntayhtymä Karviaisen terveydenhuollossa. Tavoitteena opinnäytetyölle on löytää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun kehittämiskohteita, jotta hoitopolkua voidaan kehittää perusturvakuntayhtymä Karviaisessa.</u>
	<u>1. Mitä terveystilanteita ylipainoinen lapsi /nuori saa terveydenhoitajan näkökulmasta?</u>
	<u>2. Millaista ohjausta ylipainoinen lapsi/nuori saa terveydenhoitajan näkökulmasta?</u>
	<u>3. Millaisia odotuksia ylipainoisella lapsella /nuorella on terveystilanteita kohtaan terveydenhoitajan kokemana?</u>
	<u>4. Mitä kehittämiskohteita ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolussa on terveydenhoitajan kokemana perusturvakuntayhtymä Karviaisessa?</u>

Opinnäytetyön aineisto, menetelmät  
ja aikataulu

Teoreettinen osa koostuu laaja-alaisesta aineistosta kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena Karvian alueen kouluterveydenhuollossa. Tutkimukseen osallistuvat halukkaat kouluterveydenhuollon henkilöt. Opinnäytetyö toteutetaan v. 2013-2014 aikana.

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä liitteenä

Lohjalla 14.10.2013  
Paikka ja aika

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön ohjaajien allekirjoitukset

Tutkimuslupa on myönnetty

\_\_\_\_\_. 2013  
Paikka ja aika

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin.

Liite 3. Kyselylomake

Kyselylomake hoitotyön ammattilaisille Perusturvakuntayhtymä

Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

Pyydämme teitä vastaamaan jokaiseen alla olevaan kysymykseen. Osaan kysymyksistä on annettu valmiit vastausvaihtoehdot, josta voitte valita kokemuksianne parhaiten vastaavat.

Avoimiin kysymyksiin voitte vastata omin sanoin. Vastauksenne ovat meille tärkeitä.

Taustatiedot

1. Ammattini on:

Sairaanhoitaja

Terveydenhoitaja

Muu, mikä? \_\_\_\_\_

2. Olen työskennellyt Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa:

<2 vuotta

2-5 vuotta

>5 vuotta

3. Kouluaste, jolla työskentelen:

Alakoulu

Yläkoulu

Toisen asteen oppilaitos

4. Tavallisesti tapaan oppilasta/opiskelijaa erilaisissa tarkastuksissa:

- Harvemmin kuin kerran vuodessa
- Kerran vuodessa
- Kaksi kertaa vuodessa
- Useammin kuin kaksi kertaa vuodessa

**Ylipainoisen lapsen /nuoren ohjaaminen**

5. Koen, että kouluni oppilaista/opiskelijoista on ylipainoisia noin:

- 5 %
- 10 %
- 20 %
- 30 %
- 40 %
- 50 % tai enemmän

6. Olen ohjannut ylipainoista lasta/nuorta koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa:

- Kyllä
- Ei

7. Olen antanut seuraavienlaista ohjausta ylipainoiselle lapselle/nuorelle koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa:

- Suullinen
- Kirjallinen
- Yksilöohjaus
- Ryhmäohjaus

8. Ylipainoisen lapsen/ nuoren ohjaus on sisältänyt seuraavia asioita:

- Ravitsemusohjaus
- Liikunta
- Painonhallinta
- Psykye
- Liitännäissairaudet
- Muut terveystalvelut
- Muuta, mitä? \_\_\_\_\_

9. Olen ohjannut ylipainoisen lapsen/nuoren perhettä Perusturvakuntayhtymä

Karviaisessa:

- Kyllä
- Ei

10. Perheelle antamani ohjaus on ollut seuraavanlaista:

---

---

---

11. Koen, että antamastani ohjauksesta on ollut hyötyä:

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

12. Annan ohjausta yhdelle ylipainoiselle lapselle/nuorelle koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa:

- Kerran viikossa
- 2krt kuukaudessa
- Kerran kuukaudessa
- Kerran puolessa vuodessa
- Harvemmin kuin kerran puolessa vuodessa

**Palvelut, joita ylipainoinen lapsi/nuori saa**

13. Olen työssäni ohjannut ylipainoista lasta/nuorta seuraaviin palveluihin:

- Kouluterveydenhoitajan vastaanotto
- Koulukuraattorin vastaanotto
- Ravitsemusterapia
- Fysioterapia
- Painonhallintaryhmät
- Psykologin vastaanotto
- Erikoissairaanhoito
- Muita, mitä? \_\_\_\_\_

14. Koen, että palvelut ovat riittävät:

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

15. Toivoisin, että ylipainoinen lapsi/nuori saisi seuraavia palveluita Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa:

---

---

---

16. Koen, että ylipainoisella lapsella/nuorella on seuraavanlaisia odotuksia terveyspalveluita kohtaan:

---

---

---

---

17. Ylipainoisen lapsen/nuoren odotukset terveyspalveluita kohtaan ovat mielestäni realistisia:

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

18. Mielestäni ylipainoisen lapsen/nuoren on helppo hakea apua ylipainon hoitoon Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa:

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa



Ylipainoisen lapsen/nuoren hoitopolku

19. Kuvaile ylipainoisen lapsen/nuoren hoitopolku Perusturvakuntayhtymä Karviaisessa omin sanoin:

---

---

---

---

20. Koen, että ylipainoisen lapsen/nuoren hoitopolku Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sisältää ”sudenkuoppia”, jotka voivat katkaista hoitopolun:

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

21. Koen, että ongelmia on hoitopolun seuraavissa vaiheessa/vaiheissa:

- Ennaltaehkäisy
- Oppilas-/opiskelijaterveydenhuolto
- Alakoulu
- Yläkoulu
- Toinen aste
- Erikoisterapia mm. ravitsemusterapia, fysioterapia
- Painonhallintaryhmät
- Painonhallinta kotona
- Psykologi
- Erikoissairaanhoito
- Muita, mitä? \_\_\_\_\_

22. Hoitopolun ongelmat käyvät ilmi seuraavalla tavalla:

---

---

---

23. Anna hoitopolulle kehitysehdotuksia:

---

---

---

**Kiitos vastauksestanne!**

Liite 4. Saatekirje

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja  
Nummentie 6, 08100 Lohja

Saatekirje  
9.12.2013

Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku Perusturvakuntayhtymä Karviaisen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen,  
olemme Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan yksikön sairaanhoitajaopiskelijoita ja lähestymme teitä opinnäytetyömme johdosta. Opinnäytetyö kuuluu osaksi laajempaa Pumpputhanketta, ja sen tarkoituksena on selvittää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkua, sekä hoitopolun kehittämiskohteita perusturvakuntayhtymä Karviaisessa. Tarkastelun kohteena on, mitä terveyspalveluita ylipainoinen lapsi ja nuori saa, sekä millaista ohjausta ja mitä odotuksia ylipainoisella itsellään on terveyspalveluita kohtaan terveydenhoitajan kokemana. Opinnäytetyössä kohderyhmänä ovat koulu- ja opiskeluterveydenhuollon työntekijät esimerkiksi koulujen terveydenhoitajat. Tavoitteena opinnäytetyölle on löytää ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolun kehittämiskohteita, jotta hoitopolkua voidaan kehittää perusturvakuntayhtymä Karviaisessa. Tutkimuksessa käytetään mittarina sähköistä kyselylomaketta ratkaistaessa tutkimusongelmia. Tuloksia peilataan yleiseen ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolkumalliin.

Toivomme teidän vastaavan oheiseen kyselylomakkeeseen. Jos työskentelet useammassa koulussa, olisi tärkeää että vastaat kyselyyn erikseen jokaisen koulun terveydenhuollon työntekijänä. Tulosten avulla on mahdollisuus kehittää Perusturvakuntayhtymä Karviaisen kouluterveydenhuoltoa. Tutkimukseen vastaaminen vie n. 15 minuuttia. Antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia eikä yksittäisiä vastaajia voida tutkimuksen tuloksista tunnistaa. Aineistoa käytetään ainoastaan tutkimustarkoituksiin.

Valmis raportti on luettavissa alustavan suunnitelman mukaan keväällä 2014 [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)

Kyselylomakkeeseen pääset seuraavasta linkistä:

<https://digiuenterprise.com/answer/?sid=1108792&chk=C4SMZY2C>

Vastaattehan 20.12.2013 mennessä.

Annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksestamme,

Yhteistyöstänne etukäteen kiittäen

Emilia Huhta ja Henna Litmanen;

[Emilia.Huhta@laurea.fi](mailto:Emilia.Huhta@laurea.fi) & [Henna.Litmanen@laurea.fi](mailto:Henna.Litmanen@laurea.fi)

Opinnäytetyön ohjaavat opettajat ovat

Anne Makkonen ja Liisa Ranta;

[Anne2.Makkonen@laurea.fi](mailto:Anne2.Makkonen@laurea.fi) & [Liisa.Ranta@laurea.fi](mailto:Liisa.Ranta@laurea.fi)

Liite 5. Suostumuslomake

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja  
Nummentie 6, 08100 Lohja

Suostumuslomake  
9.12.2013

Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku Perusturvakuntayhtymä Karviaisen oppilas- ja opiskelijaterveydenhuollossa

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyön toteutuksesta. Tiedän, että kyselylomakkeen tunnistamattomia vastauksia tullaan käyttämään hyödyksi opinnäytetyön tutkimuksessa. Olen halukas osallistumaan opinnäytetyön kyselytutkimukseen.

Vastaamalla kyselytutkimukseen suostun osallistumaan osaksi opinnäytetyötä.

Yhteistyöstänne etukäteen kiittäen!

Emilia Huhta ja Henna Litmanen;  
[Emilia.Huhta@laurea.fi](mailto:Emilia.Huhta@laurea.fi) & [Henna.Litmanen@laurea.fi](mailto:Henna.Litmanen@laurea.fi)

Liite 6. Ylipainoisen lapsen ja nuoren hoitopolku

