

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Jenna Hattuniemi

TOIMINNALLISEN NEUVOKAS PERHE –KURSSITOIMINNAN
KEHITTÄMINEN PERHEEN PAINONHALLINNAN TUEKSI

Opinnäytetyö
Syyskuu 2014



OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2014
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. 050 405 4816

Tekijä
Jenna Hattuniemi

Nimeke
Toiminnallisen Neuvokas perhe -kurssitoiminnan kehittäminen perheen painonhallinnan tueksi

Toimeksiantaja
Joensuun Perheentalo, Arjenhallintataidot-hanke

Tiivistelmä

Viimeisen sadan vuoden aikana lihavuudesta on tullut koko maattamme ravisteleva ongelma. Merkittävimmin lihavuuden aiheuttajina pidetään elintason nousua, teknologian kehitystä ja elinympäristön muuttumista lihottavaksi. Lihavuus on riskitekijä useiden kansansairauksien aiheuttajana. Lasten lihavuutta käsiteltäessä kansanterveydellinen näkökulma on tärkeä. Lasten lihavuus yleistyy ja useimmiten lihavista lapsista tulee lihavia aikuisia.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää toiminnallinen Neuvokas perhe -kurssitoiminta perheen painonhallinnan tueksi. Kurssitoiminta suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä Joensuun Perheentalolla Arjenhallintataidot-hankkeessa työskentelevän ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen kanssa. Pelastakaa Lapset ry hallinnoi hanketta, jota osatoteutti myös Pohjois-Karjalan Martat ry. Hankkeen avulla on pyritty lisäämään perheiden kansanterveydellistä tietämystä, joka vaikuttaa lapsiperheiden hyvinvointiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli toimia lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa kolmannella sektorilla.

Neuvokas perhe -kurssitoiminta sisälsi seitsemän tapaamiskertaa perheen kanssa syksyn 2013 aikana. Ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen vastasi kurssin ravitsemusosuudesta ja opinnäytetyön tekijän vastuulla oli fysioterapeuttisesta näkökulmasta liikunnallisen osuuden toteutus. Liikuntaosuuksien jälkeen kysyttiin palautetta kolmella erilaisella hymynaamalla. Palaute oli myönteistä. Kurssitoiminnan päättyessä perheen aikuisilta ja lapsilta kerättiin palautetta lomakkeilla. Vanhemmat kokivat keskeisemmäksi ongelmaksi vertaistuen puuttumisen. Lapsista yksi haluaisi tulla kurssille uudestaan tulevaisuudessa ja kaksi lasta olivat epävarmoja uudelleen osallistumisesta.

Jatkotutkimusaiheena voisi tehdä selvityksen syistä, miksi kohderyhmään kuuluvat perheet eivät halua osallistua maksuttoman painonhallintakurssin toimintaan. Neuvokasta perhe-kurssitoimintaa voisi myös pyrkiä kehittämään toiminnaltaan laajemmaksi markkinoinnin ja kurssin keston osalta.

Kieli
suomi

Sivuja 58
Liitteet 7
Liitesivumäärä 8

Asiasanat
lapset, lihavuus, painonhallinta, ylipaino



THESIS
September 2014
Degree Programme in Physiotherapy
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
p. +358 50 405 4816

Author
Jenna Hattuniemi

Title
Developing Functional Activities for “Inventive Family” Courses to Support the Weight Management of the Family

Commissioned by
Joensuu Family House, Project Management Skills of Everyday Life

Abstract

During the last hundred years obesity has become an issue that has deeply shaken our country. The most significant causes of obesity are considered to be the improved standard of living, advances of technology and living environment, which has changed to be fattening. Obesity is a risk factor as a cause of many nationally widespread diseases. When dealing with children’s obesity, the aspect of public health is important, because children’s obesity is becoming more common and usually obese children grow to be obese adults.

The objective of this thesis was to develop functional activities for “Inventive family” courses in order to support the weight management of the family. The course activities were planned and executed in cooperation with dietician Kirsi Rissanen who works for Joensuu Family House in the project “Management Skills of Everyday Life”. The organisation Save the Children manages the project, which was also co-executed by Pohjois-Karjalan Martat ry. This project aimed to increase families, health knowledge thus promoting the wellbeing of families with children. The aim of this thesis was to operate in preventing and treating obesity on the voluntary sector.

The activities of the course “Inventive family” included seven meetings with the family during the fall of 2013. Dietician Kirsi Rissanen was responsible for the nutritional part of the course and the physical exercises were executed by a physiotherapist. After the physical exercises feedback was gathered with three different types of smiley faces. The feedback was positive. As the course activities ended, feedback was gathered from the adults and the children of the families using forms. The parents felt that the key problem was lack of peer support. One of the children would like to participate the course again and two children were unsure about further participation.

A subject for further research could be a report of the reasons why families who belong to the target group do not want to be involved in free-of-charge activities of the weight management course. Course activities of “Inventive Family” could also be developed more extensive as to marketing and the duration of the

Language
Finnish

Pages 58
Appendices 7
Pages of Appendices 8

Keywords
children, obesity, weight management, overweight

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus.....	6
3	Lasten lihavuus.....	7
3.1	Lasten ylipaino ja lihavuus.....	7
3.2	Lasten ylipainon ja lihavuuden syyt.....	8
3.3	Lasten ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys.....	11
3.4	Lasten lihavuuden ennaltaehkäisy ja hoito.....	12
4	Liikkuminen ja motorinen kehitys lapsuudessa.....	14
4.1	Lasten fyysinen aktiivisuus ja liikunta.....	14
4.2	Ylipainoisen ja lihavan lapsen liikunta.....	16
4.3	Liikunnan aiheuttama energia-aineenvaihdunnan muutos.....	17
4.4	Motoriset taidot.....	19
4.5	Motoriset taidot lapsen iänmukaisessa kehityksessä.....	21
4.6	Motoristen taitojen merkitys ylipainon riskitekijänä.....	22
4.7	Lasten lihavuus ICF-toimintakykyluokituksessa.....	23
5	Tutkimustietoa ylipainoisten lasten ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta.....	24
6	Ylipainoisten lasten toiminnallisen ryhmän lähtökohdat.....	28
6.1	Valtakunnallinen Neuvokas perhe -ohjausmenetelmä.....	28
6.2	Perhe- ja voimavarakeskeisyys.....	29
6.3	Motivoiva haastattelu.....	29
6.4	Transteoreettinen muutosvaihemalli.....	31
7	Kurssitoiminnan suunnittelu ja toteutus.....	33
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	33
7.2	Joensuun Perheentalo ja Arjenhallintataidot-hanke.....	34
7.3	Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla.....	36
7.3.1	Ideavaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa.....	37
7.3.2	Luonnosteluvaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa.....	38
7.3.3	Kehittelyvaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa.....	39
7.3.4	Viimeistelyvaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa.....	41
7.4	Neuvokas perhe -toiminnan valmis tuote.....	42
8	Palaute kurssitoiminnasta.....	47
9	Pohdinta.....	49
9.1	Ammatillisen asiantuntijuuden kehittymisen arviointi.....	49
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	51
9.3	Opinnäytetyön aikataulu ja rahoitus.....	52
9.4	Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet.....	55
	Lähteet.....	56

Liitteet

- Liite 1 Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 2 Neuvokas perhe -esite
- Liite 3 Neuvokas perhe -kurssitoiminnan alkukysely
- Liite 4 Suostumuskaavake perheelle
- Liite 5 Hymynaamat
- Liite 6 Palautelomake aikuisille
- Liite 7 Palautelomake lapsille

1 Johdanto

Viimeisen sadan vuoden aikana lihavuudesta on tullut koko Suomea ravisteleva ongelma. Merkittävimpinä lihavuuden aiheuttajina pidetään elintason nousua, teknologian kehitystä ja elinympäristön muuttumista lihottavaksi. Suomessa on alettu tilastoida lasten ja nuorten lihavuutta 1970-luvulla. (Mustajoki 2007, 112.) Pohjoismaisessa vertailussa suomalaiset ovat toiseksi lihavin kansa, islantilaisten jälkeen. Lasten lihavuuden arviointi väestötasolla on haastavaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a, 16.)

Lihavuus on riskitekijä useiden kansansairauksien aiheuttajana. Lasten lihavuutta käsiteltäessä kansanterveydellinen näkökulma on tärkeä, koska lasten lihavuus yleistyy ja useimmiten lihavista lapsista tulee lihavia aikuisia. (Konsensuskokous 2005, 8-9.) Vuonna 2011 lihavuus ja siihen liittyvät sairaudet aiheuttivat yhteiskunnalle arvion mukaan noin 330 miljoonan kokonaiskustannukset. Suurimmat kulut muodostuivat vuodeosastopäivistä, lääkekustannuksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Opinnäytetyön aiheena on toiminnallisen Neuvokas perhe -kurssin kehittäminen perheen painonhallinnan tueksi. Toiminnallinen Neuvokas perhe -kurssi toteutetaan yhdessä Perheentalon kanssa, osana Arjenhallintataidot -hanketta. Yhteiskunnallisella tasolla toiminnallinen Neuvokas perhe -kurssi työskentelee kolmannella sektorilla lihavuuden ennaltaehkäisemiksi. Tämän opinnäytetyön tuotoksena muodostunutta kurssin toteutusohjelmaa on mahdollista hyödyntää myöhemmin kurssitoimintaa suunniteltaessa. Tässä opinnäytetyössä lapsella tarkoitetaan alle 12-vuotiasta.

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää toiminnallinen kurssi perheen painonhallinnan tueksi, kun perheenjäsenistä yhdellä tai useammalla BMI ylittää normaalipainon rajan. BMI (body mass index) eli painoindeksi saadaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä (Fogelholm 2006, 50–51). Kurssin suunnittelu ja toteutus tapahtuivat yhdessä ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen kanssa. Ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen vastasi

kurssin ravitsemusosuudesta ja opinnäytetyöntekijän vastuulla oli fysioterapeuttisesta näkökulmasta liikunnallisen osuuden toteutus. Kurssin tavoitteena oli antaa tukea ja tietoa perheelle mahdollisissa elämäntapamuutoksissa.

Opinnäytetyön tuotoksen tarkoituksena on motivoida perhettä elämäntapamuutokseen positiivisten ja miellyttävien liikuntakokemuksien sekä henkilökohtaisen ravitsemusohjauksen avulla. Ravitsemusohjauksesta vastasi ravitsemusterapeutti, joka työskentelee hankkeessa. Liikunnallisen osion tavoitteena oli tuottaa lapselle liikunnan iloa ja onnistumisen kokemuksia turvallisessa ympäristössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on toimia lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa kolmannella sektorilla.

3 Lasten lihavuus

3.1 Lasten ylipaino ja lihavuus

Lihavuus tarkoittaa sitä, että kehossa on rasvakudosta enemmän kuin on tarpeellista. Kasvukäyrien avulla on mahdollista arvioida lapsen painoa suhteutettuna ikään ja sukupuoleen. Suomessa lasten lihavuuden määrittämisessä käytetään pituuspainoa, joka tarkoittaa lapsen prosentuaalista poikkeamaa samanpituisten lasten painon mediaanista eli keskiarvosta. Pituuspaino on helppo lukea kasvukäyrästä. (Saukkonen 2006, 299.) Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos (2013) suosittelee käyttämään vuosina 2010–2011 täysin uudistettuja kasvukäyriä. Uudet kasvukäyrät vastaavat nyt paremmin suomalaisten lasten kasvua tällä hetkellä (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2013c). Alle kouluikäinen lapsi on ylipainoinen, kun pituuspaino on 10–20 prosenttia ja lihava, kun pituuspaino ylittää 20 %. Kouluikäisellä lapsella ylipainosta puhutaan, kun pituuspaino on 20–40 % ja lihavuudesta pituuspainon ylittäessä 40 %. Vaikea lihavuus tarkoittaa kouluikäisen kohdalla pituuspainoa, joka ylittää 60 %. (Saukkonen 2006, 299.)

Aikuisten (20–60-vuotiaiden) painoindeksi eli BMI (body mass index) saadaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä (Fogelholm 2006, 50–51). Lasten painoa arvioidaan aikuista vastaavalla painoindeksillä, jossa lasten painoindeksi muutetaan aikuista vastaavaksi iänmukaisella kertoimella. Muutoksen myötä suomalaisilla lapsilla on nyt ensimmäistä kertaa iänmukaiset BMI-käyrät. Vaikka lasten painoindeksi (ISO-BMI) las-

ketaan samalla tavalla kuin aikuisten, saatu tulos ei ole vertailukelpoinen aikuisten indeksin kanssa. Painoindeksin normaalipainon alue on 17–25. Painoindeksin ollessa 25–30 lapsi on todennäköisesti ylipainon puolella. Ainoastaan lihaksikkailla ja pitkillä lapsilla voi olla normaali rasvaprosentti ja painoindeksi silti 25–30. Painoindeksin ollessa 30–35 lapsi on lihava ja sen ylitettäessä 35 lapsi on huomattavan lihava. (Dunkel 2012.) Lasten BMI on käytössä muualla maailmassa ja sen käyttöä on kansainvälisesti suositeltu. Edelleen on kuitenkin suositeltavaa käyttää pituuspainoa 0-2-vuotiaiden lasten kohdalla, koska alle kaksivuotiailla lapsilla painoindeksi vaihtelee paljon. (Kasvukäyrät 2010–2012.)

Lihavuutta arvioidaan kliinisellä tutkimuksella sekä arvioimalla ylimääräisen rasvakuoksen määrää ja sijaintia. Vyötärön ympäryksen mittaaminen on myös lapilla käyttökelpoinen lihavuuden arvioinnin mittari, mutta suomalaiset viitearvot puuttuvat (Saukonen 2006, 301–302.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että vyötärön ympäryksen ja pituuden suhde pitäisi olla < 0.5 (Käypä hoito -suositus 2014). Vyötärön ympäryksen ja pituuden suhde lasketaan jakamalla vyötärön ympäryys (cm) pituudella (cm) (Garnett, Baur & Cowell 2008, 1029). Browning, Hsieh ja Ashwell laativat vuonna 2010 systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jonka mukaan 0.5 voisi olla maailmanlaajuinen raja-arvo miehille, naisille ja lapsille. Tutkimukset osoittivat, että vyötärön ympäryys ja vyötärö-pituuden suhde tunnistavat riskin diabetekseen sekä sydän- ja verisuonisairauksiin BMI:tä paremmin. Samankaltaiseen lopputulokseen päätyivät myös Maffeis, Banzato ja Talamini vuonna 2007 julkaistussa tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan erityisesti ylipainoisten lasten suuri vyötärön ympäryys ja korkea vyötärö-pituuden suhde (> 0.5) ennustivat yhteyttä aineenvaihdunta- ja kardiovaskulaaristen tapahtumien riskiin. Tutkimukseen osallistuneet olivat iältään 5-15-vuotiaita. Vyötärön ja pituuden suhde on helppo ymmärtää niin lääkäreiden kuin perheidenkin lauseena: ”Pidä vyötärön ympäryksesi vähempänä kuin puolet pituudestasi” (Garnett ym. 2008, 1028).

3.2 Lasten ylipainon ja lihavuuden syyt

Lihavuus johtuu useimmiten siitä, että energiansaanti ylittää kulutuksen. Ilmiön taustalla on monenlaisia syitä, muun muassa perinnölliset tekijät ja ympäristön vaikutus. Usein molemmat tai toinen vanhemmista on myös lihava. Syy voi olla perintötekijöissä, mutta

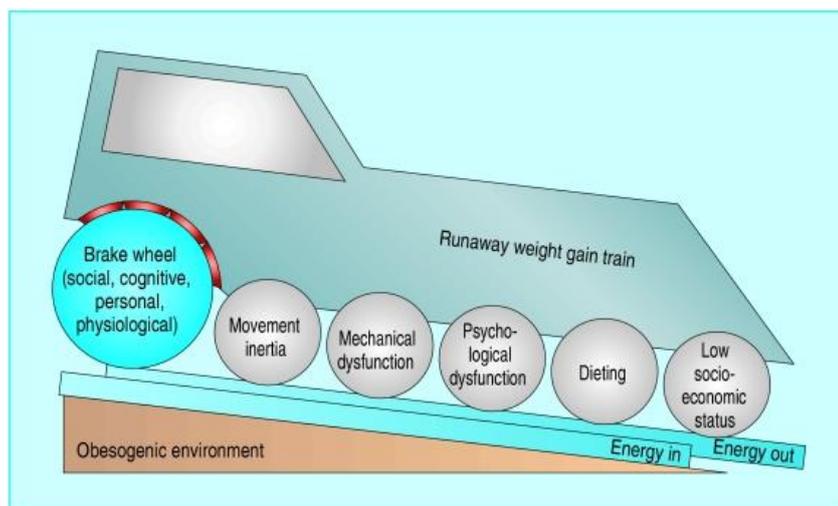
suuri merkitys on myös perheen elämäntavoilla eli ruokailu- ja liikuntatottumuksilla. Lihavuuden aiheuttava sairaus tai oireyhtymä on syynä harvemmin kuin yhdellä lapsella sadasta. Sairauksista kilpirauhasen vajaatoiminta, kortisolin liikatuotanto (sekä kortisonihoito) ja kasvuhormonivajaus aiheuttavat lihomista, jolloin pituuskasvu hidastuu samalla kun paino nousee. Eräät kromosomimutaatio-oireyhtymät saavat aikaan painonnousun. Näistä tavallisimmat ovat Prader-Willi- ja Laurence-Moon-Biedl-oireyhtymät, joihin liittyy myös poikkeavia kasvopiirteitä, rakenteellisia poikkeavuuksia sekä usein myös kehitysvammaisuutta. (Saukkonen 2006, 302.) Lasten ylipainon ja lihavuuden syyt näkyvät kuviossa 1.



Kuvio 1. Lasten ylipainon ja lihavuuden syyt

Lihavuustutkijat Swinburn ja Egger (2004, 736) ovat verranneet elintasomaiden lihavuutta karanneeseen junaan, jonka myös Mustajoki (2007, 8-9) esittelee. Painojuna laskee kovaa vauhtia alas mäkeä, jonka nimi on lihottava ympäristö. Vauhti kiihtyy entisestään junassa olevien viiden vauhtipyörän ansiosta. Junassa on myös jarrupyörä, joka pyrkii vauhdin hidastumiseen. Lihottava ympäristö tekee epäterveellisistä valinnoista helppoja. Lapsille mainostetaan pikaruokapaikkojen paljon energiaa sisältäviä välipaloja ja runsaasti sokeria sisältäviä juomia. Lisäksi edellä mainitut elintarvikkeet hinnoitellaan edullisiksi, mutta mahdollisimman suuriksi annoksiksi. Myös liikennejärjestelmät ja kaupunkisuunnittelu voivat vähentää fyysistä aktiivisuutta rajoittamalla aktiivisen hyötyliikunnan ja vapaa-ajan liikkumisen muotoja. (Swinburn & Egger 2004, 736.)

Jarrupyörä sisältää ne yhteiskunnalliset tekijät, jotka hillitsevät painonnousua. Yksi merkittävä jarru länsimaissa on yleinen suhtautuminen lihavuuteen. Jarruna toimii myös tieto lihavuuden aiheuttamista sairauksista ja muista hankaluuksista, joiden takia kukaan ei varsinaisesti halua olla lihava. Junassa on viisi vauhtipyörää, joiden nimet ovat vaikeus liikkua, sairaudet, psykologiset tekijät, dieettikierre ja matala koulutustaso. Raskas kehonpaino voi tehdä liikkumisesta hankalaa, minkä seurauksena liikkuminen vähenee ja paino nousee. Tilanteen kytkimenä voisi toimia esimerkiksi painovapaa harjoittelu uima-altaassa. Ylipainoon liittyy sairauksia ja muita ongelmia, kuten nivel tulehduksia, nivelkipua ja alaselän kipua. Edellä mainitut seikat voivat vaikeuttaa kävelemistä ja muutenkin liikkumista, minkä seurauksena liikunta edelleen vähenee ja paino nousee. (Swinburn & Egger 2004, 737–738.)



Kuva 1. Painojuna

(Swinburn & Egger. 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15388619>)

Lihavuus voi aiheuttaa tyytymättömyyttä omaan kehoon, huonoa itsetuntoa, masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Dieeteille ovat tyypillisiä yksittäiset ”sallitut” ja ”kielleyt” ruoka-aineet sekä voimakas laihtuminen. Radikaali ruokavaliomuutos ei useinkaan ole pysyvä, vaan paino palautuu ajan kuluessa lähtötilanteeseen. Matala koulutustaso aiheuttaa pienituloisuutta, joka laskee mahdollisuutta valita terveellisesti. Terveellisiä valintoja ovat esimerkiksi tuoreiden hedelmien ja vihannesten ostaminen tai kalliin ja fyysisesti aktiivisen virkistystoiminnan harrastaminen. (Swinburn & Egger 2004, 737–738.)

3.3 Lasten ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys

Vuonna 2010 on arvioitu ylipainoisien ja lihavien lasten määräksi 43 miljoonaa, joista kehitysmaissa 35 miljoonaa. Lisäksi 92 miljoonalla lapsella oli riski ylipainoon. (de Onis, Blössner & Borghi 2010, 1257.) Kymmenellä prosentilla maailman kouluikäisistä lapsista on kehossaan ylimääräistä rasvaa, joka lisää riskiä krooniseen sairauteen. Kymmenestä prosentista neljännes on lihavia. Maailmanlaajuinen keskiarvo lasten lihavuudesta on tehty WHO:n Global Burden of Disease -raportin ja arvioinnin perusteella. Arviointia on käytetty sellaisista maista, joista ei ole tietoa saatavilla. Lasten lihavuuden maailmanlaajuinen esiintyvyys jakautuu epätasaisesti. Afrikassa ja Aasiassa ylipainoisten lasten osuus on keskimäärin selvästi alle 10 prosenttia, kun Yhdysvalloissa ja Euroopassa vastaava lukumäärä on yli 20 prosenttia. (Lobstein, Baur & Uauy 2004, 4, 17.)

Lasten lihavuus on lisääntynyt tasaisesti Euroopan alueella viimeisen kahden tai kolmen vuosikymmenen aikana. Yleisyys vaihtelee aikakauden, iän, sukupuolen ja maantieteellisen alueen mukaan. Ylipainon riski on suurin teollisuusmaiden alempien sosioekonomisten ryhmien lapsilla. Eniten ylipainoisia lapsia on Etelä-Euroopan maissa, esimerkiksi Italiassa ja Sisiliassa 9-vuotiaista 36 prosenttia on ylipainoisia. Pohjois-Euroopan maissa lasten lihavuuden esiintyvyys on alhaisempaa. Pohjois-Euroopan maissa ylipainoisia lapsia on 10–20 prosenttia, Etelä-Euroopassa esiintyvyys on 20–35 prosenttia. (Lobstein ym. 2004, 18, 20.) Pohjoismaisessa vertailussa suomalaiset ovat toiseksi lihavin kansa, islantilaisten jälkeen. Lasten lihavuuden arviointi väestötasolla on haastavaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a, 16.)

Taloudellinen taantuma voi aiheuttaa lasten lihavuuden yleistymisen. Monissa maissa lapsuusajan lihavuus pahenee dramaattisella nopeudella. 1990-luvulla tehdyt tutkimukset osoittavat, että Brasiliassa ja Yhdysvalloissa koko lapsiväestöstä ylipainoisten osuus kasvoi 0,5 prosenttia vuosittain. Kanadassa, Australiassa ja osassa Euroopan maista prosenttiosuus oli vielä korkeampi. Vuosittain ylipainoisten lasten osuus kasvoi siellä prosentin verran. (Lobstein ym. 2004, 4, 20.)

Vuonna 1990 Lasten ylipainon ja lihavuuden maailmanlaajuinen esiintyvyys oli 4,2 prosenttia, josta se kasvoi 6,7 %:iin vuoteen 2010 mennessä. Esiintyvyyden oletetaan

nousevan 9,1 prosenttia vuoteen 2020 mennessä, mikä tarkoittaa 60 miljoonaa ylipainoista ja lihavaa lasta. (de Onis ym. 2010, 1257.)

Suomessa vuosina 2007–2009 toteutetun Lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE) mukaan 3-vuotiaista tytöistä 12 % ja pojista noin 6 % oli ylipainoisia. Lihavia oli pojista noin 1 % ja tytöistä 4 %. Ensimmäistä luokkaa käyneillä koululaisilla vastaavat luvut olivat ylipainon osalta tytöillä 8 % ja pojilla noin 11 %, lihavuuden osalta tytöillä noin 1 % ja pojilla 3 %. LATE-tutkimustulokset perustuvat terveystarkastuksissa suoritettuihin pituus- ja painomittauksiin. (Mäki, Hakulinen-Viitanen, Kaikkonen, Koponen, Ovaskainen, Sippola, Virtanen & Laatikainen. 2010, 54–55.)

3.4 Lasten lihavuuden ennaltaehkäisy ja hoito

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä (2013) on laatinut lasten lihavuuden Käypä hoito -suositukset. Lihavuuden ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan kaikkea sellaista toimintaa, joka estää lapsen iän ja sukupuolen mukaista suosituspainoa kasvamasta niin, että lapsesta tulee lihava. Lasten lihavuuden ennaltaehkäisy alkaa vanhempien omasta painonhallinnasta. Erityisesti äidin painon muutoksia seurataan neuvolassa jo raskauden aikana. Lasten lihavuuden ennaltaehkäisyä ovat perheen säännölliset ja terveelliset ruokailutottumukset. (Käypä hoito -suositus 2013.)

Vanhempien on tärkeää tiedostaa oma roolinsa lasten esimerkkinä liikkumisessa ja ravitsemuksessa. Lasten lihavuutta ehkäisee fyysinen aktiivisuus. Lapsen liikunnan harrastamisen kannalta on tärkeää, että vanhemmat kannustavat liikkumaan sekä mahdollistavat liikkumisen niin kotona kuin kodin ulkopuolellakin. (Käypä hoito -suositus 2013.) Lisäksi yli kahden tunnin mittaisia istumisjaksoja pitäisi välttää. Päivittäinen ruutuaika tulisi olla korkeintaan kaksi tuntia. (Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008, 6, 11.) Vanhempien on asetettava rajat passivoiville ajankäyttötavoille ja pidettävä sovitusta rajoista kiinni. Lisäksi viihdelaitteet, esimerkiksi tv, tietokone ja videot, tulisi sijoittaa kotona yhteisiin tiloihin. Yhteisissä tiloissa niiden käyttämiseen kulutettua aikaa on helpompi seurata ja rajoittaa. (Nuutinen 2006, 318–319.)

Lasten lihavuuden hoidossa on tärkeää oikea-aikaisuus eli se, että lasten paino-ongelma huomataan riittävän aikaisessa vaiheessa. On myös ensiarvoisen tärkeää, että itse lapsi ja perhe pitävät paino-ongelmaa asiana, jota he haluavat hoitaa. Hoitohalukkuuden arviointi kuuluu aina hoitoon. Mikäli hoitohalukkuutta ei ole, hoitoa ei aloiteta, koska silloin hoito ei onnistu. Epäonnistuminen hoidossa heikentää lapsen itsetuntoa sekä huonontaa hoikistumisyrityksiä myös tulevaisuudessa. Muutos tarvitsee myös voimavaroja. Jos perheessä on psykososiaalisesti haastava tilanne (esimerkiksi avioero), kohdistetaan voimavarat lapsen tukemiseen, ei lihavuuden hoitoon. (Nuutinen 2006, 305–311.)

Käypä hoito –suosituksen (2013) mukaan lasten ja nuorten lihavuuden hoidon organisoinnista vastaa alueellinen hoitoketju, jonka laatimisesta ja päivittämisestä vastaa moniammatillinen tiimi. Alueellinen hoitoketju toimii myös ohjeena erikoissairaanhoidon lähettämiselle. Lasten lihavuuden hoitamisen päävastuu kuuluu perusterveydenhuollolle. Neuvolat ja kouluterveydenhuollot tekevät terveyden edistämisen työtä suorittaessaan lihomisen seulontaa, ehkäisyä ja puheeksi ottamista. Perusterveydenhuolto tarjoaa perheille elintapa- ja käyttäytymisen muutosta tukevaa ohjausta, joka suositellaan järjestettävän moniammatillisena yhteistyönä. Siinä on tavoitteena hyödyntää ainakin lääketieteen, ravitsemustieteen, käyttäytymistieteiden ja fysioterapian asiantuntemusta. Erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvat lapset, joilla on lihavuuteen liittyviä sairauksia, diagnosoitu vaikea lihavuus tai lihavuuden erotusdiagnostiikka vaatii lisätutkimuksia.

Lihavuuden hoidon kokonaistavoitteena on lapsen hyvinvoinnin lisääminen sekä hoitotulokseen tyytyväinen lapsi ja perhe. Hoidon tavoitteet (lyhyt- ja pitkäaikaiset) asetetaan perheen kanssa yhdessä. Hoidon avulla pyritään pysyviin muutoksiin terveystietoisyydessä, realistiseen painotavoitteeseen sekä mahdollisten liitännäissairauksien hoitoon. Realistinen painotavoite tarkoittaa yleensä nykypainon ylläpitoa, jolloin lapsi hoikistuu kasvaessaan pituutta. Kouluikäisten lasten kohdalla vaikea-asteisen lihavuuden hoidon tavoitteena on hoikistuminen, jossa paino laskee enintään 1-2 kiloa kuukaudessa. Painon laskun tarvetta voi arvioida vertaamalla lapsen nykyistä painoa aikuisiän normaalipainoon. Jos lapsi painaa arvioitua odotuspituuttaan vastaavaa normaalipainoa enemmän, hidas painon lasku olisi tarpeellista. Silloin, kun painoa on huomattava määrä liikaa, normaalipainon saavuttaminen ei ole mahdollista eikä lääketieteellisesti perusteltua. Mitä enemmän lapsella on liikakiloja, sitä kauemmin hoito kestää. Kun ylipainoa

on 20 % ja lapsi pysyy hoidon aikana nykypainossaan, normaalipainon saavuttaminen kestää 1-2 vuotta. (Nuutinen 2006, 305–311.)

Lapsen kehitysvaihe vaikuttaa keinoihin, joilla painonhallintaa tuetaan. Alle 7-vuotias lapsi ei ymmärrä käsitteitä ravintoaine ja energia. Alle kouluikäinen lapsi elää päivän kerrallaan kykenemättä ymmärtämään tämän hetken valintojen vaikutusta tulevaisuuteen. Tässä iässä on hyvä tottua erilaisiin ja terveellisiin makuihin. Vanhemmat pystyvät muuttamaan alle kouluikäisen lapsen ruokavaliota ilman, että käyvät neuvotteluja asiasta lapsen kanssa. Kouluikäisessä eli 8-12-vuotiaana lapsi ymmärtää tapahtumien syy-seuraussuhteen. Koululainen kykenee ymmärtämään, että ruualla on vaikutus terveyteen. Erityisesti kouluikäisen painoon puuttuminen on tärkeää. Koululainen omaksuu helposti istuvan elämäntavan, josta on myöhemmin vaikeaa oppia pois, ja ylipaino lisääntyy entisestään. Lapsen kanssa on tärkeää keskustella siitä, että lapsi pystyy itse vaikuttamaan painoonsa ja terveyteensä. Lapsen terveelliset valinnat huomioidaan ja niitä kehuaan. Ensiarvoisen tärkeää on muistaa, ettei lapsi pysty valitsemaan kaikkea, vaan vanhemmilla on vastuu pääaterioiden sisällöstä ja valmistamisesta. (Mustajoki 2007, 222.)

Perhekeskeisen hoitomallin ajatus on lisätä vanhempien tietoja ja taitoja. Vanhemmat muuttavat lapsen elinympäristöä painonhallinnan kannalta suotuisaksi, toimivat terveyskäyttäytymisen malleina ja auktoriteettina. Alle 12-vuotiaiden lasten hoidossa vanhempien osallistuminen on erittäin tärkeää, koska vanhemmilla on vaikutusta alle 12-vuotiaiden lasten asenteisiin, uskomuksiin ja ruoka- ja liikuntatottumuksiin. Alle 12-vuotiaiden lasten vanhemmat vastaavat ruokailusta eli mitä ja mihin aikaan lapset syövät. Lapset vastaavat itse siitä, syövätkö he aterioilla ja kuinka paljon syövät. (Nuutinen 2006, 312–313.)

4 Liikkuminen ja motorinen kehitys lapsuudessa

4.1 Lasten fyysinen aktiivisuus ja liikunta

Fyysisesti passiivinen lapsi istuu tai makaa, jolloin energiankulutus on enintään kaksinkertainen lepotilaan verrattuna. Fyysinen aktiivisuus voidaan jakaa kolmeen osaan, jolloin energiankulutus aiheutuu työstä, vapaa-ajan arkiaskareista tai liikunnasta. Liikunta on säännöllistä ja suunnitelmallista fyysistä aktiivisuutta, jonka tavoitteena on kunnon tai terveyden ylläpitäminen tai parantaminen. (Fogelholm 2011a, 25, 27.) Fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärä muodostuu valveillaoloaikana tehdyistä melko lyhyistä ja matalatehoisista suorituksista. Päivittäisestä fyysisestä aktiivisuudesta puolet pitäisi kertyä yli 10 minuuttia kestävästä reippaasta liikuntatuokioista, joiden aikana lapsi on enemmän liikkeessä kuin paikallaan. (Nuori Suomi ry:n lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008, 19–20.)

Lapsen päivittäinen liikunnan määrä on suosituksen mukaan ainakin 1,5 tuntia (Fogelholm 2011b, 76). Vastaavasti vuonna 2008 valmistunut Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille ohjaa 7-12-vuotiaita harjoittamaan fyysistä aktiivisuutta vähintään kaksi tuntia päivässä. Suosituksen on laatinut Nuori Suomi ry:n koolle kutsuma Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä osana opetusministeriön tukemaa Koululaiset liikkeelle -hanketta. Asetettu yleissuositus on terveystieteiden näkökulmasta minimimäärä, joka soveltuu kaikille liikuntataustaan katsomatta. Reipasta liikuntaa ovat esimerkiksi monet pihaleikit, peleistä muun muassa pesäpallo ja ripeä kävely koulun. (Nuori Suomi ry:n lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008, 6, 11, 18–20).

Matalatehoisen ja reippaan liikunnan lisäksi lapsen pitäisi päivittäin harrastaa tehokasta liikuntaa, jolloin lapsi hengästyy selvästi ja sydämen syke nousee huomattavasti. Tehokas liikunta on kestävyyskunnan kohentamisen ja sydänterveyden kannalta vaikuttavampaa kuin kevyt tai reipas liikunta. Lasten tehokas liikunta on yleensä intervallityyppistä, kestoaltaan muutamasta sekunnista muutama minuuttiin. Tehokasta liikuntaa ovat esimerkiksi vauhdikkaat pelit ja leikit, juoksupyrähdys kovalla vauhdilla sekä pallopelit. (Nuori Suomi ry:n lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008, 20.)

Suosituksen mukaan kouluikäisen lapsen tulisi harrastaa vähintään kolme kertaa viikossa lihaskuntoa, liikkuvuutta ja luiden terveyttä edistävää liikuntaa. Kouluikäinen lapsi voi käyttää lihaskunnan vahvistamiseksi oman kehonsa painoa apuna. Lihaskunto käsittää sekä lihasvoiman että lihaskestävyyden. Alakouluikäisen lapsen liikunnan harrasta-

minen vahvistaa luiden rakennetta ja lisää luuston mineraalimäärää vähän liikkuviin lapsiin verrattuna. Luustoa vahvistavat erityisesti hyppyt ja nopeita suunnanmuutoksia sisältävät leikit, pelit ja urheilulajit. Liikkuvuutta kehittävät venyttely ja voimistelu. Niveliä on tärkeää käyttää koko nivelen liikelaajuudella, jotta liikkuvuus ja nivelten liikelaajuudet säilyvät. (Nuori Suomi ry:n lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008, 22–23.)

Liikunnan pitäisi tuottaa lapselle iloa ja elämyksiä, mikä yleensä toteutuu, kun liikunta toteutetaan lasten näkökulmasta. Sosiaalisen kehityksen näkökulmasta on tärkeää suosia opetus- ja harjoitusmenetelmiä, joissa työskennellään yhdessä ja kehitetään omatoimisuutta. Kilpailun korostamista on suotavaa välttää. Lapsi tarvitsee paljon monipuolista liikuntaa motoristen taitojen oppimiseen. (Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008, 21.) Motoristen taitojen oppimiseen tärkeä vaihe on päiväkotii-ikä sekä ensimmäiset kouluvuodet. Yleensä alle 10-vuotias lapsi on oppinut motoriset perustaidot. (Fogelholm 2011b, 86.)

Liikunta tukee myös hermostollista kehitystä ja auttaa lasta oppimaan uusia tiedollisia asioita. Liikkumaan oppiminen ja liikunnan avulla oppiminen tapahtuvat lukuisilla toistoilla, joten päivittäinen useita tunteja kestävä liikkuminen on perusteltua. Fyysisestä aktiivisuudesta saatuja vaikutuksia ei voida varastoida, ja siksi on tärkeää liikkua päivittäin. Satunnaiset päivät, jolloin lapsi ei harrasta liikuntaa, eivät ole vaarallisia, mutta pitkiä liikkumattomuusjaksoja tulisi välttää. Perusterveen lapsen liikkumista ei tarvitse rajoittaa, koska lapsi pysähtyy ja levähtää kuormituksen noustessa liian rasittavaksi. Aikuisen on kuitenkin huolehdittava, ettei lapsen liikunta ole liian yksipuolista eikä sisällä pitkiä ja yhtäjaksoisia rasittavan liikunnan jaksoja. Lapselle ei ole haittaa lyhytkestoisista, intervallityyppisistä, rasittavan liikunnan tuokioista. (Nuori Suomi ry:n lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008, 18–19, 21.)

4.2 Ylipainoisen ja lihavan lapsen liikunta

Liikunnan lisääminen lasten painonhallinnassa on keskeistä, koska ruuasta saatavaa energianmäärää ei voi pienentää kasvun tukemiseksi. Merkittävästi lihavalle lapselle sopivia urheilumuotoja ovat monet aerobiset lajit, kuten ripeätahtinen kävely, portaiden

nouseminen, rullaluistelu sekä pari- ja joukkuepelit. Vaikeasti lihavalle lapselle sopivat kävely (välillä leväten), uinti, pyöräily ja kuntopiirit. Liikunta kehittää lihasten yhteistyötä, edistää oppimista sekä lisää luottamusta omiin taitoihin. (Nuutinen 2006, 318–319.)

Energiaa kuluu kaikissa fyysisissä toiminnoissa riippuen siitä, miten suuria kuormia kannetaan sekä miten paljon kehoa ja raajoja liikutetaan. Fyysiset toiminnot voivat tarkoittaa yhtäläillä liikunnan harrastamista kuin puuhailua ulkona. Energiankulutuksen määrä riippuu myös ajallisesta kestosta, joka käytetään edellä mainittuihin toimintoihin. (Mälkiä & Rintala 2002, 113.)

Mälkiän ja Rintalan (2002, 113) mukaan ylipainoisten aikuisten liikunnan harrastamisessa tulee huomioida seuraavat asiat: liikunnan muoto, harjoitusten määrä ja kesto sekä intensiteetti. Ylipainoisille suositellaan mahdollisimman paljon kävelyä sekä kaikin tavoin aktiivisuuden lisäämistä. Liikuntaharjoitukset eivät saa kuormittaa niveliä kohtuuttomasti. Varsinaisen liikunnan harrastamisen lisäksi tulee huomioida, että kevyitä aktiivisuuden muotoja on useita kertoja päivässä. Kestoltaan lyhyet kuormitusjaksot ovat tehokkaita usein toistettuna.

Passiivisuuden vähentäminen on liikunnan lisäämistä tärkeämpää lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa. Passiivinen television katsominen, tietokoneella ja pelikonsoleilla pelaaminen lisäävät paikallaan olemista kuluttaen vähän energiaa, jolloin riski ylipainoon kasvaa. Vanhempien liikunnallinen malli ohjaa myös lasta liikunnallisuuteen. Liikunnan tulee olla hauskaa, itselle mieluista ja vaativuustasoltaan sopivaa, jotta lihava lapsi pitäisi liikunnasta. Liikunnassa tulee näkyä leikinomaisuus, riemu ja lapsen kannustaminen. Askelmittari voi olla lapselle ja nuorelle kannustava väline liikkumiseen. Nuoremmat lapset pitävät liikuntaleikeistä. (Nuutinen 2006, 318–319.)

4.3 Liikunnan aiheuttama energia-aineenvaihdunnan muutos

Vuorokauden kokonaisenergiankulutus muodostuu viidestä osasta, jotka ovat nukkuvan aineenvaihdunta, lepoaineenvaihdunta, ruoan aiheuttama lämmöntuotto, spontaani ja tiedostamaton aktiivisuus sekä fyysinen aktiivisuus. Ruoan aiheuttama lämmöntuotto

muodostaa noin 10 % energiankulutuksesta. Spontaanin aktiivisuuden osuus on muutama prosentti. Näin ollen fyysinen aktiivisuus ja lepoaineenvaihdunta muodostavat suurimman kulutuksen. (Ilander 2006, 43.) Liikunnan energiankulutuksen suuruuteen vaikuttavat liikunnan kesto ja rasittavuus. Myös yksilöllisillä tekijöillä, kuten kehon painolla, on vaikutus liikunnan aiheuttamaan energiankulutukseen. Mitä suurempi kehon paino on, sitä suurempi on liikunnan aiheuttama energiankulutus. Kehon painon merkitys energiankulutukseen korostuu erityisesti sellaisissa liikuntamuodoissa, joissa kannatellaan omaa painoa. Edellä mainitun kaltaisia lajeja ovat kävely ja juoksua sisältävät lajit. Ylipainoisille suositellaan kehoa kannattelevaa liikuntaa, koska se kuluttaa enemmän energiaa. Edellytyksenä kuitenkin on, että nivelet ovat terveet, jotta ne kestävät räsitusta. (Ilander 2006, 41.)

Lasten liikunnan aikaansaama energiankulutus on suurempaa verrattuna aikuisiin, kun energiankulutus suhteutetaan kehon painoon. Suurempi energiankulutus aiheutuu lasten puutteellisesta suoritustekniikasta. Myös aikuisilla suoritustekniikan taloudellisuudella on vaikutusta energiankulutukseen. (Ilander 2006, 41.)

Fyysisen työn aikana lihakset supistuvat toistuvasti, mikä vaatii energiaa. Tarvittava energia lihassolujen supistumiseen saadaan adenosiinitrifosfaatista eli ATP:sta. ATP:ta on soluissa sen verran, että noin kahden sekunnin maksimaalinen työ on mahdollista. Koska lihakset sisältävät ATP:ta, ne ovat koko ajan valmiita fyysiseen työhön. Kun ATP:n sisältämästä kolmesta fosfaattiryhmästä yksi irtoaa, ATP:n energia vapautuu, ja lopputuloksena syntyy adenosiinidifosfaattia (ADP). Reaktio tapahtuu välittömästi ja anaerobisesti, mikä tarkoittaa sitä, että energiaa saadaan nopeasti ilman happea. Fyysisen työn jatkumisen edellytys on, että ATP:ta muodostuu lisää samalla nopeudella kuin sitä menetetään. Elimistö ei tuota uutta ATP:ta, vaan se kierrättää vapaan fosfaattiryhmän yhteen ATP:n pilkkoutumisessa syntyneen ADP:n kanssa. Tapahtumaa kutsutaan fosforylaatioksi, jonka lopputuloksena on uudelleen toimintakykyistä ATP:ta. (Ilander 2006, 48.)

ADP:n fosforyloiminen edellyttää energiaa, jota voidaan saada kolmella tavalla: kreaatiinifosfaattijärjestelmällä, anaerobisella lykolyysilla ja aerobisella energiantuotannolla. Kaikki energiantuotantojärjestelmät toimivat rinnakkain, mutta niiden keskinäinen painotus määräytyy liikunnan tehon mukaan. Polttoaineita eli hiilihydraatteja, rasvahappo-

ja, aminohappoja, maitohappoa ja kreatiinifosfaattia käytetään rinnakkain. Polttoaineseos määräytyy liikunnan tehon, keston ja polttoaineiden saatavuuden mukaan. (Ilander 2006, 48.)

Aerobinen energiantuotanto on suurinta ihmisen levätessä tai liikkuessa joko matalalla tai kohtuullisella teholla. Työskenteleeviin lihassoluihin muodostuu hapenpuutetta, kun liikunnan teho kasvaa riittävän korkealle. Lisäenergiatarve korvataan anaerobisen glykolyysin avulla. Anaerobisen glykolyysin etu aerobiseen energiantuotantoon verrattuna on se, että ATP:ta voidaan tuottaa ilman happea. (Ilander 2006, 52, 54.)

Liikunnan aikana lihas käyttää energianlähteenään sekä rasvaa että hiilihydraatteja. Liikunnan teho vaikuttaa olennaisesti siihen, mitä ravintoaineita (hiilihydraatit, rasvat vai proteiinit) energiankulutus käyttää. Rasva on tärkein energianlähde, kun liikunta tuntuu kevyeltä tai kohtalaiselta. Elimistö alkaa käyttää rasvaa rauhallisen liikunnan aloittamisen aikana, mutta liikuntasuorituksen jälkeen elimistö käyttää suhteellisesti enemmän hiilihydraatteja kuin rasvaa. Kun liikunta alkaa tuntua rasittavammalta ja liikunnan vauhti kiihtyy, elimistön pääenergianlähde on hiilihydraatit. Kuitenkin rasittavan liikunnan jälkeen elimistö käyttää enemmän rasvoja energianlähteenä kuin hiilihydraatteja. Liikunnan tehon lisäksi liikunnan kokonaismäärällä on merkitys painonhallinnassa. Rasvan varastoitumiseen tai palamiseen vaikuttaa kokonaisuutena energiansaannin ja -kulutuksen erotus. Pitkällä aikavälillä elimistön rasvavarastot pienenevät, kun energiankulutus on energiansaantia suurempaa. (Suomen Sydänliitto ry 2014a.)

4.4 Motoriset taidot

Lasten motorisen kehityksen käsitteistö on laaja-alainen, mikä johtuu teoreettisten lähestymistapojen eroista. Käsitteet perusliike ja motorinen perustaito ovat yleisesti käytössä. Käsitteenä perustaito korostaa oppimista, toivottu taito joudutaan opettelemaan. Perusliike mielletään geeniperimään ohjelmoituksi, jolloin perusliikkeet muodostuvat hermoston kypsyessä. (Karvonen, Siren-Tiusanen & Vuorinen 2003, 44.) Taidon oppiminen (motor learning) tarkoittaa taidon oppimista harjoittelun seurauksena. Motorinen käyttäytyminen (motor behavior) ilmenee havaittavissa olevana käyttäytymisenä, johon vaikuttavat harjoittelun lisäksi motivaatio, väsymys, kunto, tarkkaavaisuus ja vireystila.

Motorinen taito sisältää tavoitteen, jonka toteutumiseksi vaaditaan kehon tai raajojen liikkeitä. Motorisia taitoja tarvitaan fyysisissä kehon ja raajojen toimintaa edellyttävissä tilanteissa. Motorinen taito koostuu useista liikkeistä. (Jaakkola 2010, 33, 46.)

Motorisia taitoja voidaan luokitella monien ominaisuuksien perusteella. Luokittelua voidaan tehdä esimerkiksi lihasryhmien, kyseessä olevan taidon ja suoritussympäristöön liittyvien ominaisuuksien perusteella. Luokittelu lihasryhmien perusteella tapahtuu siten, että suurien lihasryhmien käyttöä vaativa taito on karkeamotorinen ja pieniä lihasryhmiä vaativa taito hienomotorinen. Juokseminen, heittäminen ja loikkaaminen ovat esimerkkejä karkeamotorisista taidoista. Hienomotoriset taidot vaativat silmä-käsi-koordinaatiota, tarkkuutta ja sormien näppäryyttä, joita tarvitaan esimerkiksi tikän heittämisessä ja kirjoittamisessa. (Jaakkola 2010, 48–50.) Taidot eivät ole aina pelkästään joko hieno- tai karkeamotorisia. Hieno- ja karkeamotoriikka painottuvat eri tavalla liikkeestä riippuen. (Magill 2007, Jaakkolan 2010, 48 mukaan.)

Motorinen taito voidaan luokitella suljetuksi tai avoimeksi motoriseksi taidoksi. Jos ympäristö taitoa suorittaessa pysyy muuttumattomana, on kyseessä suljettu motorinen taito. Esimerkki suljetusta motorisesta taidosta on korkeushyppy. Vaikka korkeushypyn vaikuttavat sääolosuhteet ja psykologiset tekijät, suorituspaikka on aina sama. Avoin motorinen taito on silloin, kun ympäristö muuttuu suoritusten aikana ja välillä. Avoimen motorisen taidon suorittaminen vaatii suorittajalta ympäristön haasteiden ja vaatimusten havainnoimista. Esimerkiksi tenniksen palaaminen on avoin motorinen taito, jossa pelaajan asento, pallon nopeus, liikerata ja vastustajan sijainti vaihtelevat tilanteen mukaan. (Jaakkola 2010, 48–49.)

Motoriset taidot voidaan jakaa myös erillis-, sarja- ja jatkuviin taitoihin (Magill 2007, Jaakkolan 2010, 49 mukaan). Erillistaito on liike, joka sisältää selkeän alun ja lopun. Erillistaito on esimerkiksi pallon kiinniottaminen. Sarjataidossa on kaksi tai useampia yhteen sovitettuja yksittäisiä taitoja. Tanssin askelsarjat ovat sarjataitoja. Jatkuva motorinen taito on pitkäaikaista, toistuvaa taitoa, mistä on esimerkkinä uinti. (Jaakkola 2010, 49.)

Liikkeiden tuottamiseen, niiden säätelyyn ja taitojen oppimiseen vaikuttavat aistien tuomat tiedot. Havaintomotoriikka on suurimmaksi osaksi tiedostamatonta ja automaatt-

tista. (Jaakkola 2010, 55–56.) Havaintomotoriikka muodostuu kehontuntemuksesta, avaruudellisesta hahmottamisesta sekä suunnan ja ajan hahmottamisesta (Karvonen 2002, Jaakkolan 2010, 56 mukaan). Kehontuntemus on tietoisuutta kehon ja sen osien tehokkaasta liikuttamisesta tai rentouttamisesta. Avaruudellinen hahmottaminen on asioiden ja esineiden hahmottamista suhteessa itseen. Se korostuu tilanteissa, joissa suorittajan täytyy arvioida, paljonko tilaa keho tarvitsee suhteessa ympäristöön. Suunnan hahmottaminen tarkoittaa suuntatietoisuuden kehittymistä sekä oikean ja vasemman ymmärtämistä. Ajan hahmottaminen on rytmin, samanaikaisuuden ja järjestyksen hallitsemista, joka toteutuu esimerkiksi tanssin askelsarjan oikea-aikaisina liikkeinä. (Jaakkola 2010, 56.)

4.5 Motoriset taidot lapsen iänmukaisessa kehityksessä

3,5 vuoden iästä eteenpäin lapsen motoriset perustaidot automatisoituvat nopeasti, ja suoritukset paranevat määrällisesti. Lisäksi lapsi opettelee perusliiketaitojen yhdistelmiä. 6-vuotiaana kehittyä erityisesti juoksu-heitto-yhdistelmä. Kuudennen elinvuoden aikana lapsi opettelee heiton kiinniottamista vartaloa vasten (eri korkeuksilta) ja tasapainon pitämistä (10 sekuntia). 6-vuotias harjoittelee myös tasapainoilua kävellen (leveys 10 senttimetriä) sekä juoksemista ja esteen alittamista vuorotellen. Kasvuajana kehon mittasuhteet muuttuvat, ja lapsi joutuu sopeuttamaan uudelleen jo opittuja taitoja. (Karvonen ym. 2003, 44–45.) 5-6-vuotias lapsi harjoittelee erityistaitoja vaativia liikkeitä, kuten luistelua, pyöräilyä ilman apurenkaita ja hyppynarulla hyppelyä. Harjoittelun edetessä lapsi pystyy selviytymään erilaisessa maastossa. 6-vuotias säätelee nopeutta, hallitsee suunnan muutoksia sekä pystyy tekemään useita toimintoja samanaikaisesti. Leikinomaisuus ja mielikuviin perustuva harjoittelu onnistuvat. Erilaiset pihaleikit, kuten jalkapallo, hyppynaruhyppely, ruutuhyppely sekä polttopallo, ovat hyviä motorisia harjoitteita. (Autio & Kaski 2005, 28.)

Kouluikäisen (7-10-vuotiaan) kehonhallinta ja liikkuvuus ovat kehittyneet, jos lapsi on oppinut käyttämään kehoaan erilaisissa asennoissa ja toiminnoissa. Kouluikäisenä liikuntaharrastus aloitetaan usein kavereiden kannustamana. Esipuberteetti-ikäisen (10–12-vuotiaan) kehon mittasuhteet muuttuvat pituuskasvun aikana. Opitut taidot voivat hävitä hetkeksi, jonka jälkeen ne pitää harjoitella uudelleen muuttuneessa kehossa. 10–

12-vuotiaana motoristen taitotasojen erot lasten välillä näkyvät selkeämmin kuin aiemmin. (Autio & Kaski 2005, 30, 32–33.)

4.6 Motoristen taitojen merkitys ylipainon riskitekijänä

Lapsilla esiintyvistä lievista motorisista ongelmista käytetään sellaisia käsitteitä kuin motorinen kömpelyys, kehityksellinen dyspraksia tai kehityksellinen koordinaatiohäiriö. Kehityksellisesti kömpelöinä yksilöinä on pidetty lapsia, joiden motoristen taitojen kehittyminen on selkeästi ikätovereita hitaampaa. (Ahonen 2002, 269–270.) Motorinen kömpelyys voi tulla esiin myös esineiden pudottelemisena, yleisenä kömpelyytenä tai vaikeuksina urheilusuorituksissa tai kirjoittamisessa (Ahonen, Viholainen, Cantell & Rintala 2005, 12). Taustalla ei ole myöskään kömpelyyttä selittävää neurologista sairautta. Kömpelyys ei ole kovin yhtenäinen oireyhtymä. (Ahonen 2002, 270.)

Motoriikan kehityshäiriöille tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa liikkeiden ajoittamisen ja rytmisyyden vaikeudet ja motoristen toimintojen hitaus sekä epätarkkuus. Lisäksi kehityshäiriö ilmenee vaikeuksina lihasvoiman säätelyssä (liian vähäinen tai suuri lihasvoiman käyttö suoritettavaan tehtävään nähden) ja monivaiheisten toimintojen suorittamisessa. Motoriikan kehityshäiriö ilmenee myös muita suurempana tukeutumisenä näköaistiin ja keskikehon lihasten käyttöön tasapainon säilyttämiseksi. (Ahonen ym. 2005 12–13.) Kömpelyys voi olla itsenäinen ja siten lapsen ”ainoa” oire, mutta usein kömpelyyteen liittyy näkyviä pulmia myös muilla kehityksen alueilla. Ongelma voi vaihdella esimerkiksi laajuuden ja vakavuusasteen suhteen. Laajuuden vaihtelu voi näkyä vain tiettyjen liikkeiden vaikeutena, esimerkiksi saksilla leikkaamisessa, tai laajemmin liikkeiden säätelyssä. Ongelman vakavuusaste voi vaihdella hitaasta ja työläästä siihen, että tehtävä ei onnistu ollenkaan. (Ahonen 2002, 270–271.) Kömpelyys voi vaikuttaa kouluikässä lapsen itsetuntoon ja minäkäsitykseen heikentävästi (Ahonen ym. 2005, 13).

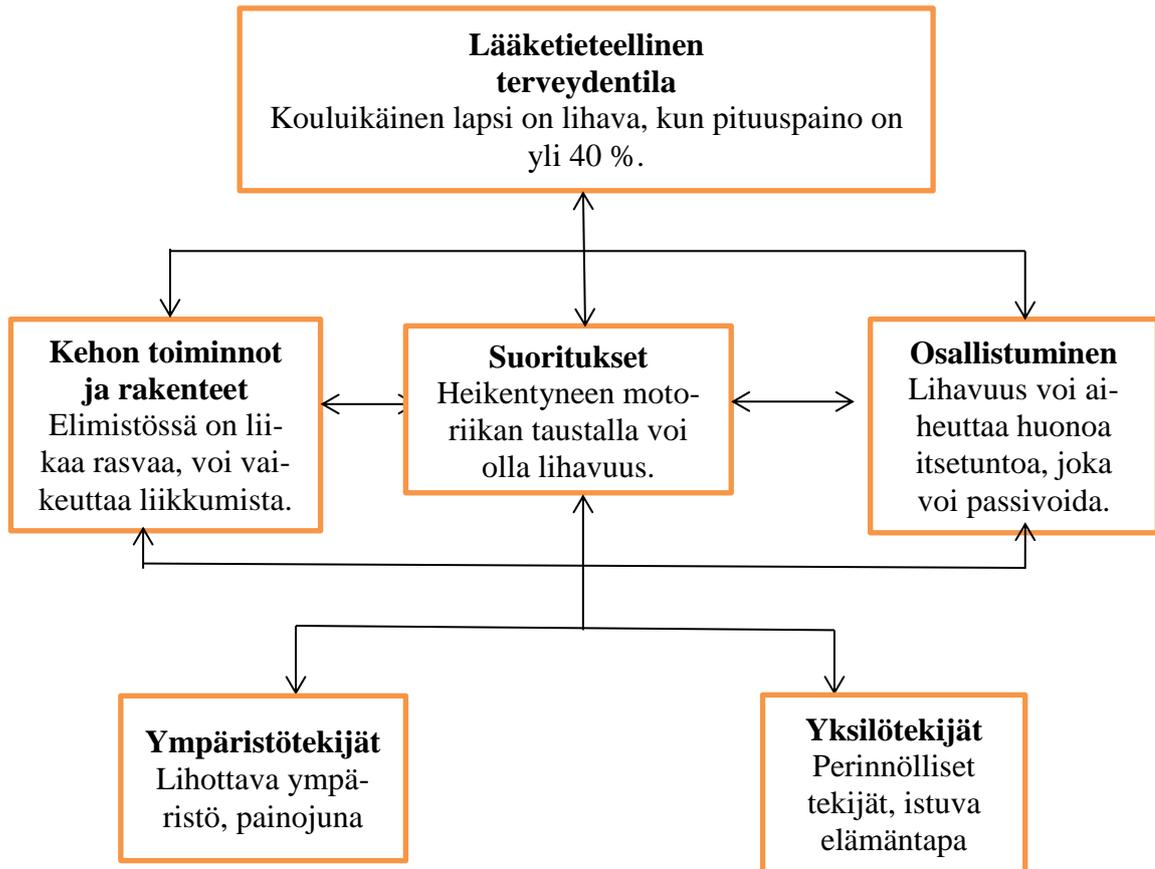
Kantomaa, Stamatakis, Kankaanpää, Kaakinen, Rodriguez, Taanila, Ahonen, Järvelin & Tammelin tekemän (2013, 1917–1918, 1921) tutkimuksen mukaan fyysisellä aktiivisuudella ja lihavuudella on yhteys motorisiin taitoihin lapsuudessa ja koulumenestykseen nuoruudessa. Lihavuus ja vähäinen fyysinen aktiivisuus voivat olla heikentyneen motoriikan merkittäviä taustatekijöistä. Heikentyneellä motorikalla ei ollut tutkimuksen

mukaan yhteyttä verenkiertoelimistön kuntoon. Tutkimuksen otokseen kuului 8 061 Pohjois-Suomessa vuonna 1986 syntynyttä lasta. Vanhemmat raportoivat 8-vuotiaiden lasten motoriikasta laaditun kyselylomakkeen avulla. Saatuja tietoja verrattiin nuorten ollessa 16-vuotiaita, jolloin he itse raportoivat oman pituutensa ja painonsa sekä fyysisestä aktiivisuudesta kyselylomakkeen avulla. Lisäksi nuorten hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintakykyä testattiin polkupyöraergometrin avulla.

Fysioterapeutin tutkimuksiin lapset tulevat yleensä neuvola- tai kouluterveydenhoitajan kehotuksesta tai lääkärin läheteellä. Fysioterapeutin tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lapsen motoriikan ongelmia yksityiskohtaisesti sekä etsiä mahdollisia taustatekijöitä. Fysioterapeuteilla on käytettävissään motoriikan arvioimiseen tarkoitettuja, standardoituja testejä. Jos kotipaikkakunnalla tai lähialueella ei ole tarjolla sopivia terapiapalveluita, vanhempien aktiivisuudella ja varallisuudella on vaikutusta siihen, saako lapsi apua vai ei. (Laasonen 2005, 200.)

4.7 Lasten lihavuus ICF-toimintakykyluokituksessa

Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt luokituksen nimeltä The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) kuvaamaan toimintakykyä ja sen rajoitteita. Toimintakykyluokituksessa otetaan huomioon jatkuvat muutokset yksilön terveydentilassa, ympäristötekijöissä ja yksilötekijöissä. ICF rakentuu kahdesta tasosta. Keskiössä on toimintakyky ja sen rajoitteet, jotka muodostuvat teemoista kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset sekä osallisuus. ICF tarkastelee jokaisen ihmisen toimintakykyä saman viitekehyksen mukaan. Terveystilat ovat toimintakyvyn ja sen rajoitteiden vuoropuhelua, johon vaikuttavat myös yksilötekijät ja ympäristö. (WHO 2013, 3-4.) Seuraavalla sivulla kuviossa 2 on ICF-toimintakykyluokitus sovellettuna lasten lihavuuteen tämän opinnäytetyön tietoperustan pohjalta.



Kuvio 2. ICF

(mukaellen How to use ICF, World Health Organization 2013, <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>.)

5 Tutkimustietoa ylipainoisten lasten ryhmätoiminnan vaikuttavuudesta

Collins, Okely, Morgan, Jones, Burrows, Cliff, Colyvas, Warren, Steele & Baur (2011) ovat vertailleet tutkimuksessaan lihavien lasten hoidon vaikuttavuutta. Australiassa toteutettu tutkimus sisältää kolme erilaista interventioryhmää. Ne keskittyivät vanhempien ruokavalio muutokseen, lasten fyysiseen aktiivisuuteen tai molempien yhdistelmään. Lasten fyysisen aktiivisuuden ryhmää ohjasivat liikunnanopettajat. Tutkimukseen osallistui yhteensä 165 ylipainoista lasta, jotka olivat iältään 5-9-vuotiaita. Lapset jaettiin satunnaistetusti kolmeen ryhmään puolen vuoden interventiota varten. Kaikki ryhmät

etenivät samassa aikataulussa. Ryhmä tapasi kasvotusten kerran viikossa kaksi tuntia kerrallaan kymmenen viikon ajan.

Lasten fyysisen aktiivisuuden ryhmä keskittyi kehittämään keskeisiä liikkumisen taitoja, jotka olivat yhteydessä fyysisen aktiivisuuden lähtökohtaan. Vanhemmat osallistuivat ensimmäisellä kerralla lasten fyysisen aktiivisuuden ryhmään ja olivat velvoitettuja tekemään viikoittain liikuntaharjoituksia lastensa kanssa. Interventio jatkui kolmen kuukauden ajan kerran kuukaudessa suoritettulla puhelinkeskustelulla vanhemmille. Puhelinkeskusteluissa vanhemmat asettivat lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita. Merkittävimmät muutokset lasten BMI:ssä saatiin aikaan vanhempien ruokavalion muutokseen tähtäävässä ryhmässä. Lähes yhtä hyvät tulokset saatiin yhdistelmäryhmästä. Pienempi muutos BMI:ssä tapahtui lasten fyysisen aktiivisuuden ryhmässä. Tutkimustuloksesta selviää, että on tärkeää liittää vanhemmat osaksi esimurrosikäisen lapsen lihavuuden hoitoa. (Collins ym. 2011.)

Farrisin, Taylorin, Williamsonin & Robinin (2011) mukaan lapsuuden lihavuus on kasvava ongelma, joka tarvitsee monialaisia interventioita. Kaikilla lihavilla lapsilla on suurentunut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin verrattuna normaalipainoisiin ikätovereihin. Lihavien lasten interventio-ohjelmissa on havaittu tärkeiksi osatekijöiksi ravitsemuksen ohjaus ja siihen liittyvä aktiviteetti, fyysinen aktiivisuus ja istumiskäyttäytymisen vähentäminen. Lisäksi tehokkaita osatekijöitä ovat menetelmät käyttäytymisen muutoksia varten, perheen mukaan ottaminen ja ympäristön luominen sosiaalisesti turvalliseksi. Myös fyysistä aktiivisuutta lisäävien laitteiden käytön ohjaus ja käyttäminen usein on merkittävää.

Perhelähtöisillä tutkimuksilla, jotka ovat sisältäneet useimpia edellä mainituista osatekijöistä, on saavutettu johdonmukaisesti edistystä ylipainoisten ja lihavien lasten painonhallinnassa. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut järjestää 12 viikkoa kestävä interventio-ohjelma lapsille, jotka ovat lihavia. Ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista suunniteltu interventio-ohjelma esiteltiin kahdesti, jonka jälkeen varsinaiseen tutkimusohjelmaan tehtiin vielä tarvittavia muutoksia. Tässä tutkimuksessa fysioterapeutti oli vastuussa lopullisesta konseptista, rahoituksen hakemisesta ja yhteistyön kehittämisestä. Hän vastasi myös välinehankintojen ja harjoitusohjelmien konsultoinnista sekä henkilökunnan kouluttamisesta tuloksien tulkintaan. (Farris ym. 2011, 12–13.)

Amerikkalaiseen tutkimukseen osallistui 25 lasta, jotka olivat keskimäärin 8-vuotiaita. Tutkimukseen osallistumisen edellytyksenä oli lisäksi yli 98 prosenttiin BMI sekä vanhempien suostumus 12 viikkoa kestäväan ja kolmesti viikossa tapahtuvaan interventi-oon. Persentiili eli sadannes- tai prosenttipiste ilmoittaa muuttujan arvon, jonka alle jää 1 % tapauksista (Tilastokeskus 2014). Yli 98 prosenttiin BMI tarkoittaa, että tutkimukseen osallistuneiden lasten ikäryhmästä kaksi prosenttia oli heitä painavampia. Interventio sisälsi aerobista harjoittelua sekä vastusharjoittelua tarkoituksenmukaisesti ikä ja kehitystaso huomioon ottaen. Jokaisen tunnin pituisen lasten harjoituskerran ohjasi personal trainer, jota avustivat muun muassa valmistuvat fysioterapeutit. Viikoittain kaksi harjoituskertaa sisälsi lyhyen voimistelutyypin lämmittelyn, jota seurasi vastusharjoittelu ilmanpainelaitteissa ja lattialla harjoittelu (punnerrukset, vatsarutistukset ja askelkyvyt). Sen jälkeen oli aerobisen harjoittelun osuus (hölkkä, ripeä kävely, hypynaruhyppely) ja lopuksi venyttely. Viikoittain yksi harjoituskerta sisälsi hauskoja aktiviteetteja, kuten uintia, rullaluistelua, patikointia, karatea, pyöräilyä, kalliokiipeilyä ja aktiivipelejä, esimerkiksi Playstation 2:lla. Lapsia rohkaistiin harjoittelemaan tasolla 6-7, kun maksimiteho on 10. Toisaalta lapsia oli myös kehoitettu levähtämään, jos hengästyivät liian nopeasti tai vastus tuntui liian painavalta. Ohjaajat auttoivat sopivien painojen säätelyssä ja sykkeen ylläpitämisessä aerobisen harjoittelun aikana. (Farris ym. 2011, 12–14.)

Ohjelma sisälsi kaksi ravitsemusaktiviteettiä, jotka olivat posterin tekeminen terveellisen ruuan valinnoista ja niiden maistelu. Lasten harjoituskertojen aikana vanhempien kannustettiin käyttämään aikuisille tarkoitettuja laitteita. Vanhempia rohkaistiin myös osallistumaan hauskoihin aktiviteetteihin. He osallistuivat monipuoliseen ravitsemuksen ohjaukseen. Se sisälsi tavallisen ravitsemuksen yleiskatsauksen, etikettien lukemista, kaloreiden käsittelemistä, nälän ymmärtämistä, nopeita terveellisiä ruokia, parhaat valinnat koulun lounaaksi sekä neuvoja. (Farris ym. 2011, 14.) Tutkimuksen tuloksena lasten paino laski sekä kestävyys- ja lihaskunto kohenivat. Vastaavasti verenpainearvot olivat korkeammat intervention jälkeen kuin ennen interventiota. (Farris ym. 2011, 16–17.)

Schlessman, Martin, Ritzline & Petrosino (2011) ovat tutkineet fysioterapeutin roolia terveyden edistämisessä, fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä ja lihavuuden ennaltaeh-

käisyssä. Amerikkalaisen tutkimuksen tarkoitus on ollut tunnistaa lastentarhanopettajien, esikouluopettajien ja vanhempien ja fysioterapeuttien asenteita kyselytutkimuksen avulla. Vastausprosentti oli 42. Vastauksien perusteella ravitsemusterapeutti ja lääkäri oli valittu kaikista vaihtoehdoista tietävimmäksi asiantuntijaksi terveyden edistämässä, fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä sekä lihavuuden ennaltaehkäisyssä. Vastaajat olivat opettajia ja vanhempia. Fysioterapeutit valitsivat tietävimmäksi asiantuntijaksi fysioterapeutin. Muita vastausvaihtoehtoja olivat hoitaja, vanhempi ja opettaja. Kyselyyn vastanneiden mielestä opettajat ja vanhemmat olivat kaikista sopivimpia opettamaan esikouluikäisiä. Suurin osa esikouluopettajista ja lastentarhanopettajista oli sitä mieltä, että fysioterapeutit ovat halukkaita opastamaan opettajia terveyden edistämässä, lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä esikoulussa. (Schlessman ym. 2011, 79, 81.)

Suurin osa julkisen esikoulun opettajista valitsi fysioterapeutin tai opettajan sopivammaksi ohjaajaksi. Mahdollisesti julkisten esikoulujen opettajat ovat tietoisempia fysioterapeutin roolista terveyden edistämässä verrattuna lastentarhanopettajiin ja vanhempiin. Siitä lähtien on tarvittu fysioterapian palveluja, kun erityisen tuen tarpeessa olevat lapset on sulautettu julkisiin esikouluihin. Julkisen esikoulun opettajat ovat olleet yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa ja siten heillä on laajempi käsitys fysioterapeutin osaamisalasta. Enemmistö lasten fysioterapeuteista oli eri mieltä siitä, että tällä hetkellä heidän vastuualueeseensa kuuluisivat terveyden edistäminen-, lihavuuden ennaltaehkäisy- ja fyysinen aktiivisuus -ohjelmat. Suurin osa muista osallistujista suhtautui neutraalisti heidän vastuuseensa. Kaikki ryhmät olivat joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että fysioterapeutit ovat sopivia ohjaamaan vanhempia. Fysioterapeutit on tunnistettu sopivimmaksi opettamaan vanhempia ja opettajia terveyden edistämisestä, lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisestä. Useimmat vastaajista olivat tietämättömiä fysioterapeutin osallisuudesta terveyden edistämässä, lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. (Schlessman ym. 2011, 79, 81.)

Fysioterapeutin erityisosaaminen on alitunnistettua lasten terveyden edistämässä, lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. Vanhemmat ja opettajat ovat avoimia fysioterapeutin osallistumiseen. Fysioterapeuttien pitäisi parantaa yleistä tietoisuutta ammattitaidostaan. Kun vanhempien ja opettajien tietoisuus fysiotera-

peutin roolista terveyden edistämässä lisääntyisi, se voisi johtaa fysioterapeutin roolin kasvamiseen lasten terveyden edistämässä. Se auttaa omalta osaltaan lasten lihavuusongelmassa. (Schlessman ym. 2011 83, 85.)

Lasten fysioterapeutteja rohkaistaan ohjaamaan perheitä siten, että he kokeilevat positiivisen fyysisen aktiivisuuden muotoja. Fysioterapian perustava näkökulma on leikissä. Fysioterapeutit voivat kertoa leikin tärkeydestä. Lisäksi fysioterapeutit ohjaavat perhettä sitoutumaan aktiiviseen leikkiin lapsen kehitystason mukaisesti ja auttaa lasta oppimaan terveille elämäntavoille. Fysioterapeuttien on tärkeää korostaa vanhempien mallia myönteisen fyysisen aktiivisuuden käytöksessä. Vanhempien vastuulla on rajoittaa näyttöpäätteiden ääressä olemista alle kahteen tuntiin päivässä. (Dwyer, Baur, Higgs & Hardy 2009, 39.)

6 Ylipainoisten lasten toiminnallisen ryhmän lähtökohdat

6.1 Valtakunnallinen Neuvokas perhe -ohjausmenetelmä

Neuvokas perhe -ohjausmenetelmä on kehitetty vuosina 2006–2008 osana Sydänliiton Suomalaista Sydänohjelmaa. Ensin Neuvokas perhe -ohjausmenetelmän käyttäminen kohdistui äitiys- ja lastenneuvolaikäisten perheisiin. Hyvien kokemusten pohjalta menetelmää on laajennettu kattamaan alakouluikäiset lapset ja heidän perheensä. Ohjausmenetelmä on apuväline liikunta- ja ravitsemusohjaukseen. Terveydenhoitajien lisäksi myös lääkärit, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit sekä suun terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää menetelmää työssään. (Suomen Sydänliitto ry 2014b.) Neuvokas perhe -ohjausmenetelmä on tarkoitettu perheiden terveysneuvontaan. Neuvokas perhe -materiaali koostuu kortista sekä tieto- ja kuvakansioista. Menetelmän avulla puheeksi ottaminen on helpompaa, ja perheelle on helpompi antaa kannustavaa palautetta elintavoista. Materiaaleja käyttämällä on mahdollisuus löytää selkeästi ne elämän osa-alueet, joissa muutoksille on tarvetta. (Suomen Sydänliitto ry 2013a.)

Neuvokas perhe -kortti on mahdollista saada äitiysneuvolasta ja myöhemmin alakoulun terveydenhuollosta. Neuvokas perhe -kortissa on väittämiä, jotka liittyvät perheen ar-

keen elämän eri osa-alueilla. Perhe täyttää korttia sovituin väliajoin. Kortin täyttäminen edellyttää perheeltä omien ruokailu- ja liikuntatottumuksiensa pohtimista. Kortissa on liikennevalojen mukaiset värit, jotka kertovat perheelle, miten heidän tottumuksensa sijoittuvat suhteessa suosituksiin. Tarkoituksena ei ole saada korttiin ainoastaan vihreän valon valintoja, vaan löytää kohtia, joihin perhe haluaa tehdä muutoksia. Terveysalan ammattilainen on tilanteessa mukana auttamassa sopivan ja konkreettisen tavoitteen asettamisessa. (Suomen Sydänliitto ry 2013b.) Neuvokas perhe -tietokansio on käsikirja ohjaajalle (Suomen Sydänliitto ry 2013c).

6.2 Perhe- ja voimavarakeskeisyys

Neuvokas perhe -ohjausmenetelmän perusta on perhe- ja voimavarakeskeisyys. Perhekeskeisyys sisältää ohjauksessa näkökulman, jonka lähtökohtana ovat koko perheen ja perheenjäsenten yksilölliset tarpeet sekä voimavarat. Lasten hyvinvointiin vaikuttavat koko perheen ja vanhempien hyvinvointi sekä vanhemmuuden laatu. Vanhemmat ovat esimerkkeinä lapselle kaikessa, mukaan lukien liikunta- ja ruokailutottumukset. (Suomen Sydänliitto ry 2013, 23.)

Voimavarakeskeisyyden tavoitteena on ohjauksen avulla saada aikaan perheenjäsenten tietoinen itsearviointi eli reflektio. Ohjaus tarjoaa perheenjäsenille tukea, jonka avulla he pystyvät pohtimaan liikunta- ja ruokailutottumuksiaan sekä mahdollisia muutostarpeita. Perheen voimavarat kasvavat ohjauksessa muutoksien toteuttamiseen ja he saavat myös välineitä sekä keinoja muutosten tekemiseen. Voimavarakeskeinen ohjaus alkaa perheen ja perheenjäsenten tarpeiden tunnistamisesta. (Suomen Sydänliitto ry 2013, 23.)

6.3 Motivoiva haastattelu

Motivoivaa haastattelua käytetään silloin, kun asiakkaan elämäntavoissa tarvitaan muutos terveydellisistä syistä. Motivoiva haastattelu on työväline, kun tavoitteena on muuttaa asiakkaan ruoka- ja liikuntatottumuksia. Kaikki ihmiset haluavat olla terveitä, ja monilla on paljon tietoa terveyttä edistävästä valinnoista ja ratkaisuista. Käytännön elä-

mään nämä valinnat ja ratkaisut eivät läheskään aina siirry. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Autoritaarinen kommunikaatio, jossa asiantuntija kertoo asiakkaalle miten tämän tulisi elää (”Teidän pitäisi pudottaa painoa”), aiheuttaa muutosvastarintaa, eikä asiakas halua muuttaa mitään. Muutosvastarintaa ei aiheudu, jos potilas kokee voivansa itse päättää asioistaan. Asiakkaan motivaation kehittymiselle jää tilaa, kun asiantuntija antaa neutraalia informaatiota ja kutsuu potilaan mukaan keskusteluun. Tässä tapauksessa asiakas voi itse päätyä ratkaisuun, joka edistää terveyttä. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivan haastattelun tavoitteena on saada asiakas käsittelemään keskustelun aihetta, jolloin asiakas puhuu enemmän kuin asiantuntija. Motivoivan haastattelun tärkeä työväline on avoimet kysymykset, jotka alkavat usein sanoilla mitä, miten ja miksi. Suljetut kysymykset, joihin voi vastata lyhyesti kyllä tai ei, ovat myöhemmässä vaiheessa tarkentavina kysymyksinä. Motivoivassa keskustelussa asiantuntija tuo esille erilaisia vaihtoehtoja, mutta ei päätä mitään potilaan puolesta. Keskustelun päätteeksi asiakas valitsee itselleen sopivimman vaihtoehdon tai jää miettimään asiaa seuraavaan tapaamiseen asti. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivassa haastattelussa on neljä pääperiaatetta, jotka edistävät asiakkaan motivoitumista.

1. Empatian osoittaminen. Asiantuntija ilmaisee asiakkaalle kiinnostuksensa hänen asioitaan kohtaan katsekontaktilla. Empatian tunne vahvistuu, jos asiantuntija osoittaa kuuntelevansa asiakasta tarkkaavaisesti. Aktiivinen kuuntelu sisältää hyväksyvää ääntelyä ja lyhyitä välikommentteja.
2. Todistelun ja väittelyn välttäminen. Asiakkaalla voi olla asiantuntijan näkemyksestä poikkeavia käsityksiä asiasta, mutta eri näkökulmien tarkastelun jälkeen asia on syytä jättää ratkaisematta. Asiaan on mahdollista palata uudelleen sopivamman tilaisuuden tullen.
3. Vastahankaan myötäileminen (rolling resistance). Asiantuntija ei provosoidu, vaikka asiakas ei tee toivotulla tavalla. Asiantuntijan tehtävä on myötäillä asiakasta, ei moittia tai kritisoida.
4. Potilaan itseluottamuksen ja omien kykyjen tukeminen. Asiantuntija tuo aina ensimmäiseksi esille positiiviset puolet. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivassa haastattelussa asiantuntijan tehtävä on ohjailta keskustelua niin, että asiakas päätyy tarkastelemaan omia vaihtoehtojaan. Lopputuloksen kannalta on merkittävää, että asiakas haluaa muutosta. Motivoiva haastattelu on onnistunut, kun sen päätteeksi asiakkaalla on muutosta koskeva suunnitelma, jonka hän on tehnyt itse. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

6.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Malli on kehitetty alun perin kuvaamaan vaihteita, jotka on havaittu tupakanpolton lopettajilla (Prochaska & DiClement 1983, 390–391). Myöhemmin mallia on sovellettu kuvaamaan myös muita käyttäytymismuutoksia, esimerkiksi painonhallintaa ja liikuntaa sekä diabeteksen omahoitoa (Turku 2007, 55.) Transteoreettinen muutosvaihemalli tunnetaan myös nimellä Prochaskan muutosvaihemalli. (Prochaska & DiClemente 1983, 390–391; Turku 2007, 55). Terveysalan ammattilaisen on tärkeää tietää transteoreettisen muutosvaihemallin vaiheet, jotta hän voi parhaalla mahdollisella tavalla olla tukena elämäntapamuutoksessa.

Esiharkintavaihe (precontemplation) käynnistää muutosvaihemallin. Esiharkintavaiheessa muutostarvetta ei havaita tai haluta myöntää itselle. Tosiasioiden kieltämisen aktiivisuus on yksilökohtaista. Jos terveystarve on oirekuvaltaan enemmän piilevä, esimerkiksi metabolinen oireyhtymä, yksilö ei välttämättä koe tarvetta terveytensä pohdiskeluun. Arkielämää haittaavien konkreettisten oireiden ja ongelmien puuttuessa on mielekkäämpää säilyttää henkinen tasapaino ja kieltäytyä muutostarpeesta. (Turku 2007, 56.) Esiharkintavaiheessa ylipainoiseksi todettu henkilö ei välttämättä pidä itseään ylipainoisena tai vähättelee ylipainoa ja sen määrää. On myös mahdollista, että ylipainoinen henkilö tiedostaa olleensa ylipainoinen koko ikänsä, jolloin yksilö ajattelee helposti, että näin on ollut aina ja näin on hyvä.

Harkintavaihe (contemplation) alkaa siitä, että yksilö myöntää omakohtaisesti terveysongelmansa ja muutostarpeen. Yksilö on valmis keskustelemaan asiasta ohjaajan kanssa. Yksilö kokee muutoksen tarpeelliseksi jostakin hänelle tärkeästä syystä, joka ei välttämättä ole ohjaajan mielestä tärkein syy muutokselle. Ohjaajan tulee muistaa, että pro-

sessi perustuu ohjattavan arvoihin ja valintoihin. Keskeisiä kysymyksiä ovat ”Hyödynkö minä tästä ja miten?” sekä ”Pystynkö tekemään muutoksen?”. (Turku 2007, 56.) Harkintavaiheessa ylipainoinen henkilö voi miettiä esimerkiksi seuraavalla tavalla:” Pitäisiköhän painoa yrittää pudottaa? Ensi kesänä on tulossa ne juhlatkin. Olisi kiva mahtua mekkoon, jota käytin viimeksi kaksi vuotta sitten.”

Suunnitteluvaihe (determination) sisältää eri vaihtoehtojen pohtimista, vaikka yksilö on jo lähempänä muutoksen toteuttamista. Yksilö tekee muutosta tukevia valmisteluja. Suunnitteluvaiheessa muutokseen ollaan valmiita lähiviikkoina, ja uutta toimintatapaa on voitu jo kokeilla. Mielikuvissa yksilö elää jo muutosta, ”sitten kun” -vaihetta. Suunnitteluvaiheessa yksilö voi olla innostunut muutoksen mahdollisuuksista ja myös valmis työskentelemään ohjaajan kanssa. Tyypillinen suunnitteluvaihe on syksyisin, kun laajat ihmisjoukot tavoittaa liikunta- ja harrastusinnostus. Silloin suunnitellaan mitä harrastuksia aloitetaan ja miten paljon aiotaan liikkua. (Turku 2007, 57.) Myös vuodenvaihteessa on yleisesti tyypillinen suunnitteluvaihe. Ihmiset tekevät uudenvuodenlupauksia ja mielikuvissaan aloittavat vuoden ikään kuin alusta terveellisillä elämäntavoilla. Ylipainoisen henkilön suunnitteluvaiheeseen voi kuulua ruokavalio muutosten pohtimista sekä esimerkiksi liikuntavaatteiden ja –välineiden testaamista ja ostamista.

Toimintavaihe (action) sisältää siirtymisen suunnitelmista ja puheista tekoihin ja toimintaan. Toiminnan seurauksena yksilö saa muutoksesta sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia, minkä takia riski palata vanhaan elämään kasvaa. Tyypillinen esimerkki on rasitusvammat, jotka johtuvat liian nopeasta ja äkillisestä muutoksesta liikuntatottumuksissa. Toimintavaiheessa yksilö saattaa odottaa, että muutoksen tuomat hyödyt näkyisivät nopeasti. Myös useita laihduttajia tämä vaihe turhauttaa, koska painonpudotusvauhti on maltillinen verrattuna projektin alkuvaiheeseen, jolloin paino putosi helposti. (Turku 2007, 58.) Ylipainoisen henkilön toimintavaiheessa ruokavalio- ja liikuntamuutoksia on otettu käyttöön. Ne voivat olla suuria ja radikaaleja, myös epärealistisen optimistia. Tässä vaiheessa painonpudottajalle haastavinta on löytää realistisia elämäntapamuutoksia sekä kärsivällisyyttä tuloksien odottamiseen.

Ylläpitovaiheessa (maintenance) muutos on kestänyt noin puoli vuotta tai enemmän. Yksilö alkaa tässä vaiheessa hyväksyä muutoksen osaksi elämäänsä, eikä pidä muutosta väliaikaisena. Ylläpitovaiheessa yksilö alkaa ymmärtää, että on kyse elämäntavasta, ja

ymmärrys kuuriluontoisten muutostuloksien lyhytjännitteisyydestä lisääntyy. Kaikki, jotka yrittävät muutosta, eivät pääse muutokseen asti. Taustalle tarvitaan todennäköisesti useampi muutosyritys ja pitkä ajanjakso, jopa useita vuosia. Muutoksen pysyvyydellä on parempi mahdollisuus, jos ulkoinen motivaatio yhdistyy osaksi omaa arvomaailmaa. Ulkoinen motivaatio kertoo sen, mitä pitäisi tehdä ja oma arvomaailma sen, mitä haluaisi tehdä. Jos ulkoinen motivaatio on ristiriidassa yksilön arvomaailman kanssa, muutoksesta ei tule kestävää. (Turku 2007, 59.) Ylläpitovaiheessa muutoksesta on tullut vähitellen elämäntapa. Ylipainoisen henkilön painonpudotuksessa ylläpitovaiheella tarkoitetaan aikaa, jolloin painoa on saatu pudotettua ja pudotetut kilot pysyvät myös poissa. Ylipainoisen mielestä painon pudottaminen voi olla vielä helppoa, mutta ihannepainon säilyttäminen pysyvästi vaikeaa.

Merkittävä osuus muutosvaihemallia on repсахdusvaihe. Se voi olla joko väliaikaista (a lapse) tai pysyvää (a relapse). Repсахdus voi tapahtua missä tahansa muutosvaihemallin osassa. Se on siis normaali osa prosessin kehitystä. Se ei tarkoita epäonnistumista. Muutoksen ohjauksessa ohjaaja ei käytä sanaa ”jos” puhuessaan repсахduksista, vaan ”kun”. Repсахduksien käsittely muutoksen ohjauksessa ei paikoitellen ole vielä rutiininomaista. Ne ovat voineet aiheuttaa syyllisyyttä ja häpeää epäonnistumisesta muutosta yrittäneiden keskuudessa. Repсахdukset voi hyödyntää merkittävinä oppimiskokemuksina ja prosessia eteenpäin vievinä asioina. Niistä saadaan tärkeää tietoa tilanteisiin, joissa uuden toiminnan toteuttaminen on vaikeaa. (Turku 2007, 60–61.) Ylipainoisen henkilön repсахdus voi tarkoittaa yhden suklaapatukan syömistä tai suunnitellun liikuntakerran väliin jättämistä. Repсахdus voi olla myös pysyvä, jolloin ylipainoinen henkilö palaa takaisin entisiin elämäntapoihinsa, sekä ruokailu- että liikuntatottumustenkin osalta.

7 Kurssitoiminnan suunnittelu ja toteutus

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

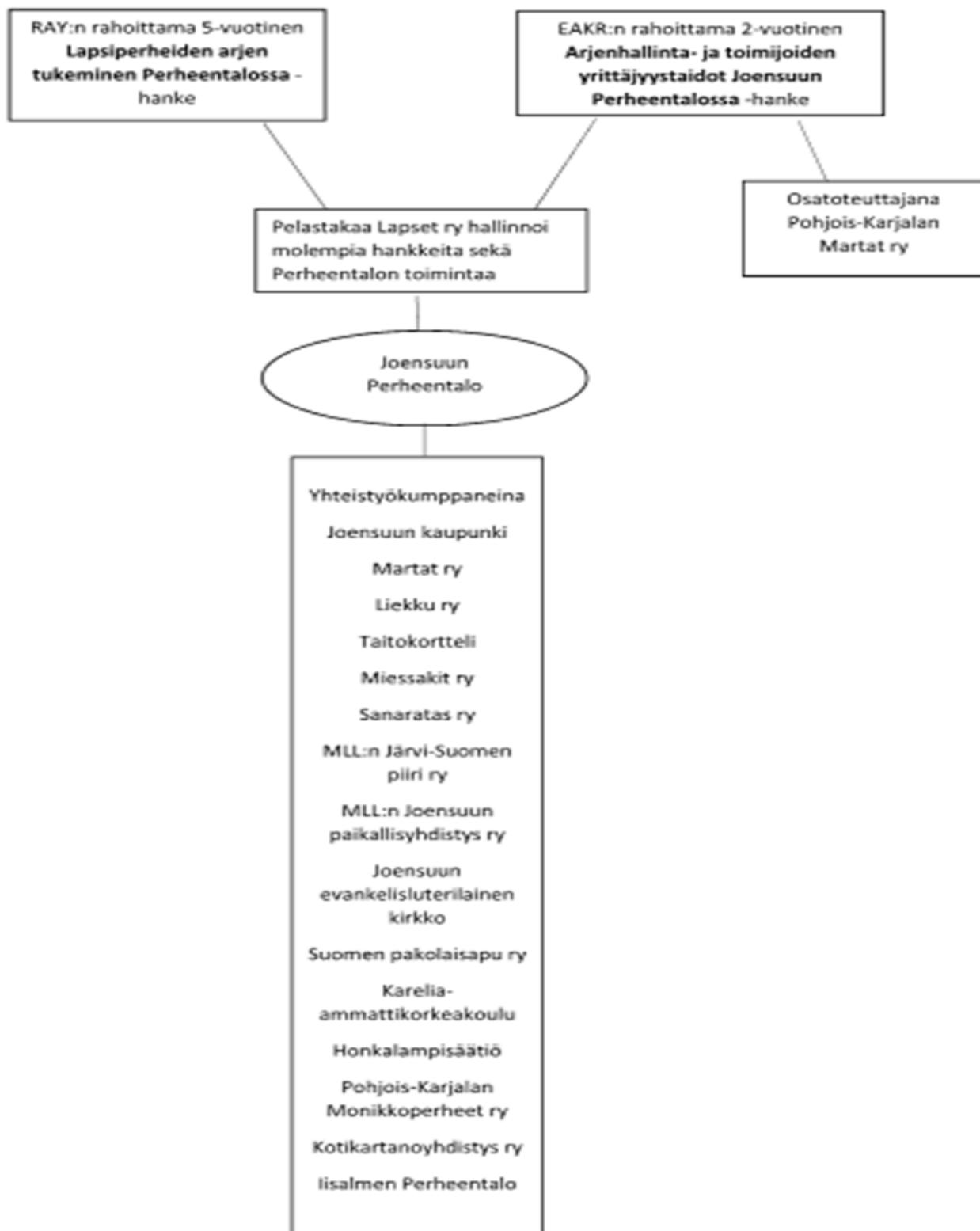
Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, järjestäminen tai järjeistäminen ammatillisessa kentässä. Valmiin opinnäyte-

työn tulisi perustua työelämälähtöisyyteen, käytännönläheisyyteen, tutkimukselliseen asenteeseen ja riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallitsemiseen. Opinnäytetyön lopullisena tuotoksena on aina tuote, produkti, joka voi olla esimerkiksi kirja, ohjeistus, tietopaketti, portfolio tai tapahtuma. Toiminnallisen osuuden toteutustapaa miettiessä opiskelija huomioi kohderyhmän tarpeet ja toiveet. (Vilka & Airaksinen 2003, 7, 10, 51.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen. Toimeksiantosopimus tehtiin Arjenhallinta- ja toimijoiden yrittäjyystaidot Perheentalossa –hankkeen projektityöntekijänä toimivan ravitsemusterapeutti Kirsi Rissasen kanssa (liite 1). Yhteistyössä syntyi Neuvokas perhe –ryhmän seitsemän kertaa kattava toimintarunko, josta opinnäytetyön toteutus on liikuntakerrat. Ryhmän toimintarunko on toteutettu mukailtuna yhdelle perheelle.

7.2 Joensuun Perheentalo ja Arjenhallintataidot-hanke

Joensuun Perheentalon perustamisen lähtökohtana on ollut Joensuun kaupungin lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma (2010–2012). Sen mukaan ennaltaehkäisevän lastensuojelun tarpeessa olevat lapset, nuoret ja perheet eivät saa riittävästi apua ongelmatilanteissa. Ne olisivat hoidettavissa ilman korjaavia palveluita tai kevyillä toimenpiteillä. Joensuun Perheentalo on lapsiperheiden kohtaamispaikka. Sen tavoitteena on toteuttaa arvopohjaista, ennaltaehkäisevää matalan kynnyksen ja varhaisen tuen työtä lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyväksi Pohjois-Karjalassa. (Pelastakaa Lapset ry 2010.) Seuraavalla sivulla kuviossa 3 on Joensuun Perheentalon organisaatiokaavio.



Kuvio 3. Joensuun Perheentalon organisaatiokaavio

Arjenhallinta- ja toimijoiden yrittäjyystaidot Joensuun Perheentalossa –hanke (2012-2013) on edesauttanut Joensuun Perheentalon käynnistymistä ja kehittänyt talon asiakkaiden ja toimijoiden arjenhallinta- ja yrittäjyystaitoja. Projektin tavoitteena on ollut vahvistaa lasten kanssa toimivien ammattilaisten, huoltajien ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten arjenhallintataitoja. Pelastakaa Lapset ry hallinnoi hanketta, jota osatoteuttaa myös Pohjois-Karjalan Martat ry. Hankkeen tavoitteena on ollut siirtää lastensuojelun strateginen painopiste varhaiseen tukemiseen ja vahvistaa kävijöiden osallisuutta arjenhallintaan. Hankkeen avulla on pyritty lisäämään perheiden kansanterveydellistä tietämystä, joka vaikuttaa lapsiperheiden hyvinvointiin. (Joensuun Perheentalo 2014.)

7.3 Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla

Nykyisin sosiaali- ja terveysalan tuotteella tarkoitetaan tavaraa, palvelua tai niiden yhdistelmää. Tuotteen täytyy noudattaa alan eettisiä ohjeita sekä lisäksi olla selkeästi rajattavissa, hinnoiteltavissa ja sisällöltään tarkennettavissa. Sosiaali- ja terveysalan tuotteessa on kyse asiakkaan terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistämisestä. Palvelutuotteeseen sosiaali- ja terveysalalla lukeutuu lähes poikkeuksetta myös ammatilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Palveluiden tuotteistaminen tapahtuu erittäin usein moniammatillisena yhteistyönä. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on saumaton yhteistyö prosessin alusta loppuun. (Jämsä & Manninen 2010, 13–14, 24–25.)

Tuotekehitysprosessista on tunnistettavissa aina viisi eri vaihetta. Tuotteesta ja prosessin lähtötilanteesta riippuen vaiheet painottuvat eri tavoin. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla kehittämistä tarvitseva tilanne vaatii huolellisia selvityksiä, analyysyjä ja innovaatioprosesseja ennen tuotteen suunnittelua ja kehittämistä. Ensimmäinen vaihe tuotekehittelyssä on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, jonka jälkeen on ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely. Seuraavaan vaiheeseen siirtyminen ei edellytä edellisen vaiheen päättymistä. (Jämsä & Manninen 2010, 28.)

7.3.1 Ideavaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa

Ideointiprosessi käynnistyy siinä vaiheessa, kun kehittämistarpeesta on varmuus, mutta ratkaisukeinoista ei ole päätöstä. Ratkaisuja etsitään usein luovan toiminnan ja ongelmanratkaisun menetelmillä, esimerkiksi aivoriieheä käyttämällä. Aivoriiehe on työmenetelmä, jota käyttämällä etsitään ratkaisuvaihtoehtoja tiettyyn ongelmaan tai luodaan kokonaan uusia toimintatapoja. (Jämsä & Manninen 2010, 35.)

Ensimmäisen kerran kiinnostuin lapsuuden lihavuudesta ilmiönä ollessani työharjoittelujaksolla tammikuussa 2013 terveysasemalla, jossa olin mukana ylipainoisen lapsen fysioterapiakäynnillä. Fysioterapiatilanteen jälkeen pohdin paljon ilmiön taustatekijöitä ja syitä. Ajattelin, että haluaisin perehtyä aiheeseen enemmänkin. Luin artikkelin ”Lihava lapsi on saanut liikaa valtaa” Kainuun Sanomista 24.2.2013. Hannu Pitkärannan kirjoittamassa artikkelissa Satakunnan sairaanhoitopiirin lastenlääkäri Samuli Ylitalo kertoi kohtaavansa työssään sen, minkä puolesta tilastotkin puhuvat: lasten ylipaino on lisääntynyt vauhdilla ja lisääntyy edelleen.

Maaliskuussa 2013 minulla oli tutoropettajan kanssa tapaaminen, jossa keskustelimme opinnäytetyön aiheesta. Tässä vaiheessa tiesin, että opinnäytetyöni liittyisi lapsiin ja ylipainoon. Pohdimme yhdessä tutoropettajan kanssa mahdollisia toimeksiantajia opinnäytetyön aiheelle. Viikon kuluttua tutorkeskustelusta soitin Perheentalon projektipäällikölle, joka kertoi opinnäytetyön toimeksiantajaksi ryhtymisen olevan mahdollista. Projektipäälliköltä sain tulevan työparini, ravitsemusterapeutti Kirsi Rissasen, yhteystiedot. Huhtikuun alussa 2013 soitin ravitsemusterapeutti Kirsi Rissaselle, ja sovimme tapaamisen muutaman päivän päähän.

Olin ennen tapaamista toivonut mielessäni, että Perheentalolla olisi jo valmiina olemassa ryhmä, johon voisin mennä opinnäytetyötäni toteuttamaan. Luulin heillä olevan asiakasrekisterin, jonka perusteella potentiaalisten ryhmäläisten rekrytoiminen olisi helppoa. Perheentalon toiminta ei ollut minulle entuudestaan tuttua, joten ensimmäisellä tapaamisella ymmärsin, kuinka vapaamuotoinen ja ”olohuone”-tyyppinen kohtaamispaikka on kyseessä. Perheentalossa oli vuonna 2013 meneillään Arjenhallinta- ja toimijoiden yrittäjäystaidot Perheentalossa –hanke, jossa ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen oli projektityöntekijänä. Opinnäytetyö pystyttiin liittämään osaksi hanketta, jolloin

ryhmään osallistuminen mahdollistui osallistujille maksuttomaksi. Ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen pyysi Pohjois-Karjalan sydänpiirin toiminnanjohtaja Terttu Pakariselta luvan Neuvokas perhe -nimen käyttämisen opinnäytetyössä.

7.3.2 Luonnosteluvaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa

Luonnosteluvaihe käynnistyy, kun on tiedossa, millainen tuote on tarkoitus suunnitella ja valmistaa. Luonnostelussa otetaan huomioon eri tekijät ja näkökohdat, jotka ohjaavat tuotteen suunnittelua ja valmistamista. Tuotteen luonnostelua ohjaavia näkökohtia ovat esimerkiksi asiakasprofiili, toimintaympäristö, arvot ja periaatteet, tuotteen asiasisältö, palvelujen tuottaja sekä rahoitusvaihtoehdot. (Jämsä & Manninen 2010, 43.)

Ensitapaaminen Perheentalolla kesti kaksi tuntia, minkä aikana keskustelimme tulevasta projektista. Ensitapaamisella perjantaina 5.4.2013 hahmotelimme melko pitkälle tulevan projektin; määrittelimme kohderyhmän, ryhmän aikataulun lisäksi aikataulun itsellemme ja mainostamisen aikataulun. Toimeksiantaja esitti toiveen ryhmästä, joka koontuisi seitsemän kertaa. Ryhmään osallistumisen kriteereiksi määriteltiin lastenneurolassa tai kouluterveydenhuollossa todettu ylipaino ja 5-8 -vuoden ikä. Neljän vuoden ikävälillä pyrittiin varmistamaan laajan ihmisjoukon kuuluminen kohderyhmään ja sitä kautta toivoimme saavamme paljon ilmoittautujia. Ryhmän tavoite oli kannustaa perheitä pohtimaan ravitsemus- ja liikuntatottumuksiaan. Ohjaajina tavoitteemme oli tarjota vinkkejä elämäntapamuutokseen.

Ylipaino voi olla hyvin arka ja vaikea asia sekä lapselle että perheelle. Tavoitteena oli käsitellä asiaa hienotunteisesti ja syyllistämättä. Ryhmän tavoitteena ei ollut lasten laihduttaminen, vaan koko perheen pysyvien ruokailu- ja liikuntatottumuksien muuttuminen. Päätimme, että ryhmään otettaisiin 4-5 perhettä, koska halusimme taata yksilöllisen ohjauksen. Lisäksi toivoimme ryhmän toimivan myös vertaistukena perheille. Perheet hyväksyttäisiin ryhmään ilmoittautumisjärjestyksessä, jos valintakriteerit täyttyisivät. Perheiden lopulliseen lukumäärään vaikuttaisi jo ilmoittautuneiden perheiden lapsilukumäärä ja ikäjakauma. Jos lapsia olisi ryhmässä yli kuusi, liikuntaleikkejä varten tarvittaisiin apuohjaaja. Tässä suunnittelun vaiheessa ei ollut puhetta mistä ja miten apuohjaajia tarvittaessa saataisiin.

Myöhemmin päätin, että jos apuohjaaja tarvitaan, ehdotan yhteistyötä fysioterapian koulutusohjelman kanssa. Ajatukseni oli, että apuohjaajana toimimisesta fysioterapiaopiskelija olisi voinut saada opettajien suostumuksella hyväksytyjä tunteja vapaasti valittaviin opintoihin. Tarkoituksenamme oli pyytää myös perheterapeuttia luennoimaan vanhempien roolikartasta.

7.3.3 Kehittelyvaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa

Tuotteen kehittelyä ohjaavat luonnosteluvaiheessa valitut ratkaisuvaihtoehdot, periaatteet, rajaukset ja asiantuntijayhteistyö. Kehittelyvaiheessa laaditaan tuotteen asiasisällöstä jäsentely. Ohjaus- tai neuvontatilaisuuden suunnittelun lähtökohtana ovat osallistujat. Etukäteen on mietittävät, keitä osallistujat ovat, kuinka paljon heitä on, miksi he tarvitsevat ohjausta, mikä motivoi heitä osallistumaan ohjauksen, mitkä ovat heidän lähtökohtansa ja voimavaransa. Tilaisuuden ohjaajien joustavuus, osallistujien määrä, tilaisuuden ajankohta ja käytettävissä oleva aika vaikuttavat siihen, kuinka paljon tilaisuudessa voidaan edetä asiakaslähtöisesti. Etukäteen on turvallista suunnitella tilaisuuden asiasisältö, vaiheet ja menetelmät tarkasti. Ennakkoon on myös hyvä miettiä suunnitelman muutostarpeet ja tehdä varasuunnitelmia tarpeen mukaan. (Jämsä & Manninen 2010, 54, 65–66.)

Ensimmäisellä tapaamisella sovimme aikataulumme raamit myös projektin aikataululle. Joensuun Perheentalossa oli meneillään hanke ”Arjenhallintataitojen kehittäminen” vuoden 2013 loppuun asti, ja opinnäytetyöni oli tarkoitus liittää osaksi hanketta. Kirsi Rissanen oli hankkeessa töissä vuoden 2013 loppuun asti, joten toiminnallinen osuus oli tehtävä vuoden loppuun mennessä. Lisäksi minulla oli suunnitelmissa suorittaa työharjoittelu Kuopiossa viikoilla 42–49 eli 14.10–5.12.2013, joten ryhmän toteuttaminen oli tapahduttava ennen lokakuun puolta väliä. Toiminnallisen ryhmän ensimmäinen tapaaminen sovittiin tiistaiksi 3.9.2013 klo 17–19. Kun kokoontuisimme kerran viikossa ryhmän kanssa seitsemänä viikkona peräkkäin, toteutus saataisiin päätökseen juuri ennen työharjoitteluni alkua. Mielestämme alkusyksy oli kuitenkin erittäin sopiva ajankohta uuden ryhmätoiminnan aloittamiselle ja siihen osallistumiselle.

Päätimme aloittaa toiminnallisen ryhmän markkinoimisen mahdollisimman pian. Suunnittelupalaverissa päätimme, että seuraavalla viikolla lähettäisimme ennakkoinfon Joensuun alueen neuvoloihin. Se sisälsi tietoa alkavasta ryhmätoiminnasta ylipainoiselle lapselle ja heidän perheelleen neuvolakäyntien yhteydessä. Aikataulu kuitenkin hieman pitkittyi, ja ennakkoinfo lähti Joensuun neuvoloiden osastonhoitajalle Marjatta Partaselle puolentoista viikon kuluttua suunnittelupalaverista keskiviikkona 17.4.2013. Marjatta Partanen vastasi samana päivänä lähettäneensä sähköpostia edelleen Joensuun alueen neuvoloihin ja kouluterveydenhuoltoihin, yhteensä 33 terveydenhoitajalle. Noin viikon päästä ennakkoinfon sisältänyt sähköposti tavoitti Pohjois-Karjalan keskussairaalan lasten- ja nuortentautien poliklinikan painotiimin sairaanhoitajan sekä lääkäri Marketta Dalla Vallen. He tiedustelivat, huomioivatko he ennakkoinfon aktiivisesti ja näin pyydettiin menettelemään.

Ennakkoinfossa viimeinen ilmoittautumisajankohta oli perjantai 16.8.2013, ja ilmoittautumisen yhteydessä oli minun sähköpostiosoitteeni ja puhelinnumeroni. Virallinen esite (liite 2) ryhmän toiminnasta lähetettiin torstaina 2.5.2013 terveydenhoitajille Marjatta Partasen välityksellä ja tiistaina 4.6.2013 Pohjois-Karjalan keskussairaalaan. Esitteessä viimeinen ilmoittautumisajankohta oli perjantai 28.6.2013, ja yhteyshenkilöksi oli merkitty ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen. Päädyimme lyhentämään ilmoittautumisaikaa radikaalisti siltä varalta, ettei ilmoittautuneita olisi ja markkinointia pitäisi laajentaa.

Tapasimme ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen kanssa toisen kerran torstaina 30.5., jolloin suunnittelimme toimintaa lisää ja keskustelimme tiedottamisen laajentamisesta. Neuvokas perhe – toimintaa markkinoimme myös Pelastakaa Lapset ry:n tukiperheille sekä Pohjois-Karjalan Martat ry:n ja Tervis –hankkeen kautta. Neuvokas perhe –kurssitoiminnasta oli mainos kaksi kertaa paikallislehti Karjalaisessa. Internetissä Neuvokas perhe –kurssitoimintaa markkinoimme järjestöpalvelu Jellissä, jota ylläpitää Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys. Tiedotimme alkavasta toiminnasta Perheentalon aulassa, www-sivuilla ja Facebookissa. Keskustelimme myös muista vaihtoehdoista toteuttaa opinnäytetyö Perheentalolla, jos ilmoittautuneita ei olisi. Kesällä 2013 kirjoitin opinnäytetyösuunnitelmaa, tietämättä edes varmuudella, että opinnäytetyö toteutuisi kirjoittamastani aiheesta. Kesäkuun lop-pupuolella viimeinen ilmoittautumispäivä meni ilman, että oli tullut yhtään ilmoittautumista. Päätimme tehostaa markkinointia ja odottaa mahdollisia ilmoittautujia aivan syyskuun alkuun asti.

Tapasimme ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen kanssa seuraavan kerran maanantaina 12.8 Perheentalolla. Olin ennen tapaamista miettinyt toimintasuunnitelmaa sen varalle, ettei yhtään ilmoittautuneita olisi edelleenkään. Tapaamisessa selvisi, että yksi perhe on ilmoittautunut. Laadimme perheelle sähköisen alkukyselykaavakkeen (liite 3), jonka lähetimme perheelle viikon kuluttua ilmoittautumisesta. Täytetyn alkukyselykaavakkeen avulla pystyimme hieman hahmottelemaan toimintaa etukäteen. Noin viikko ennen ensimmäistä tapaamista ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen otti yhteyttä perheeseen sähköpostitse ja kertoi, heille ettei ryhmään ole ilmoittautunut muita perheitä. Tarjosimme perheelle kuitenkin mahdollisuutta osallistua toimintaan, ikään kuin yksilöohjaukseen. Perhe otti tarjouksemme vastaan ja suostui osallistumaan toimintaan. Päädyimme ravitsemusterapeutti Kirsi Rissanen kanssa ratkaisuun toimia ryhmän vetäjinä, ilman ulkopuolisia asiantuntijoita pienen osallistujamäärän takia.

Perheen täyttämän alkukyselykaavakkeen avulla saimme esitietoja perheestä. Perheeseen kuuluu vanhempien lisäksi neljä lasta, 12- ja 9-vuotiaat tytöt, 6-vuotias poika sekä kolmen kuukauden ikäinen poika. 12-vuotiaan tytön ISO-BMI on 24.6 eli lapsi on normaalipainoinen. 9-vuotiaan ISO-BMI on 34.4 eli lapsi on lihava. Terveyskirjaston ISO-BMI-laskin toteaa painonhallinnan olevan välttämätöntä tulevien terveysongelmien välttämiseksi. Perheen 9-vuotias tytär oli syksyllä 2013 erikoissairaanhoidossa lihavuuden vuoksi. Molemmilla vanhemmilla oli myös ylipaino-ongelmaa. 6-vuotiaan pojan ISO-BMI on 23.8, mikä ilmaisee lapsen olevan normaalipainoinen. Alkukyselykaavakkeessa perhe kertoi harrastavansa uintia, hiihtoa ja ulkoilua koiran kanssa. Perheen vanhempi poika käy myös kahdessa ohjatussa liikuntaharrastuksessa. Alkukyselykaavakkeessa kysyimme perheeltä toiveita kurssin sisällöstä. Perhe oli maininnut toiveekseen saada ohjeita painonhallintaan sekä vanhemmille että nuoremmalle tytlle, jolla on ylipaino-ongelma.

7.3.4 Viimeistelyvaihe Neuvokas perhe -toiminnan suunnittelussa

Kaikissa tuotekehittelyn vaiheissa tarvitaan arviointia ja palautetta. Tuotteen viimeistely sisältää yksityiskohtien tarkentamista ja toteutusohjeiden laadintaa. Tuotteen viimeiste-

lyvaiheeseen kuuluu myös markkinoinnin suunnittelu. (Jämsä & Manninen 2010, 80–81.)

Syyskuussa 2013 osallistuin Pohjois-Karjalan keskussairaalan järjestämään maksuttomaan yleisötilaisuuteen ”Elämän iloja – ilman kiloja”, joka järjestettiin Outokummussa 10.9. Tilaisuus sisälsi asiantuntijapuheenvuoroja lihavuuden ehkäisemisestä ja hoitomahdollisuuksista. Sain syyskuussa puhelun lastentautien erikoislääkäri Marketta Dalla Vallelta. Hän kutsui minut kertomaan opinnäytetyöstäni Pohjois-Karjalan alueellinen lasten ja nuorten lihavuuden hoitoketju –yhteistyökokoukseen. Opinnäytetyötä koskenut puheenvuoroni herätti keskustelua. Aihe koettiin tarpeelliseksi ja läsnäolijat pohtivat, miten motivoida ylipainoiset vanhemmat ja lapset osallistumaan vastaavanlaiseen toimintaan. Ryhmätoiminnan ollessa jo käynnissä tapasimme ravitsemusterapeutin kanssa viikoittain. Suunnittelimme ryhmän toimintaa eteenpäin ja keskustelimme toiminnastamme.

7.4 Neuvokas perhe -toiminnan valmis tuote

Neuvokas perhe –ryhmä kokoontui ensimmäisen kerran tiistaina 3.9. klo 17–18.30 Joensuun Perheentalolla. Ensimmäisen tapaamisen tarkoituksena oli tutustua perheeseen. Perhe vastasi ennakkokyselyyn ennen toiminnan aloittamista, joten olimme saaneet lyhyet esitiedot. Tapaamisessa lapset hakeutuivat vapaamuotoisesti leikkimään Perheentalon leikkihuoneeseen, kun aikuiset keskustelivat Perheentalon olohuoneessa. Keskustelun ja avoimien kysymysten avulla saimme tietoa perheen elämäntilanteesta eli perheen rakenteesta, vanhempien terveydentilasta, ylipainoisen lapsen hoidosta, koko perheen fyysisestä aktiivisuudesta ja ruokailutottumuksista. Keskustelimme myös tulevasta toiminnasta. Vanhemmat täyttivät suostumuslomakkeen opinnäytetyöhöni osallistumisesta. Olin alustavasti suunnitellut vanhempien liikuntatapaamiselle sauvakävely- ja vaunulenkin lisäksi keppijumppaa, kuntopiiriä ja venyttelyä. Suunnitelmaa tehdessäni halusin huomioida sen, että vanhempien liikuntakerran sisältö olisi helposti toistettavissa kotiympäristössä.

Liikkumisen aloittaminen on helpompaa, kun siihen ei tarvita rahallisia investointeja tai kalliita välineitä. Kuten aiemmin tässä opinnäytetyössä on todettu, painonhallinnan

kannalta on keskeistä aerobinen harjoittelu, jota myös kävely on. Kantanevan (2010, 147) mukaan sauvakävelyn aikana harjoitusvaikutus eli energian- ja hapenkulutus kasvaa 15–20 prosenttia normaaliin kävelyyn verrattuna, jos sauvakävelyn aikana sauvoja käytetään riittävän tehokkaasti. Kysyin tapaamisessa vanhempien toiveita ja ajatuksia liikuntaosion toteutuksesta. Vanhemmat ilmaisivat toiveensa kuntosaliohjauksesta tai vaihtoehtoisesti kahvakuulaharjoittelusta, josta heillä ei ollut aiempaa kokemusta. Päädyimme yhdessä kahvakuulaharjoitteluun, koska kahvakuula kuntoiluvälineenä oli heille uusi ja mielenkiintoa herättävä.

Toinen tapaamiskerta maanantaina 9.9. klo 17–18 sisälsi vanhemmille ravitsemusterapeutin ohjaamana keskustelua ruokavaliosta ja tavoitteista sekä ruokapäiväkirjojen purkamisen. Vastuullani oli liikuntakerta lapsille. Tällä kertaa kokoonnuimme Marttakeskuksen tiloihin. Aloitin esittelemällä itseni lapsille. Kerroin, että teen isoa koulu-tehtävää näistä liikuntatuokiosta, johon liittyen minulla on mukana kynä ja paperia liikunta-tuokioiden aikana. Kerroin heille, että kirjoittaessani liikuntatuokioiden aikana laitan ylös paperille, mitä pelejä olemme pelanneet. Korostin, etten pidä kirjaa tehdyistä maaleista tai muutoinkaan onnistumisista ja epäonnistumisista. Kävimme myös läpi tulevaa aikataulua sen osalta, mitä seuraavalla kerralla tapahtuu. Kysyin lasten toiveita liikuntatuokioiden sisällöstä.

Varsinainen liikuntaosuus aloitettiin tutustumispelillä, jossa palloa heitetään ringissä oleville. Pallon saadessaan kerrotaan oma nimi. Lisäksi pyysin lapsia kertomaan, mistä he pitävät ja eivät pidä. Tutustumisleikkeihin ja ryhmäytymiseen olisin käyttänyt todennäköisesti enemmän aikaa, jos lapsia olisi ollut eri perheistä. Seuraavan pelin nimi oli Jäätynet hernepussit. Pelin aikana kaikilla osallistujilla on hernepussi päänsä päällä ja ohjaaja kertoo, miten liikutaan. Etenemistapoja voivat olla esimerkiksi varpaillaan, takaperin, yhdellä jalalla hyppien, hitaasti ja nopeasti. Jos hernepussi putoaa pään päältä, osallistuja ”jäätty paikoilleen”. Liikkumaan pääsee uudelleen, kun joku osallistujista on käynyt pelastamassa. Pelastaminen tapahtuu siten, että osallistuja poimii lattialta jäätyneen osallistujan hernepussin ja asettaa sen jäätyneen pään päälle niin, ettei oma hernepussi saa tippua. Pelin edetessä myös lapset halusivat ehdottaa erilaisia liikkumisen tapoja. Kolmantena pelinä oli kuningaspallo, jonka jälkeen pelasimme peiliä. Viidennen pelin nimi oli ”Pidä ilmapallo ilmassa”, jonka jälkeen vuorossa oli pakarakävelypallo. Viimeinen aktiviteetti oli Twister-lautapeli. Tuokion päätteeksi näytin lapsille kolme

erilaista hymynaamaa, joiden avulla pyysin palautetta toiminnasta. Palautteena sain kaksi hymynaamaa ja yhden vakavan naaman. Ringissä vielä palloa heittämällä jokainen sai kertoa, mikä oli mukavinta. Minulle sanottiin myös: ”Oli kivaa, koska sä heittädyit, yleensä aikuiset ei.”

Kolmas ryhmän kokoontumiskerta oli maanantaina 16.9.2013 kello 17–18. Tapaamisen aiheena oli syömisestä hallintaa vanhemmille ravitsemusterapeutin ohjaamana ja lasten liikuntakerta minun vetämänä. Ryhmän käytössä olivat tällä kerralla Marttakeskuksen tilat siten, että lapset olivat alakerrassa ja vanhemmat yläkerrassa. Aloitimme tapaamisen Ystävyysverkko –nimisellä pelillä, jossa istutaan lattialla ringissä. Pelin aloittajalla on kädessään lankakerä, jonka hän heittää valitsemalleen henkilölle siten, että lankakerän pää jää pelin aloittajalle. Ennen heittoa lankakeränpitelijä kertoo, mitä hänelle tänään kuuluu. Verkko muodostuu, kun jokainen osallistuja on heittänyt lankakerän eteenpäin pitäen langasta kiinni omalla kohdallaan. Lanka keritään käymällä heittelykierros takaperin siten, että heittäjä sanoo ääneen vastaanottajan nimen. Ystävyysverkko on ensisijaisesti tutustumispeli, mutta mielestäni sopivan rauhallinen aloitus tunnin pituiselle liikuntaosiolle. Kuulumisten kertomisen otin mukaan peliin sen takia, että saan ohjaajana arvokasta tietoa lasten päivän tapahtumista, vireystilasta ja mielialasta. Seuraavaksi pelasimme koppipalloa rantapallolla. Viritimme verkon hyppynaruista. Pelasimme kahden hengen joukkueissa. Jokainen sai pelata oman taitotasonsa mukaisesti joko lentopallon sormiotetta mukaillen tai ottamalla ennen heittoa kopin.

Koppipallosta siirryttiin polttopallon pelaamiseen. Hyppynarun avulla saimme selkeät ääriviivat polttoringille. Sitten hypimme hyppynarua ja hiirenhäntää. Seuraavaksi peliksi olin suunnitellut Musiikkipapereita. Pelissä jokaisella on A3-kokoinen sanomalehden sivu taiteltuna kahteen kertaan joko takataskussa tai housun vyötäröllä selkäpuolella. Musiikki soi taustalla, ja musiikin loppuessa sanomalehti on otettava mahdollisimman nopeasti taskusta, taiteltava auki ja käytävä istumaan paperin päälle. Vaikka tällä kertaa hitain pelaaja ei tipahtanutkaan pelistä pois, en silti pitänyt kilpailuasettelusta, joka pelistä syntyi. Muutin peliä ottamalla sanomalehtipaperit pois. Musiikin soidessa oli spontaanin tanssin aika. Musiikin loppuessa kaikkien tanssijoiden piti ”jähmettyä” siihen asentoon missä kulloinkin olivat. Olin valinnut musiikiksi Robinia, joka oli musiikkina lasten mieleen. Musiikkijähmettyminen sai päivän peleistä aikaan eniten naurua, kika-

tusta ja hikeä. Toimin musiikinpysäyttäjän roolissa. Tanssilattialta minulle huikattiin: ”Tuu sinäkin, tämä on kivaa”. Päätin antaa musiikin soida yhtäjaksoisesti, joten loppujen lopuksi meillä oli disko. Tanssimisen ja hyppimisen ohessa sai tietysti laulaa musiikin mukana halutessaan.

Liikuntakerran päätteeksi kysyin palautetta hymynaamojen avulla. Palautteeksi sain kaksi hymyilevää naamaa ja yhden vakavan naaman. Perustelu vakavalle naamalle oli sisarusten välinen kinastelu. Palautteenannon jälkeen koko perhe ja ohjaajat kokoontuivat Marttakeskuksen yläkertaan nauttimaan vanhempien valmistamat marjasmoothiet.

Neljäs ryhmätapaaminen toteutui tiistaina 24.9.2013 kello 17–18. Vanhemmat tekivät ravitsemusterapeutin kanssa Viisaat valinnat –kauppakäynnin keskustan Citymarkettiin. Lapset olivat sillä välin Perheentalon askarteluhuoneessa tekemässä väritystöitä ja pelaamassa Tieto & Taito & Temppu -lautapeliä. Peli kannustaa lasta oppimaan aktiivisesti. Tieto & Taito & Temppu -tehtävät antavat mahdollisuuden pärjätä ja viihtyä pelin ääressä erilaisille lapsille ja oppijoille. Tietotehtävät sisältävät tietokilpailukysymyksiä ja taitotehtävät ovat matemaattisia ja kielellisiä arvoituksia. Tempputehtävät vaativat liikunnallisia suorituksia.

Viides tapaaminen toteutui tiistaina 1.10 kello 17–18. Lapset olivat ravitsemusterapeutin johdolla makukoulussa, jossa valmistivat välipalapelin sekä Aurinkoleipää. Vanhemmille suunnattu ohjelma sisälsi liikuntakerran. Olin suunnitellut vanhempien liikuntakerran sisältöön liikkumisen lisäksi keskustelua. Tapaamisen aluksi kysyin vanhemmilta, haluavatko he ensin keskustella vai liikkua. Vanhemmat valitsivat tapaamisen aloituksen aktiviteetiksi keskustelun. Kysyin alussa vanhempien pituutta ja painoa. Vanhemmat arvioivat painonsa noin viiden kilon tarkkuudella. Ensimmäinen keskusteluosuus oli nimeltään Liikuntaan liittyvät tunteet ja olosuhteet. Keskustelimme siitä, miksi vanhemmat liikkuvat tai eivät liiku. Pyysin heitä kertomaan, millaisia tunteita liikkuminen herättää. Kävimme läpi perheen keskimääräistä päiväohjelmaa ja kartoitimme olemassa olevat mahdollisuudet liikunnan harrastamiselle. Keskustelimme siitä, että kerran viikossa oleva tunnin liikuntaharrastus ei ole se tärkein asia liikunnan harrastamisessa. Päivittäiset arkiset ja pienet ratkaisut ovat merkittäviä valintoja, jotka lisäävät aktiivisuutta arjessa. Arjen valintoja ovat muun muassa päiväkotiin, koulu- ja työmat-

koihin sekä kaupassa käymiseen valittu kulkuväline. Hissin sijaan portaiden käyttäminen lisää hyötyliikuntaa.

Annoin vanhemmille A4-kokoiset terveystuokasuositukses. Korostin vanhemmille, että viikoittaisesta liikuntamäärästä ei kannata ottaa paineita. Liikuntaa kannattaa lisätä vähitellen ja maltillisesti jo pelkästään mielenkiinnon säilymisen ja mahdollisten vammojen ennaltaehkäisyn takia. Perustelin heille terveystuokasuosituksen antamisen sillä, että se havainnollistaa hyvin liikunnan monipuoliset mahdollisuudet. Liikunta koostuu kolmesta osiosta: kestävyyskunnosta, lihaskunnosta ja liikehallinnasta. Terveystuokasuositus toimii muistutuksena siitä, ettei liikunta saa olla liian yksipuolista. Korostin myös, että terveyden kannalta on hyödyllisempää liikkua vähän ja säännöllisesti kuin ei ollenkaan.

Pyysin vanhempia myös miettimään, olisiko heillä mielenkiintoa ottaa itselleen jokin liikuntaan liittyvä tavoite. Korostin vanhemmille sitä, että tavoitteen laatiminen on vapaaehtoista. Tavoitetta ei laadita sen takia, että ohjaaja niin kehottaa. Keskustelumme aikana toiselle vanhemmista muodostui tavoite. Kannustin kiinnittämään huomiota siihen, että tavoite on saavutettavissa oleva ja aluksi pieneltä tuntuva muutos, mutta kuitenkin säännöllinen. Kehotin liikunnan lisäämisessä oleman maltillinen, varovainen ja kuuntelemaan itseään. Tavoitteen tulisi olla mahdollisimman konkreettinen ja realistinen. Tavoitteen tulisi sulkea pois arjen epävarmuustekijät.

Kerroin vanhemmille vielä aikuisten painonhallintaa varten laaditun liikuntasuosituksen sisällöstä. Korostin edelleen, ettei liikunnassa ole oleellista sen yhtäjaksoisuus. Jokainen askel ja liike on liikuntaa. Tärkeintä on, että liikkuu. Toinen vanhemmista oli kiinnostunut saamaan lisä-tietoa siitä, mitkä ovat sopivia toistomääriä ja sarjoja lihaskuntoharjoittelussa, jos tavoitteena on kiinteytyminen. Tässä vaiheessa olimme aikataulustamme jonkin verran jäljessä, joten sovimme, että lähetän heille aiheesta tietoa sähköpostitse. Sähköpostilla varmistin, että heille jää dokumentti saamastaan tiedosta ja mahdollisuus kysyä asiasta tarkennuksia. Tarvittaessa seuraavalla tapaamiskerralla asiaan oli mahdollisuus palata.

Ennen liikuntaosion aloittamista kartoitin vanhempien mahdolliset perussairaudet, lääkitykset ja akuutit kiputilat. Aloitimme liikuntaosion keppijumpalla, jossa liikkeinä oli-

vat pystysoutu, niskan takaa punnerrus, olankohautus, pystypunnerrus ja hartiaveto selän takana. Lihakset eivät vahvistu keppijumpan avulla, mutta se auttaa pitämään nivelet liikkuvina. Keppijumpan avulla myös ylävartalon, erityisesti niska-hartiaseudun, lihaksiston verenkierto ja aineenvaihdunta vilkastuvat. Keppijumpan jälkeen aloitimme kahvakuulailun. Ensin ohjasin vanhemmille hyvän nostotekniikan eli selkä ei saa olla pyöreänä, vaan nosto tapahtuu lonkkia ja polvia koukistamalla. Harjoittelimme tunnistamaan selän luonnollista asentoa harjoituksen avulla. Asetimme jumppakepin selän taakse siten, että se kosketti takaraivoa, lapojen väliä ja ristiluuta. Sen jälkeen kallistimme ylävartaloa eteenpäin lonkkia ja polvia koukistamalla niin, että jumppakeppi tuntuu edelleen samoissa kohdissa kuin seisoessakin. Seuraavaksi ohjasin viiden liikkeen kahvakuulasarjan. Liikkeet olivat kahden käden etuheilautus, metsuriliike molemmille yläraajoille, vatsarutistukset vartalon kierrolla ja hauiskääntö-ojentajat. Seuraavana liikkeenä oli kuulan kierto pariliikkeenä. Liikuntakerran loppuksi ohjasin venytykset etu- ja takareisille, ojentajille, rintalihaksille ja pohkeille. Viimeisenä pyöritimme hartioita ympäri. Vanhemmat arvioivat tunnin sisällön kahdella iloisella hymynaamalla.

Kuudes tapaaminen toteutui 10.10.2013 perheen kotona. Perheeltä kysyttiin ennakkoon sähköpostitse toiveita ruuan valmistukseen käytettävistä raaka-aineista. Painonhallinta -teeman mukaisesti päädyttiin valmistamaan broileritäytteinen munakasrulla, lisäkesalaatti, marjasmoothie sekä kinkkurullarieskat. Tapaamisen tarkoituksena oli ruuan valmistus, jossa on mukana koko perhe yhdessä. Ravitsemusterapeutti antoi perheelle kaksi reseptivihkosta, joiden toivottiin antavan ideoita ruuanvalmistukseen kotona.

Viimeinen tapaaminen järjestettiin 12.12. Perheentalossa. Tapaamiseen saapuivat äiti lapsineen. Isä oli estynyt saapumasta paikalle. Tapaamisen tarkoituksena oli kartoittaa tilannetta kuulumisilla noin kaksi kuukautta toiminnan päättymisen jälkeen. Perheen äiti kertoi lokakuusta asti harrastaneensa liikuntaa yhden kerran enemmän kuin aiemmin.

8 Palaute kurssitoiminnasta

Jokaisen tapaamiskerran päätteeksi pyysin palautetta osallistujilta kolmen hymynaaman (liite 5) avulla, jotka olivat iloinen, vakava ja surullinen. Koska toimintaan osallistui 6-

13-vuotiaita lapsia, oli hymynaamojen käyttäminen palautteen antamisessa mielestäni helppoa kaikille iästä riippumatta. Päädyin kolmiportaiseen hymynaama-asteikkoon sen selkeyden vuoksi. Jos vaihtoehtoja on enemmän, hymynaamojen erot hämärtyvät ja palautteen antaminen on osallistujalle vaikeampaa.

Sen lisäksi, että keräsin palautetta hymynaamojen avulla jokaisen toimintakerran jälkeen, keräsimme myös yhteistä palautetta lomakkeen avulla toiminnan päättyessä. Palautelomakkeet annettiin perheelle viimeisessä joulukuun tapaamisessa. Perhe sai täyttää palautelomakkeet kotona. Sovimme, että perhe toimittaa täytetyt palautelomakkeet muutaman viikon kuluessa Perheentalolle. Laadimme kaksi palautelomaketta, joista toinen oli suunnattu vanhemmille ja toinen lapsille. Vanhempien palautelomakkeessa (liite 6) on yhteensä viisi kysymystä, joista yhdessä on neljä eri asiaa arvioinnin kohteena. Arviointiasteikko on neliportainen. Lasten palautelomakkeessa (liite 7) on yhteensä neljä kysymystä. Pyrimme huomioimaan kohderyhmän kysymysten asetteluissa.

Vanhempien palautelomakkeen ensimmäiseen kysymykseen ”Minkälaisia odotuksia sinulla oli kurssista?” vastaukset olivat ”monipuolisuutta, enemmän erilaista toimintaa” ja ”että olisi saanut vertaistukea samassa tilanteessa olevilta”. Kurssi koettiin ”eipä juurikaan tarpeelliseksi” ja ”tavallaan tarpeelliseksi, mutta kaikki asiat oli jo tiedossa, kun vain saisi ne käytäntöön mukaan”. Kolmannen kysymyksen arviointiasteikolla (1= heikko, 2= tyydyttävä, 3= hyvä ja 4=erinomainen) kurssin sisältö arvioitiin tyydyttäväksi ja heikoksi. Kurssin kesto, toteuttamistapa ja neuvonnan käytännönläheisyys arvioitiin hyväksi ja tyydyttäväksi. Vanhemmat jäivät kaipaamaan vertaistukea, monipuolisuutta ja erilaista toimintaa. Vanhemmat kokivat, että ”ehkä vähän oli liikaa saman toistoja, toisin olisi voinut tehdä melkeinpä kaiken”. Viimeisen kysymyksen eli vapaan sanan kohdalle vanhemmat olivat kirjoittaneet: ”Luulisin, että olisi ollut toisenlainen kokemus jos olisi ollut muita perheitä mukana. Kiitos kuitenkin ja mukavaa Joulua!” sekä ”On muutakin elämää kuin kalorilaskurit!!!”.

Lasten palautteen mukaan kurssilla oli opittu maistamaan kaikkea, liikkumaan eri pelejä ja tekemään terveellisiä pirtelöitä. Kurssilla oli ollut mukavaa leipominen kahden lapsen mielestä. Lisäksi mukavia asioita olivat liikunta, leikkiminen, jumppaaminen ja Perheentalo. Palautteen mukaan juttelu ja pirtelö eivät olleet kivoja asioita. Erään lapsen mielestä kurssilla ei ollut mikään tylsää. Yksi lapsista haluaisi tulla kurssille uudestaan,

kaksi lasta vastasi ”en osaa sanoa”. Vapaan palautteen kohtaan oli kirjoitettu seuraavia asioita: ”Kivointa oli pitää palloa sylissä ja tehdä maali”, ”Oli mukava pelata kasvispelejä” ja ”Siellä oli kivaa. Jos jatkuisi vielä, niin haluaisin mennä laskemaan pulkkamäkeä”.

9 Pohdinta

9.1 Ammatillisen asiantuntijuuden kehittymisen arviointi

Opinnäytetyöprosessin aikana kehittyvät opiskelijan ajan- ja kokonaisuuksien hallinta, osaamisen ilmaiseminen suullisesti ja kirjallisesti. Silloin on myös mahdollisuus kehittää työelämää ennakkoluulottomasti sekä oppia yhteistyötaitoja. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 159–160.)

Tietoperustani lasten ylipainosta ja lihavuudesta kasvoi merkittävästi opinnäytetyöprosessin edetessä. Fysioterapian koulutusohjelmassa aineenvaihduntasairauksien oppimäärä on melko pieni siihen nähden, kuinka merkittävä kansanterveydellinen haaste on kyseessä. Tiedonhaku oli aluksi vaikeaa, mutta koulumme informaation avulla kehityin tiedonhaussa. Lähdekriittisyys lisääntyi opinnäytetyöprosessin edetessä. Opin myös tietoteknisten asioiden hallintaa. Olen tietoisesti keskittynyt opinnäytetyöraportissani liikunnallisiin osuuksiin ja jättänyt ravitsemusterapeutin osuuden tarkastelun pois.

Opinnäytetyöprosessin alkuvaihetta varjosti epävarmuus ja –tietoisuus siitä, toteutuuko painonhallintaryhmä aiotulla tavalla. Painonhallintaryhmästä lähetettiin alkuinfo ja esite kaikille Joensuun kaupungin neuvola- ja kouluterveydenhoitajille. Tarkoituksena oli, että keväällä 2013 toteutettavien kouluun lähtevien terveystarkastuksessa terveydenhoitajat mainostaisivat ryhmän toimintaa. Todennäköisesti parempi markkinointikeino olisi ollut järjestää tiedostustilaisuus kouluterveydenhoitajille. Olisimme myös voineet pyytää terveydenhoitajia kontrolloimaan jaettujen esitteiden lukumäärää. Lisäksi olisimme voineet osallistua esimerkiksi vanhempainiltaan. On erittäin harmillista, ettei toiminnassa toteutunutkaan alkuperäisen suunnitelman mukainen vertaistuen näkökulma. Minulle oli helpompaa paneutua ja keskittyä yhteen perheeseen, koska olin järjestämässä en-

simmäistä toiminnallista ryhmää fysioterapeuttiopiskelijana. Projektiluontoisen opinnäytetyön toteuttaminen antoi rohkeutta tulevaisuutta ajatellen.

Opinnäytetyöprosessi kehitti luovaa ongelmanratkaisun taitoani, jota tarvitsin erityisesti toiminnallisen ryhmän sisällön suunnittelussa. Lasten ikäjakauma (6-, 8- ja 13-vuotias) oli haasteena liikunnallisten aktiviteettien suunnittelulle, pelien ja leikkien valitsemiselle. Valitsemisessäni lasten aktiviteeteissa pyrin huomioimaan, että ne harjoittaisivat mahdollisimman monipuolisesti tasapainoa, lihaskuntoa, ketteryyttä ja silmä-käsi-koordinaatiota. Pyrin välttämään leikeissä ja peleissä kilpailuasetelmaa. Tavoitteenani oli myös, että liikkumista tulisi mahdollisimman paljon tuokion aikana. Valitsin harjoitteet sen mukaan, että lasten on helppo jatkaa harjoitteiden tekemistä kotona.

Myös fyysinen ympäristö rajoitti toiminnan suunnittelua. Perheentalon tilat koostuvat liikunnallisiin tarkoituksiin nähden melko pienistä huoneista. Perheentalo koostuu yhteensä viidestä erillisestä huoneesta, jotka ovat nimeltään tupa, kotipesä, taito-, hoiva- ja porinakammari. Huoneesta riippuen niihin mahtuu 4-25 henkilöä. (Perheentalo 2014.) Marttakeskuksen alakerrassa liikuntakertoihin käytetty tila oli noin kolmekymmentä neliömetriä. Pohdimme myös muita mahdollisia tilavaihtoehtoja, mutta emme löytäneet edullista tai käytännössä ilmaista, Perheentaloa lähellä sijaitsevaa liikuntatilaa.

Terveystieteiden kehittäminen tavoitteena on joko uusien palvelujen luominen tai jo olemassa olevien parantaminen (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55). Opinnäytetyöprosessin aikana toteutin moniammatillista yhteistyötä ravitsemusterapeutin kanssa. Mielestäni yhteistyö oli sujuvaa ja antoisaa. Kunnioitimme toistemme erikoisosaamista, mutta kävimme pohdiskelevia keskusteluja kurssitoiminnan suunnittelun ja toteutumisen yhteydessä. Fysioterapeutti tekee työssään usein yhteistyötä yli ammattirajojen. Moniammatillista yhteistyötä on hyvä harjoitella jo opintojen aikana. Opinnäytetyön tuotos olisi voinut olla pitkäkestoisempi, jolloin painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksessa olisimme voineet toimia tukijoina perheelle vieläkin tavoitteellisemmin.

Palautelomakkeiden laatiminen oli myös osa oppimisprosessia. En ole aikaisemmin laatinut palautelomaketta. Yllättävän haastavaa on asetella kysymyksiä järjestykseen, miettiä kysymyksiä ja niiden ymmärrettävyyttä. Merkittävin oppimiskokemus tapahtui kuitenkin lapsuuden lihavuuden ilmiön ymmärtämisessä. Lapsuuden lihavuus on asia,

joka vaatii ammatillista osaamista ja kanssakäymistä niin lasten kuin vanhempien kanssa. Esimerkiksi motivoiva haastattelu ja transteoreettinen muutosvaihemalli ovat käytössä aikuisten kohdalla, mutta niitä ei ole sovellettu kokonaiseen perheeseen tai pelkätään lapsiin.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan on hallittava aikataulu ja ajankäyttö. Koin sopivimmaksi vaihtoehdoksi tehdä opinnäytetyö yksin, koska sain laatia aikataulun resurssieni mukaan. Jos yhteistyökumppania ei olisi ollut, todennäköisesti olisin kaivannut työn jakamista ja ajatustenvaihtoa prosessin aikana enemmän.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnin pohjana käytetään kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä (Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä 2013, Opinnäytetyön ohje). Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta selvitetessä arviointi kohdistuu tutkimusprosessin eri vaiheisiin. Tutkija tarkastelee jatkuvasti tekemiään valintoja. Tutkijan on hyvä suhtautua toimintaansa kriittisesti, koska hän on ennakoasenteinen ja – käsityksinen osa tutkimusta. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on määritellyt ohjeet hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, joita noudattamalla tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa. Tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja niiden arvioimisessa lähtökohdana on rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

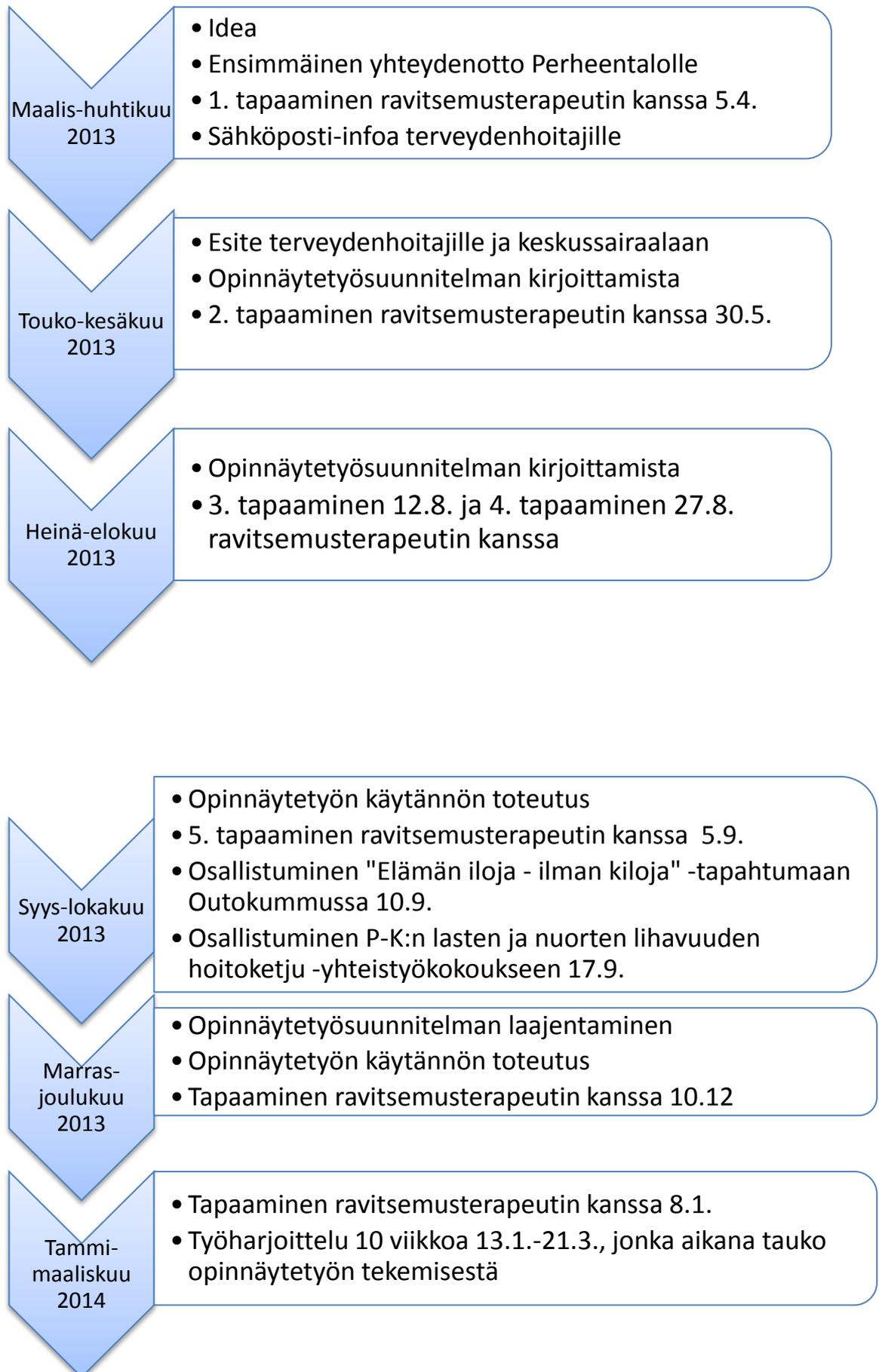
Opinnäytetyön toteutuksen raportointi oli eettisesti haastava tilanne. Toiminnallisessa ryhmässä oli mukana yksi perhe. Haluan suojella perheen anonymiutta hyvän etiikan mukaisesti, joten opinnäytetyön toteutusta raportoidessani olen välttänyt yksityiskohtia. Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa, että tutkimukseen on sovellettava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Olen pyrkinyt käyttämään opinnäytetyössäni mahdollisimman tuoreita primäärilähteitä muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta, tästä esimerkkinä Jaakkolan Liikuntataitojen oppiminen ja taitoharjoittelu. Magillin teosta ei ollut saatavilla Joensuun kirjaston lisäksi myöskään Itä-Suomen yliopiston tai

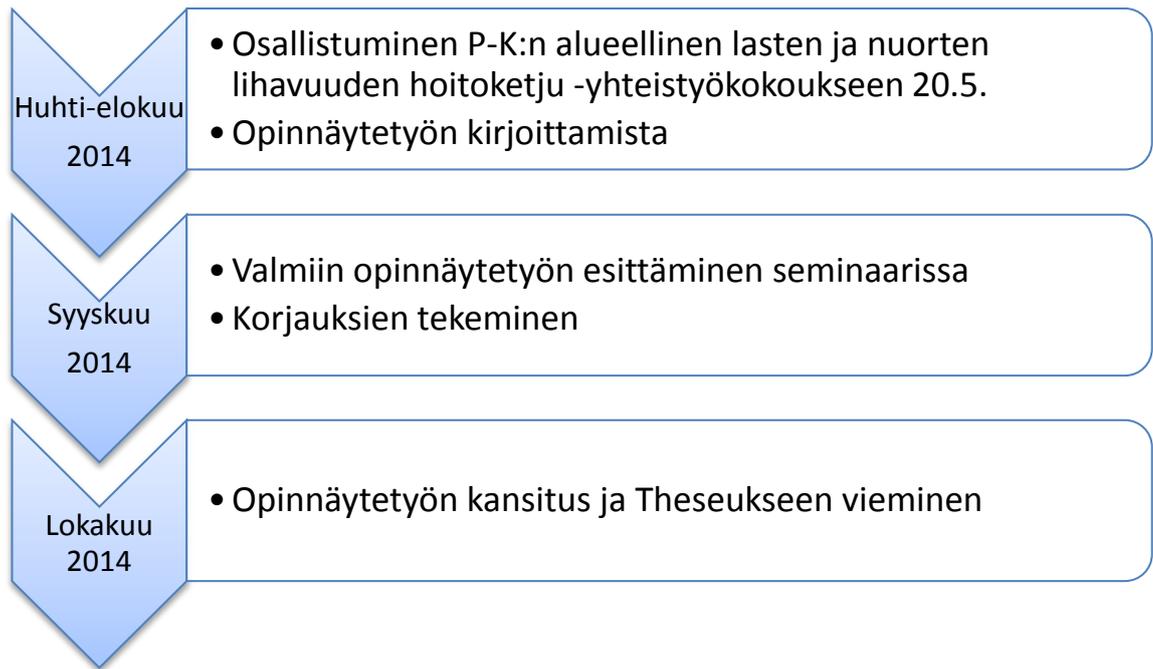
Karelia-ammattikorkeakoulun kirjastosta. Olen pyrkinyt opinnäytetyön lähteitä käyttäessäni siihen, että lähde olisi enintään kymmenen vuotta vanha. Lähdeluettelo on kuitenkin joutunut hyväksymään joitakin yli kymmenen vuotta vanhempia teoksia. Tästä esimerkkinä Jämsän ja Mannisen Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla, koska uudempaa painosta ei ole ollut saatavilla.

Suoritin sähköistä tiedonhakua ensin itsenäisesti Nelli-portaalin tietokannoista. Huomatuani tiedonhakutaitoni puutteelliseksi, otin yhteyttä Karelia-ammattikorkeakoulun informaattikkoon. Informaatikon tapaamisesta oli apua tiedonhakua jatkaessa. Olen suorittanut opinnäytetyöhöni liittyvää tiedonhakua seuraavista sähköisistä tietokannoista: Cinahl, Ebsco, Medic, PEDro ja PubMed. Aiheeseen paneutuessani käytin erilaisia hakusanoja ja niiden yhdistelmiä, esimerkiksi ”obesity”, ”children”, ”health promotion”, ”weight reduction programs”, ”weight control”, ”health behaviour”, ”parents” ja ”life style changes”. Käyttäessäni Cinahlin sähköistä tietokantaa rajasin haun 6-12-vuotiaisiin lapsiin, vuosiin 2003–2013 sekä kokonaisiin teksteihin. Lisäksi käytin tiedonhakuun manuaalisesti Joensuun maakuntakirjastoa, Karelia-ammattikorkeakoulun kirjastoa, Itä-Suomen yliopiston Joensuun kampuksen kirjastoa ja Kainuun maakuntakirjastoa. Olen käyttänyt opinnäytetyössäni englannin- ja suomenkielisiä lähteitä.

9.3 Opinnäytetyön aikataulu ja rahoitus

Opinnäytetyöprosessin eteneminen on nähtävissä seuraavalla sivulla olevasta kuviosta 4. Opinnäytetyön aikataulu muuttui prosessin edetessä. Esimerkiksi ennen kevään 2014 työharjoittelujakson alkamista olin optimistinen opinnäytetyöraportin kirjoittamisen aikataulutuksessa. Kuitenkin huomasin työharjoittelun vievän ennakoitua enemmän aikaa.





Kuvio 4. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Toiminnallisen ryhmän kuusi tapaamista ajoittuvat välille 3.9.–10.10.2013. Viimeinen, eli seitsemäs tapaaminen ryhmän kanssa oli 12.12.2013. Opinnäytetyön suunnitelma on pääpiirteissään valmistunut ennen toiminnallisen ryhmän käynnistymistä. Opinnäytetyön toteutuksen raportointi ja itsearviointi tapahtuivat keväällä 2014.

Toiminnallisen ryhmän järjestämisessä suurimmat kustannukset aiheutuivat ruuan valmistukseen tarvittavista raaka-aineista. Toiminnallisesta ryhmästä aiheutuneet kustannukset rahoittaa Perheentalon ja Marttojen yhteinen EAKR-hanke. Tilojen käyttämisestä ei aiheutunut kustannuksia. Liikuntaosuuksiin tarvittavat välineet lainasin pääasiassa Karelia-ammattikorkeakoulun liikuntavälinevarastosta. Joensuun Kuntokeidas lainasi tarvitsemiani kahvakuulia vuorokauden ajaksi ilman kustannuksia.

Toiminnallisen ryhmän toteutusrunko on myöhemmin hyödynnettävissä, vastaavanlaisen elämäntapaohjauksen järjestämistä suunnitteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Myöhemmässä vaiheessa samaa toteutusrunkoa voi käyttää useamman perheen muodostamalle ryhmälle.

9.4 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voisi tehdä selvityksen syistä, miksi kohderyhmään kuuluvat perheet eivät halua osallistua maksuttoman painonhallintakurssin toimintaan. Neuvokas perhe -kurssin toimintaan syksyllä 2013 osallistuneen perheen mahdollisella suostumuksella olisi mielenkiintoista kuulla esimerkiksi puolen vuoden tai vuoden kuluttua, ovatko he perheenä hyötyneet kurssin annista. Neuvokasta perhe -kurssitoimintaa voisi myös pyrkiä kehittämään toiminnaltaan laajemmaksi markkinointia laajentamalla ja kurssin kesto pidentämällä.

Lähteet

- Ahonen, T. 2002. Kehitykselliset koordinaatiohäiriöt. Teoksessa Lyytinen, H., Ahonen, T., Korhonen, T., Korkman, M. & Riita, T. (toim.) *Oppimisvaikeudet - Neuropsykologinen näkökulma*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 269–290.
- Ahonen, T., Viholainen, H., Cantell, M. & Rintala, P. 2005. Motoriikka ja oppimisvaikeudet. Teoksessa Rintala, P., Ahonen, T., Cantell, M. & Nissinen, A. (toim.) *Liiku ja opi – Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin*. Keuruu: PS-Kustannus, 12–13.
- Autio, T. & Kaski, S. 2005. Ohjaamisen taito. Helsinki: Edita, 28–33.
- Browning, L.M., Hsieh, S. D. & Ashwell, M. 2010. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value. *Nutrition Research Reviews* 23 (2), 247-261.
- Collins, C. E., Okely, A. D., Morgan, P. J., Jones, R. A., Burrows, T. L., Cliff, D. P., Colyvas, K., Warren, J. M., Steele, J. R. & Baur, L. A. 2011. Parent Diet Modification, child activity, or both in obese children: An RCT. <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/4/619.full?sid=182f9fda-5bef-4861-86aa-865d6a223432>. 3.12.2013.
- de Onis, M., Blössner, M. & Borghi, E. 2010. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition* 92 (5), 1257-1264.
- Dunkel, L., Saarelma, O. & Mustajoki, P. 2012. Lasten painoindeksi (ISO-BMI). http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01073. 12.8.2013.
- Dwyer, G., Baur, L., Higgs, J. & Hardy, L. 2009. Promoting children`s health and well-being: broadening the therapy perspective. *Physical & occupational therapy in pediatrics* 29 (1), 39.
- Farris, J., Taylor, L., Williamson, M. & Robinson, C. 2011. A 12-week interdisciplinary intervention program for children who are obese. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal* 22 (4), 12–20.
- Fogelholm, M. 2006. Lihavuuden arviointi. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) *Lihavuus – ongelma ja hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 49–61.
- Fogelholm, M. 2011a. Lihaksen energiantuotanto ja energia-aineenvaihdunta. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 25–27.
- Fogelholm, M. 2011b. Lapset ja nuoret. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76–86.
- Garnett, SP., Baur LA. & Cowell, CT. 2008. Waist-to-height ratio: a simple option for determining excess central adiposity in young people. *International Journal of Obesity* (2008) 32, 1028–1030.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveystieteillä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 55.
- Ilander, O. 2006. Energia: aineenvaihdunta, kulutus ja tarve. Teoksessa Ilander, O., Borg, P., Laaksonen, M., Mursu, J., Ray, C., Pethman, K. & Marniemi, A. (toim.) *Liikuntaravitsemus*. Lahti: VK-Kustannus Oy, 41–48.
- Jaakkola, T. 2010. Liikuntataitojen oppiminen ja taitoharjoittelu. Juva: PS-kustannus, 33–50.

- Joensuun Perheentalo. 2014. Arjenhallinta- ja toimijoiden yrittäjäystaidot Perheentalossa.
<http://www.pelastakaalapset.fi/joensuunperheentalo/hankkeet/arjenhallinta-ja-toimijoiden-yri/>. 30.4.2014.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13–81.
- Kantaneva, M. 2010. Liiku ympäri vuoden – Parhaat ulkoliikuntalajit. Jyväskylä: DocendoSport, 147.
- Kantomaa, M. T., Stamatakis, E., Kankaanpää, A., Kaakinen, M., Rodriguez, A., Taanila, A., Ahonen, T., Järvelin, M.-R. & Tammelin, T. 2013. Physical activity and obesity mediate the association between childhood motor function and adolescents' academic achievement. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)* (110) 5, 1917–1922.
- Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä. 2013. Opinnäytetyön ohjeet. Karelia-ammattikorkeakoulu.
http://www.karelia.fi/lomakkeet/opinnayte/Karelia_Opinnaytetyon_ohje_2012_joulukuu.pdf. 12.8.2013.
- Karvonen, P., Siren-Tiusanen, H. & Vuorinen, R. 2003. Varhaisvuosien liikunta. Lahti: VK – Kustannus Oy, 44–45.
- Kasvukäyrät. 2010–2012. Kasvukäyrät. <http://www.kasvukayrat.fi/>. 12.8.2013.
- Konsensuskokous. 2005. Lihavuus – painavaa asiaa painosta.
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f101212533/konsensuslausuma.2005.net-korj.pdf>. 18.8.2013.
- Laasonen, K. 2005. Lasten motoristen taitojen arviointi. Teoksessa Rintala, P., Ahonen, T., Cantell, M. & Nissinen, A. (toim.) *Liiku ja opi – Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 197–216.
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. 2004. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews* 5 (1), 4–85.
- Maffeis, C., Banzato, C. & Talamini, G. 2007. Waist-to-Height Ratio, a Useful Index to Identify High Metabolic Risk in Overweight Children.
[http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(07\)00877-3/abstract#](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(07)00877-3/abstract#). 29.5.2014.
- Mustajoki, P. & Kunnamo I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. *Duodecim Terveyskirjasto*.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00147. 19.12.2013.
- Mustajoki, P. 2007. Ylipaino, tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–222.
- Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen R., Koponen, P., Ovaskainen, M – L., Sippola, R., Virtanen, S. & Laatikainen, T. 2010. Lasten terveys – Lateutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80056/3ebde5ad-1be7-4268-9167-df23095fca33.pdf?sequence=1>. 8.2.2014.
- Mälkiä, E. & Rintala, P. 2002. Uusi erityisliikunta – liikunnan sovellukset erityisryhmille. Helsinki: Liikuntatieteellisen Seuran julkaisu nro 154.
- Nuori Suomi ry:n lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä. 2008. *Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille*.
http://www.sport.fi/system/resources/W1siZiIsIjIwMTMvMTEvMDUvMTFfMjJfMDEyOUxpaWt1bnRhc3Vvc2l0dXNfa2lyamFfa2V2eXRfXzA4LnBkZiJdXQ/080129Liikuntasuositus-kirja%28kevyt%29_08.pdf. 15.12.2013.

- Nuutinen, O. 2006. Lasten ja nuorten lihavuuden hoito. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus – ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 304–326.
- Pelastakaa Lapset ry. 2010. Joensuuhun suunnitellaan Perheentaloa lapsiperheiden kohtaustapaikaksi.
<http://www.pelastakaalapsset.fi/ajankohtaista/uutiset/?x22896=168103>.
 30.4.2014.
- Perheentalo. 2014. Tee tilavaraus.
<http://perheentalo.collapick.com/index.php/addevent/>. 26.7.2014.
- Pitkäranta, H. 2013. Lihava lapsi on saanut liikaa valtaa. Kainuun Sanomat 8 (53), 19.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. 1983. Stages and processes of self-change in smoking toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology* 51 (3), 390–395.
- Saukkonen, T. 2006. Lasten lihavuuden arviointi. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus – ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 299–303.
- Schlessman, A.M., Martin, K., Ritzline, P. D & Petrosino, C.L. 2011. The role of physical therapists in pediatric health promotion and obesity prevention: comparison of attitudes. *Pediatric physical therapy* 23 (1), 79–86.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2013. Lihavuus (lapset) – Käypä hoito -suositus.
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50034?hakusana=lasten lihavuus](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50034?hakusana=lasten+lihavuus). 19.12.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013a. Neuvokas perhe. <http://www.sydanliitto.fi/neuvokasperhe>. 21.7.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013b. Kortti työvälteenä. <http://www.sydanliitto.fi/kortti>. 21.7.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013c. Tietokansio – sähköinen käsikirja.
<http://www.sydanliitto.fi/tietokansio>. 21.7.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013. Ohjausmenetelmän ja ohjaustapojen tausta. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry, 23.
- Suomen Sydänliitto ry. 2014a. Painonhallinta ja elintavat.
<http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/sydanliitto/neuvokasperhe#>. 9.9.2014.
- Suomen Sydänliitto ry. 2014b. Neuvokas perhe-ohjausmenetelmä.
<http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/sydanliitto/neuvokasperhe#>. 13.9.2014.
- Swinburn, B. & Egger, G. 2004. The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. *British Medical Journal* 329 (7468), 736–739.
- Swinburn, B. & Egger, G. 2004. The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15388619>. 12.8.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013a. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2015.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110503/URN_ISBN_978-952-245-948-0.pdf?sequence=1. 8.2.2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013b. Lihavuus tulee kalliiksi.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kansallinen_lihavuusohjelma_2012_2015/luvut/tulee_kalliiksi. 18.12.2013.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013c. Lasten kasvukäyrät ja – seulat.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/kasvukayrat_ja_seulat. 18.6.2013.
- Tilastokeskus. 2014. Persentiili. <http://www.stat.fi/meta/kas/persentiili.html>. 27.9.2014.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa – valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki:

Edita, 55–61.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-
kausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut. 12.9.2014.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannus-
osakeyhtiö Tammi, 7–160.

World Health Organization. 2013. How to use ICF – A practical manual for using the
international classification of functioning, disability and health (ICF).
<http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>. 19.9.2014.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Joensuu Perheentalo / Arjenhallintataidot
Toimeksiantajan edustaja:	Kirsi Rissanen (EAKR)
Osoite:	Dantekatu 15 JNS
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	kirsi.rissanen@martat.fi
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Evioterapian koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	Jenna Hattuniemi
Puhelinnumero:	
Sähköposti:	jenna.hattuniemi@edu.karelia.fi
Toimeksiantajan sitoumukset	
Toimeksiantaja on omalta osaltaan mukana toiminnallisen ryhmän toteutuksessa. Toimeksiantaja vastaa myös ennaltasovittuista kustannuksista. Opinnäytetyö on osa Arjenhallintataidot-hanketta.	
Opiskelijan sitoumukset	
Opiskelija toteuttaa toimeksiantona toiminnallisen opinnäytetyön toiminnallisen osuuden syksyn 2013 aikana. Opiskelijalla on tekijänoikeudet opinnäytetyöhön.	
Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Anne Rydhnen
Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
Allekirjoitukset	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
5.9.2013	Jenna Hattuniemi JENNA HATTUNIEMI
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
5.9.2013	Kirsi Rin Kirsi Rissanen



Pelastakaa Lapset - Rädda Barnen

Martat 

**Millainen on terveellinen ruokavalio?
Perhe yhdessä liikkumaan?
Kuinka kannustamme toisiamme?**

Tervetuloa mukaan

Neuvokas perhe

**-ryhmään, jossa yhdessä
tutustutaan terveellisen
ravinnon ja liikunnan maailmaan**



Ryhmä alkaa ti 3.9.2013 klo 17–19. Tapaamisia on yhteensä 7.

Tapaamiskerroilla on ohjelmaa sekä lapsille että aikuisille. Lapset pääsevät makukouluun kokeilemaan uusia makuja ja ruokia sekä kehittämään taitojaan liikuntakerroilla. Vanhemmat saavat tukea, neuvoja ja vinkkejä koko perheen elämäntapamuutoksiin ja miten selvittää arjen pulmatilanteista. Tärkeää on myös vertaistuki toisilta vanhemmilta. Ryhmä on osallistujille maksuton. Ryhmään mahtuu mukaan viisi perhettä.

Ryhmä kokoontuu Joensuun Perheentalolla (Rantakatu 15) tai Marttakeskuksessa (Koskikatu 5-7).

Lisätietoja ja ilmoittautumiset 16.8.2013 mennessä:
kirsi.rissanen@martat.fi tai p. 050 300 6810/Kirsi Rissanen

Kurssi kuuluu osana Arjenhallintataidot
Joensuun Perheentalossa 2013 – hankkeeseen.



Vipuvoimaa
EU:lta

Joensuun kaupunki

Pohjois-Karjalan
MAAKUNTALIITTO



Pelastakaa Lapset - Rädda Barnen

Martat 

Neuvokas perhe

-ryhmän alustava ohjelma



- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. Tapaaminen ti 3.9. klo 17-18
Esittäytyminen ja suunnittelu
Lapsille leikkimistä
Kotitehtäväksi ruokapäiväkirja | Perheentalo
Kirsi ja Jenna |
| 2. Tapaaminen ma 9.9. klo 17-18 Marttakeskus (Koskikatu 5-7)
Ruokapäiväkirjojen purku,
Ruokavalio ja tavoitteet
Lapsille liikuntaleikkejä
Perhe suunnittelee omat ruokavaliotavoitteensa | Kirsi
Jenna |
| 3. Tapaaminen ma 16.9. klo 17-18
Syömisenhallintaa vanhemmille
Lasten liikuntakerta | Marttakeskus
Kirsi
Jenna |
| 4. Tapaaminen ma 23.9. klo 17-18
Viisaat valinnat – kauppakäynti CM
Lapsille askartelua | Perheentalo
Kirsi
Jenna |
| 5. Tapaaminen ke 2.10 klo 17-18
Vanhempien liikuntakerta
Lapset makukoulussa | Marttakeskus
Jenna
Kirsi |
| 6. Tapaaminen to 10.10 klo 17-19

Ruokaa keholle ja mielelle
Ruoanvalmistusta. | Perheen koti
Kirsi ja Jenna |
| 7. Tapaaminen to 12.12. klo 17-18
Missä mennään ja mitä tulevaisuudessa,
palautetta kurssista. | Perheentalo |





Pelastakaa Lapset - Rädda Barnen

Martat 

Hei,

Ohessa on luottamuksellinen alkukysely.
Käytämme tietoja ryhmän toiminnan suunnitteluun.

Toivomme, että vastaatte kyselyyn mahdollisimman pian.



1. Onko perheenjäsenillänne erityisruokavalioita? Jos on, mitä?

2. Perheen lapsen/lasten ikä, pituus ja paino?

3. Mitä perheenjäsenenne harrastavat vapaa-ajalla?

4. Millaisena koette perheenne ruokailun?

5. Mitä toivotte ja odotatte Neuvokas perhe-ryhmän toiminnalta perheellenne?

6. Onko perheellänne toiveita ja ehdotuksia liittyen ryhmän toimintaan?

Lämpimästi tervetuloa Neuvokas perhe-ryhmään, nähdään syyskuussa!
Kirsi ja Jenna

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystieteiden
Tikkariinne 9
80200 Joensuu

SUOSTUMUS

3.9.2013

HYVÄT VANHEMMAT

Olen Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelija. Teen opinnäytetyötä **Joensuun Perheentalolla järjestettävästä Neuvokas perhe- ryhmästä**. Painopiste opinnäytetyössäni on ensisijaisesti Neuvokas perhe-ryhmän liikuntaosioissa.

Opinnäytetyöni on toiminnallinen, joka sisältää yhteensä kaksi tai kolme liikuntakerran ohjausta perheen lapsille ja aikuisille. Liikuntaosioiden jälkeen pyydän palautetta toiminnasta. Ryhmässä saadut tiedot käsittelem nimettömänä ja luottamuksellisesti. Yksittäiset ihmiset eivät ole tunnistettavissa lopullisessa opinnäytetyössä. Opinnäytetyöni valmistusajankohta on viimeistään syksyllä 2014. Tämän jälkeen opinnäytetyöhön voi tutustua Karelia-ammattikorkeakoulun kirjastossa ja sähköisessä opinnäytetöiden julkaisuarkistossa, Theseuksessa.

Pyydän Teiltä kohteliaimmin perheenne lupaa ryhmän suunnittelun ja toteutuksen raportointia varten. Halutessanne lisätietoja, voitte ottaa yhteyttä opinnäytetyöntekijään Jenna Hattuniemeen sähköpostitse jenna.hattuniemi@edu.karelia.fi tai puhelimitse ' _____

LUPA

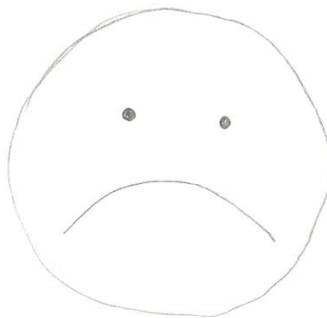
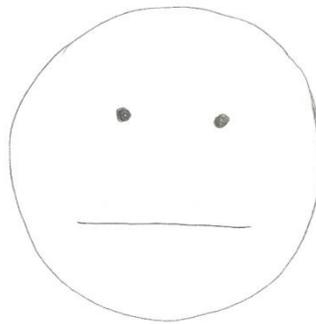
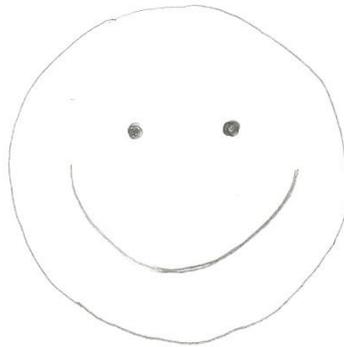
Perheenjäsenet:

_____ (isän nimi)
_____ (äidin nimi)
_____ (lapsen nimi)
_____ (lapsen nimi)
_____ (lapsen nimi)
_____ (lapsen nimi)
_____ (lapsen nimi)

Annamme perheemme suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumiseen
Kyllä _____ Ei _____

Vanhemman allekirjoitus ja nimen selvennys

Vanhemman allekirjoitus ja nimen selvennys





Pelastakaa Lapset - Rädda Barnen



Martat 

Hei!

Olet osallistunut Neuvokas perhe -kurssille. Keräämme palautetta kurssista ja toivomme, että vastaat alla oleviin kysymyksiin.

1. Minkälaisia odotuksia sinulla oli kurssista?



2. Oliko kurssi tarpeellinen sinulle?

3. Anna arvosana seuraaville asioille (asteikko: 1 = heikko, 2 = tyydyttävä, 3 = hyvä, 4 = erinomainen):

-Kurssin sisältö	1	2	3	4
-Kurssin kesto	1	2	3	4
-Toteuttamistapa	1	2	3	4
-Neuvonnan käytännölläisyys	1	2	3	4

4. Mitä jäit kaipaamaan, mitä olisi voinut tehdä toisin?

5. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos mukavista hetkistä! Kirsi ja Jenna



Euroopan unioni

Vipuvoimaa
EU:lta

Joensuun kaupunki

Pohjois-Karjalan



Pelastakaa Lapset - Rädda Barnen

Martat 

Hei!

Olet osallistunut Neuvokas perhe -kurssille. Keräämme palautetta kurssista ja toivomme, että vastaat alla oleviin kysymyksiin.



1. Mitä asioita opit kurssilla?

2. Mikä oli mukavaa kurssilla, mikä ei?

3. Haluaisitko tulla kurssille uudestaan?

- Kyllä
 En
 En osaa sanoa?

4. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos mukavista hetkistä! t. Kirsi ja Jenna