



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Obesiteettilasten ja heidän perheidensä ohjauksen kehittäminen lasten ajanvarauspoliklinikalla

Perttilä, Jenni
Sopanen, Mari

2018 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Obesiteettilasten ja heidän perheidensä ohjaukseyntien
kehittäminen lasten ajanvarauspoliklinikalla

Perttilä Jenni, Sopenen Mari
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2018

Perttilä Jenni, Sopenen Mari

**Obesiteettilasten ja heidän perheiden ohjauskäyntien kehittäminen lasten ajanvarauspoli-
klinikalla**

Vuosi 2018 Sivumäärä 34

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kuvaus siitä, miten obesiteettilasten ohjauskäyntejä voitaisiin kehittää lasten ajanvarauspoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää obesiteettilasten ohjauskäyntejä lasten ajanvarauspoliklinikalla. Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: Miten obesiteettilasten ja heidän perheidensä ohjauskäyntejä voidaan kehittää? Opinnäytetyön pyrkimyksenä oli tuoda esille uusia työkaluja ohjauskäyntien parantamiseksi haastattelujen pohjalta. Työelämäkumppanina toimi HUS-organisaatio. Obesiteettihoitajien ohjauskäyntien kehittäminen on tärkeää, koska hoitajat kaipaavat lisää työkaluja ja työvälineitä ohjauskäyntien tueksi, jotta saavutettaisiin parempia hoitotuloksia.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska lasten sairaaloinen lihavuus eli obesiteetti on kasvava ongelma yhteiskunnassamme. Verrattuna normaalipainoisiin lapsiin, riski aikuisiän ylipainoon on vähintään kaksinkertainen, mikäli ylipainoa on jo lapsuusiässä. Nuoruusiän ylipaino nostaa riskin jopa nelinkertaiseksi. (Käypä Hoito 2013). Lihavuuden ehkäisy on hyvin tärkeää, koska lapset ovat yhtäläillä vaarassa sairastua lihavuuteen liittyviin liitännäissairauksiin siinä missä aikuisetkin.

Opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Aineistokeruumetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tutkimuksessa haastateltiin kahta obesiteettisairaanhoitajaa. Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysimenetelmää.

Tutkimustulosten mukaan voidaan havaita, että obesiteettiohjaukseen liittyvät koulutukset, moniammattillinen yhteistyö, työn suunnittelu, materiaali ja perheen motivointi koetaan keskeisiksi asioiksi obesiteettilasten ohjauskäyntien kehittämisessä ja tehostamisessa.

Laajemmin ajateltuna opinnäytetyön pohjalta nousevana kehittämissuunnitelmana on HUS:n alueella toimiva yhtenäinen malli obesiteettiohjauskäyntien tehostamiseksi ja parantamiseksi. Yhtenäinen malli ei tarkoita jo nyt olemassaolevaa obesiteettilasten hoitopolkua. Yhtenäinen malli tarkoittaa valmista toimintamallia hoitajille, jonka mukaan he voivat työskennellä ja se olisi käytössä kaikissa yksiköissä. Toimintamalli on hoitajia ja kokonaisuutta tukeva.

Asiasanat: Lasten obesiteetti, lapsipotilas, perheen tukeminen, ohjaus hoitotyössä

Perttilä Jenni, Sopenen Mari

Development of health checks for children with obesity and their families at the Pediatric Outpatient Clinic.

Year	2018	Pages	34
------	------	-------	----

The purpose and the aim of this thesis was to provide a description of how health checks could be developed at the Pediatric Outpatient Clinic for children with obesity. The research question is: how can health checks be developed for children with obesity and for their parents.

The goal of the thesis was to introduce new tools to improve health checks based on the interviews made. The working life partner is the organization of The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The findings of this thesis can be used to plan and implement appointments at the clinic in the future. Developing health checks is important for obesity nurses because the nurses need more tools and instruments for supporting the appointments at the clinic in order to achieve better treatment outcomes.

Children's obesity is a current theme because morbid obesity is an increasing problem in our society. Childhood obesity increases the risk of obesity in adulthood. Compared to children of normal weight, the risk of adulthood obesity is at least double, if there is obesity already in childhood. Obesity in adolescence increases the risk quadruple. (Käypä Hoito 2013). Preventing obesity is very important because children, as well as adults, are equally at risk of obesity-related illnesses.

This thesis is a qualitative study. Semi-structured theme interview was used as the method for the collection of the material. Two nurses were interviewed for this thesis. An inductive method of content analysis was used as the analysis method of the material.

Based on the interviews it was found that education related to health checks for patients with obesity, multiprofessional cooperation, planning the work, materials and motivating the family were experienced as key issues when developing and intensifying the health checks for children with obesity.

The development proposal is to develop a unified model to intensify and improve health checks for child patients with obesity for the whole HUS area. The unified model does not refer to the treatment path that already exists for children with obesity. For nurses a unified model means a model to work with and to be used in all HUS units. The unified model is supporting the nurses and holistic care.

Keywords: Children's obesity, childpatient, family support, guidance in nursing

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Obesiteetti	7
	2.1 Lasten obesiteetti.....	9
	2.2 Lasten obesiteetin määrittäminen	10
	2.3 Lapsipotilas.....	10
3	Obesiteettiin liittyvä hoidollinen ohjaus.....	11
	3.1 Perheiden ravitsemus- ja liikuntaohjaus	12
	3.2 Motivoiva haastattelu ohjauksen tukena	13
4	Perheiden tukeminen lapsen obesiteetin hoidossa.....	15
5	Työelämäkumppani	16
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	16
7	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	16
	7.1 Laadullinen tutkimuksellinen lähestymistapa.....	16
	7.2 Aineistonkeruumenetelmä.....	17
	7.3 Aineiston analyysimenetelmä	18
8	Tulokset.....	21
	8.1 Obesiteettiohjaukseen liittyvän koulutuksen kehittäminen	21
	8.2 Moniammatillisen yhteistyöhön liittyvä kehittäminen	22
	8.3 Työn suunnitteluun liittyvä kehittäminen	23
	8.4 Materiaaliin liittyvä kehittäminen.....	24
	8.5 Ohjauksikäynnillä perheen motivointiin liittyvä kehittäminen.....	25
9	Pohdinta	26
	9.1 Opinnäytetyön eettisyys	29
	9.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	31
	9.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	32
	Lähteet	34
	Liitteet.....	39

1 Johdanto

Eurooppalaisessa vertailussa suomalaisten liikalihavuus on hieman keskitasoa yleisempää ja Suomen aikuisväestön lihavuus on yleisempää, kuin muissa Euroopan maissa. Suomessa jopa joka viides aikuinen kärsii obesiteetista. (THL 2017.) Obesiteetti tarkoittaa normaalia suurempaa kehon rasvakudoksen määrää, jossa liikaraska kertyy ihon alle ja vatsaonteloon. Lihavuuden arviointiin käytetään painoindeksiä, joka muodustuu painosta ja pituudesta. (Terveyskirjasto 2017.) Miehistä ylipainoisia on noin 66 % ja naisista 46 %. Lapsuusiän ylipaino lisää merkittävästi riskiä sairastua lihavuuteen aikuisiässä. Suomessa lasten- ja nuorten terveysseuran tutkimuksen (2007–2009) mukaan leikki-ikäisistä pojista 10 % ja tytöistä 15 % oli ylipainoisia. Kouluikäisistä taas 21 % pojista ja 20 % tytöistä oli ylipainoisia. (Mäki P. ym 2010.) Ylipainoisuus on kolminkertaistunut neljän viime vuosikymmenen aikana 12–18-vuotiailla sekä lihavuuden vaikeusaste on kasvanut. (THL 2017.)

Lihavuus yleisesti johtuu siitä, että ruuasta saatu energia ja liikunta ovat epätasapainossa. Yhteiskunnassa on viimeisen 50 vuoden aikana tapahtunut lukuisia muutoksia väestön elämäntavoissa, joiden vuoksi tämä epätasapaino syntyy aikaisempaa herkemmin. Ruumiillinen työ ja arkiliikunta on vähentynyt ja istumatyö lisääntynyt. Perheiden yhteiset ateriat ovat vähentyneet sekä napostelukulttuuri, vähentynyt yöuni ja kiireiseen elämäntapaan liittyvä stressi ovat lisääntyneet myös merkittävästi. (Terveyskirjasto 2017.) Ylipainon ja lihavuuden varhainen puheeksiottaminen ja hoidon aloitus aikaisin on erittäin tärkeää, jotta lihavuuden aiheuttamista liitännäissairauksilta vältyttäisiin. Lihavuus voi aiheuttaa jo lapsuusiässä merkittäviä kardiometabolisia muutoksia, kuten verenpaineen nousua ja aineenvaihdunnan häiriöitä. (Dalla-Valle ym. 2016.)

Lihavuus ja sen liitännäissairaudet aiheuttavat arviolta 1,4–7 % Suomen kaikista terveysterveystilanteista. Valtaosa menoista muodostuu vuodeosastohoitopäivistä, lääkekustannuksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä. Lihavuus aiheuttaa myös välillisiä kustannuksia yhteiskunnalle, kuten sairauslomien ja sairauksien johtuvat tuottavuuden alenemiset. (THL 2011.) Tutkimustulosten mukaan BMI:n ollessa yli $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ terveystilanteet ovat 30 % suuremmat kuin normaalipainoisilla. Tämä johtuu lihavuuden liitännäissairauksista, kuten diabeteksestä ja verenpaineesta. (Kolu ym. 2017.)

Lasten ja nuorten obesiteetista on paljon tutkimustietoa sekä obesiteetin hoidon ohjaamisesta että siihen käytettävistä työvälineistä. Lasten ajanvarauspoliklinikalla hoidetaan alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja. Vastaanottoille tullaan lääkärin läheteellä. Obesiteettihoitajan käynnit ovat maksuttomia ja vapaaehtoisia perheille. Vastaanotolla perheen vastaanottaa sairaanhoitaja. Tämän vuoksi tämän

opinnäytetyön tutkimuskohteena oli ainoastaan sairaanhoitajien haastattelut obesiteettiohjauksen kehittämiseksi. Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen ja aineiston keruumenetelmänä käytettiin obesiteettihoitajille tehtyjä teemahaastatteluja. Vastausten pohjalta saatiin tarvittavaa tietoa ohjaukseyntien kehittämiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kuvaus siitä, miten obesiteettilasten ohjaukseyntejä voitaisiin kehittää lasten ajanvarauspoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää obesiteettilasten ohjaukseyntejä lasten ajanvarauspoliklinikalla. Opinnäytetyön pyrkimyksenä oli tuoda esille uusia työkaluja ohjaukseyntien parantamiseksi haastattelujen pohjalta. Opinnäytetyön tutkimuskysymys oli: Miten obesiteettilasten ja heidän perheidensä ohjaukseyntejä voidaan kehittää? Opinnäytetyö tehdään osana Laurea ammattikorkeakoulun Ohjauksen hoitotyössä -hanketta. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä potilasohjauksesta ja hoitotyön opiskelijoiden ohjauksesta. Hankkeen tavoitteena on kehittää potilasohjauksesta. Opinnäytetyön eettisen luonteen vuoksi opinnäytetyössä ei mainita haastateltavien sairaanhoitajien työyksikköä.

2 Obesiteetti

Ylipaino ja liikalihavuus ovat yksi maailmanlaajuisesti merkittävimmistä riskitekijöistä, jotka voivat johtaa vakaviin sairauksiin. Liikalihavuus esiintyy maailman laajuisena epidemiana kaikissa ikäluokissa kehitys- ja teollisuusmaissa. (PMC 2005.) Tutkimuksin on todettu, että lihavuus tappaa enemmän kuin nälänhätä maailmalla (WHO 2017). Maailman väestöstä lähes kolmannes on ylipainoisia tai lihavia (Toikkanen U. 2014). Suomessa lihavuus on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmista. Yli puolet suomalaisista aikuisista onkin vähintäänkin ylipainoisia ja joka viidennes voidaan luokitella lihaviksi. (Kautiainen ym. 2010.)

Maailmanlaajuiseen lihavuuden kasvuun on vaikuttanut yhteiskunnan teknologistumisen myötä lukuisat taloudelliset, kulttuurilliset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät (THL 2014). Näitä ovat muutokset väestön maanviljelyksessä, tuonnissa, asemakaavoituksessa, ympäristössä, prosessoidussa ruuassa, markkinoinnissa ja koulutuksessa (WHO 2017). Napostelukulttuurilla, perheen yhteisten kotiaterioiden vähentymisellä, kiireisellä elämällä ja siihen liittyvällä stressillä, psyyken erilaisilla häiriöillä sekä unen tarpeen laiminlyönnillä on myös merkityksensä lihavuuden syntyyn (Tiede-lehti 2004). Perinnöllisyydellä on myös vaikutus lihavuuteen. WHO:n arvion mukaan kehitysmaissakin joka kuudes tautiin sairastuminen vuonna 2020 johtuu lihavuudesta. (WHO 2017.) Tutkimusten mukaan myös raskaudenaikaisella painolla on pitkäaikaisia vaikutuksia äidin ja syntyvän lapsen terveyteen. Odottavan äidin ylipaino altistaa lapsen myöhemmälle lihavuudelle. (Kolu ym. 2017.)

Ylipainoa ja lihavuutta mitataan painoindeksin. Normaali painoindeksi sijoittuu arvojen 18,5–25 välille. Ylipainosta voidaan puhua, kun painoindeksi yltää 25–30 painoindeksin

välille. Liikalihavuudesta, eli obeesiteetista puhutaan kun painoindeksi ylittää 30. (WHO 2017.) Painoindeksiä ei kuitenkaan voida käyttää suoraan lihavuuden mittarina lapsilla alle 18-vuotiailla, joilla kasvu saattaa olla vielä kesken (Terveyskirjasto 2017). Toinen tapa arvioida lihavuutta on vyötärön ympäryksen mittaaminen. Mittaus suoritetaan seisten. Sen avulla saa käsityksen keskivartalolihavuudesta, joka lisää riskiä sairastua moniin sairauksiin. Oikea mittauspaiikka on molempien kylkien lonkkaluiden korkein kohta, joiden yläpuolella on pehmeä alue ennen alimpia kylkiluita. Naisilla vyötärön ympäryksen tulisi olla alle 90 cm, miehillä alle 100 cm. (Terveyskirjasto 2017.)

Lihavuus aiheuttaa monia sairauksia, joista useimmat johtuvat aineenvaihdunnan häiriöistä, joita muun muassa vyötärölihavuuteen liittyvä runsas vatsaonteloon ja maksaan kertynyt rasva aiheuttaa. Lihavuus nostaa riskiä sairastua moniin eri sairauksiin ja merkittävimpiä näistä ovat tyypin 2 diabetes ja sydän- ja verisuonisairaudet. (Ojaniemi M. 2017.) Lihavuus aiheuttaa myös uniapneaoireyhtymää, veren rasvojen häiriöitä, sepelvaltimotautia, kihtiä, sappikiviä, hedelmättömyyttä, useita syöpäsairauksia sekä polvien nivelrikkoa (Juonala ym. 2012). Keski-ikässä sairastuminen tyypin 2 diabetekseen normaalipainoisiin verrattuna on yli kymmenkertainen silloin kun ylipainoa on 12–15 kiloa tai enemmän, tai painoindeksin ollessa yli 30. Samanasteinen ylipaino lisää riskiä kolminkertaiseksi sairastua verenpainetautiin ja polvien nivelrikkoon. (Kataja ym. 2016.) Lihavuus lisää myös riskiä sairastua syöpään. (WHO 2016).

Lihavuuden Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan masennus on 4–5 kertaisesti yleisempää obeesiteetista kärsivillä, kuin normaalipainoisella. Mitä vaikeampi obeesiteetti on kyseessä, sitä suuremmaksi masennuksen mahdollisuus kasvaa. Myös masennus 1,6 kertaistaa lihavuuden riskin 15 eurooppalaisen ja yhdysvaltalaisen pitkittäistutkimuksen käsittäneen meta-analyysin mukaan. Suomalaisen aineiston (Hervan 2007) väitöskirjatutkimuksen mukaan nuoruusiän lihavuus lisäsi masennusriskiä sekä miehillä että naisilla nuorena aikuisiässä. (Mykkänen E. 2015.)

Lasten lihavuus aiheuttaa samoja sairauksia kuin aikuisilla, yleisimmin aineenvaihdunnan häiriöitä (Juonala ym. 2012). Useissa poikkileikkaustutkimuksissa on todettu, että lihavilla lapsilla ja nuorilla metabolisen oireyhtymän komponenttien (insuliiniresistenssi, hypertensio, dyslipidemia, poikkeava sokeriaineenvaihdunta) esiintyvyys on lisääntynyt (Juonala ym. 2008). Jo 10-vuotiailla lapsilla voidaan todeta tyypin 2 diabetes. Ylipaino nuoruusiässä lisäävät aikuisiän metabolisen oireyhtymän riskiä yhdessä korkean triglyseridi-, insuliini- ja CRP-pitoisuuden kanssa. (Juonala ym. 2012.) Lasten lihavuuteen liittyy useita psykososiaalisia ongelmia kuten mielialan- ja itsetunnon laskua, syrjäytymistä ja kiusaamista (Terveyskirjasto 2016). Esimerkiksi lihavat lapset saattavat kokea enemmän syrjintää ja kiusaamista kuin normaalipainoiset lapset (Mäkinen M. 2015).

2.1 Lasten obesiteetti

Lasten ja nuorten lihavuus on yleistynyt viime vuosikymmenten aikana huomattavasti Suomessa ja muualla maailmassa (Mäki P. ym. 2010). Vuonna 2015 lasten lihavuusluvut olivat Kiinassa ja Intiassa maailman tilastojen kärkeä (The new England journal of medicine 2017). Lasten ylipainoisuus maaseudulla on yleisempää kuin taajamissa. Lihavuuteen johtava painonnousu voidaan havaita jo 2–3 vuoden iässä (THL 2017). Lapsuusiän ylipaino ja lihavuus lisäävät riskiä lihavuuteen aikuisiässä (PMC 2000). Lasten painoa on tärkeää seurata, koska lihavuuden ehkäisy on helpompaa kuin lihavuuden hoito (Komulainen ym. 2012). Lihavuuden ehkäisy on hyvin tärkeää, koska lapset ovat yhtäläillä vaarassa sairastua lihavuuteen liittyviin liitännäissairauksiin siinä missä aikuisetkin (Terveyskirjasto 2017).

Neuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa tuleekin kiinnittää huomiota koko perheen elintapoihin jo hyvin aikaisessa vaiheessa. Erityisesti sosiaalisesti huonommassa asemassa olevien lasten terveellisiin ravitsemus- ja liikuntatottumuksiin tulee pyrkiä löytämään keinoja. Koko perheen hyvinvointia korostetaan neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuoltoa koskevassa asetuksessa (VNA 338/2011). Varsinkin laajoissa terveystarkastuksissa tulee huomioida koko perhe (THL 2012).

Koulutus vaikuttaa ylipainoon suotuisasti. Korkeammin koulutetut äidit ovat harvemmin ylipainoisia, kuin vähemmän koulutetut äidit. (THL 2012.) Vanhempien sosioekonomisella asemalla on vaikutusta myös lasten ylipainoisuuteen ja on havaittu ylipainoisuuden olevan yleisempää vähemmän koulutusta saaneiden vanhempien lapsilla (Terveyskirjasto 2017). Lapsen ylipainon hoidossa perheiden sosiaalisten ongelmien vähäisyys ennustaa painon alenemisen tavallista parempaa pysymistä (Käypä hoito 2017).

Perimä on yksi lihavuuteen vaikuttavista tekijöistä. Lihavuudelle altistavat yksittäiset geenimuutokset ovat harvinaisia, mutta mahdollisia. (Terveyskirjasto 2017.) Ylipainoisten vanhempien lapset ovat useammin ylipainoisia, kuin lapset joiden vanhemmat eivät ole ylipainoisia (THL 2012). Odottavan äidin lihavuus altistaa lapsen myöhemmälle lihavuudelle (Kolu ym. 2017). Äidin tupakointi raskauden aikana, vanhempien terveystyötyminen ennen ja jälkeen lapsen syntymän, vanhempien lihoaminen lapsen syntymän jälkeen sekä vanhempien vähäinen liikkuminen ja syömiskäyttäytyminen ovat riskitekijöitä lapsen lihavuudelle. Imeväisiän ravitsemus on yhteydessä lapsuusiän lihavuuteen. Lapsen ravinnon saannin korvaaminen korvikerualla verrattuna rintaruokintaan lisää lapsen ylipainon riskiä lapsuusiässä. Varhainen lisäruokien käytön aloittaminen saattaa olla yhteydessä suurentuneeseen painoindeksiin aikuisiässä. (Terveyskirjasto 2017.)

Sokeripitoisten juomien, napostelun ja pikaruokien tiheä, päivittäinen käyttö sekä liikkumattomuus lisäävät ylipainon riskiä lapsuus- ja nuoruusiässä. Tutkimuksia on tehty lasten

ja nuorten televisionkatselun vaikutuksesta ylipainoon. (Terveyskirjasto 2017.) Myös lapsen univaje lisää ylipainon riskiä (WHO 2017b). Lähes koskaan kasvuikäistä lihavaa lasta ei laihduteta, vaan tavoitteena on painon tasaantuminen pituuskasvun lisääntyessä. Lapsilla ei käytetä laihdutusdieettejä, vaan kalorien saantia vähennetään ruuasta ja juomasta sopivasti. Tärkeää on, että koko perhe syö samaa ruokaa. Lisäksi lasta ohjataan lisäämään liikumista ja vähentämään istuvia harrastuksia. Lapsen painosta ei tulisi puhua jatkuvasti, koska se voi myöhemmin aiheuttaa häiriintynyttä suhtautumista ruokaan ja minäkuvaan. (Terveyskirjasto 2017.)

2.2 Lasten obesiteetin määrittäminen

Lasten ja nuorten lihavuutta voidaan arvioida pituuspainon, painoindeksin ja mittanauhan avulla. Lapsilla tapahtuu muutoksia iän myötä. Näitä ovat esimerkiksi kehon rasvan määrä ja sen myötä BMI:n arvot. Tyttöjen ja poikien kehossa tapahtuvat muutokset ovat erilaisia verrattaen toisiinsa. Pelkän BMI-arvon perusteella on vaikea arvioida mahdollista painon poikkeavuutta, koska lapsen BMI muuttuu iän myötä, vaan se tuleekin arvioida painoindeksikäyrästä. (WHO 2017.)

Lapsen ylipainoa tai lihavuutta voi arvioida määrittämällä lapsen pituuspainon. Pituuspainolla tarkoitetaan lapsen painoa suhteessa muihin samaa sukupuolta ja samanpituisten lasten keskipainoon. Alle kouluikäisen painon ollessa 10–20 % yli pituuden mukaisen keskipainon, määritellään lapsi ylipainoiseksi. Jos pituuspaino on enemmän kuin 20 %, määritellään lapsi lihavaksi. Kouluikäisillä painon vaihtelu on suurempaa, ja lapsi määritellään lihavaksi, jos lapsen pituuspaino on yli 40 %. (Terveyskirjasto 2012.)

Lasten painoindeksi (ISO-BMI) ottaa pituuden ja painon lisäksi huomioon lapsen iän. Painoindeksilaskuriin syötetään lapsen paino ja pituus sekä näiden lisäksi lapsen syntymäaika ja punnitsemispäivämäärä. Niiden tietojen pohjalta laskuri muuttaa lapsen painoindeksin aikuista vastaavaksi. (Vuorela ym. 2016.) Sen ansiosta aikuisten samoja raja-arvoja voidaan käyttää myös lapsilla. Lasten painoindeksilaskuria käytetään 2–18 vuotiailla. Lasten painoa arvioidaan myös mittanauhalla. Vyötärön ympäryksen mitta jaetaan lapsen pituudella. Jos tulos on yli 0,50, on lapsella liikaa painoa. (Terveyskirjasto 2017.) Vyötärön ympäryys mittaa keskivartalolihavuutta. Se kertoo vatsaonteloon kertyneen viskeraalisen rasvan määrää ja sen aiheuttamaa riskitekijöiden astetta insuliiniresistenssiin ja valtimotautiin. (Venäläinen T. 2017)

2.3 Lapsipotilas

Lastensuojelulain (2007/417) mukaan jokainen alle 18 vuotias on lapsi (Lastensuojelulaki 2007). Alle 16 vuotiaat lapset ja nuoret hoidetaan lastentautien vastaanotoilla (HUS).

Lapselle kerrotaan hoidosta rehellisesti. Hoidossa korostuvat ikä- ja kehitystason huomioiminen. Tavalliset sanat, kuten leikkaus, voivat pelottaa lasta, joten mielikuvituksen käyttäminen yleisesti lapsen ohjauksessa on tärkeää lievittämään lapsen pelkoa. Vanhemmat ovat lapsen tärkein turva, joten perheen tiivis mukanaolo hoidossa on tärkeää. Tärkeää on luoda vanhempiin luottamuksellinen ja turvallinen vuorovaikutussuhde, koska vanhempien omat tunteet ja pelot vaikuttavat lapsen hoitoon. (Puustinen M. 2013.)

Hoitajaa ohjaa lastensuojelulaki (2007/417) lapsen hoitoon liittyvissä asioissa. Hoitoprosessin aikana lasta tulee kuulla ja hänen mielipiteensä tulee ottaa huomioon. Suomessa on katsottu, että terveydenhuollossa suoritetuista toimenpiteistä 12-vuotias pystyy muodostamaan mielipiteen. Lapsen mielipide voidaan jättää selvittämättä vain, jos se vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä. (Lastensuojelulaki 2007/417 § 20.)

3 Obesiteettiin liittyvä hoidollinen ohjaus

Painonhallinnassa tukevat asiakaslähtöiset toimintatavat, kuten motivoiva haastattelu. Asiakaslähtöiset toimintatavat perustuvat ammattilaisen ja potilaan väliseen yhteistyöhön, jonka avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan potilaan motivaatiota elämäntapamuutokseen. Motivoiva eli asiakaskeskeinen haastattelu kehitettiin alun perin erilaisten riippuvuuksien hoitoon, mutta se sopii käytettäväksi myös silloin, kun tarvitaan muutoksia potilaan elämäntapoihin. Motivoivan työskentelytavan keskeisiä asioita ovat potilaan ja hänen perheensä kuunteleminen sekä oman vastuun ja valinnanvapauden korostaminen jossa vältetään suostuttelua, väittelyä sekä vastakkainasettelua. (Anglé S. 2012b.)

Lapsen lihavuuden hoidossa on ensiarvoisen tärkeää, että lapsi ja koko perhe ovat motivoituneita ja halukkaita hoitoon. Ensisijaisesti on tärkeää luoda hyvä yhteistyö asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen avulla. Hyvä yhteistyö edistää hoitohalukkuutta ja ammattilaisten antama tuki ja myönteinen ote auttavat lasten vanhempia jatkamaan hoitoa. Vanhempien aktiivinen mukanaolo on avaintekijä hoidon etenemisessä ja onnistumisessa. (Anglé S. 2012b.) Hyvä perehtyminen lapsen terveydentilaan ja koko perheen elämään luovat pohjan elämäntapamuutoksiin perustuvalla lihavuuden hoidolle. Lasten lihavuuden hoidon tulee olla motivaatiota herättävää, kannustaa pitkäjänteisyyteen, edetä pienin askelin, sisältää sekä ravitsemus- että liikuntaohjausta, olla riittävän pitkäkestoista sekä huomioida lasta, nuorta ja perhettä kokonaisvaltaisesti. (Kataja ym. 2016.)

Hoitoon osallistuvilla ammattihenkilöillä tulee olla riittävästi osaamista painonhallintaa edistävästä elintavoista. Hoidon pääperiaate onkin edistää pysyviä elintapamuutoksia pitkällä aikavälillä. Kannustava asenne on todettu olevan tärkeää. Muutosmotivaatiota ja sitä herätteleviä menetelmiä voidaan käyttää työkaluina ja näitä menetelmiä voidaan toistaa hoidon seu-

rannassa. ”Muutosmotivaatiomittarit” on tehty vanhemmille sekä lapselle. Voimavarakeskeisessä ohjauksessa keskitytään lapsen vahvuuksiin. Lisäksi syvennytään pienten muutosten huomaamiseen ja niistä kiittämiseen sekä syömisen joustavuuteen ja vaihtoehtojen tarjoamiseen. (Väisänen H. ym 2013.)

Ammattihenkilön on tärkeää tunnistaa perheen omat voimavarat, valmiudet ja tarpeet ja huomioida ne hoitosuunnitelmaa tehdessä yhdessä perheen kanssa. Ensisijaisia tavoitteita ovat pysyvät muutokset ruokatottumuksiin, fyysiseen aktiivisuuteen ja ruutu-aikaan sekä riittävän levon turvaaminen ja lapsen terveys ja hyvinvointi. Lihavuuden lisäsairauksien välttäminen ja yksilöllinen painotavoite ovat toissijaisia tavoitteita. Hoitoa voidaan toteuttaa ryhmähoitona, yksilöhoitona tai niiden yhdistelmänä. (WHO 2017b.)

Kun elintapoihin kohdistunut asiantunteva hoito ei ole tuottanut tulosta, voi lääkehoito tulla kyseeseen. Leikkaushoitoa voidaan harkita, jos kyseessä on erittäin vaikea lihavuus nuorella, jonka kasvu on päättynyt. Ensisijainen hoito lasten obesiteetissa on aina ohjaus. (Weiler R. 2009.)

3.1 Perheiden ravitsemus- ja liikuntaohjaus

Ravitsemus- ja liikuntaohjaukseen painottuneet kouluinterventiot lisäsivät tutkimusten mukaan terveyttä edistäviä ruokatottumuksia, mutta niiden vaikutus lasten lihomiseen on silti vähäinen. Ruokavalion laadun kohentaminen on ollut ravitsemusohjauksen tavoitteena ja päivittäisen liikunnan lisääminen sekä ruutuajan vähentäminen on ollut liikuntaohjauksen tavoitteena. Kotona, koulussa tai terveydenhuollossa toteutetut ehkäisyinterventiot ovat systemaattisten katsauksien mukaan lisänneet terveyttä edistävien ruokatottumusten omaksumista, mutta eivät ole vaikuttaneet painoindeksiin. Alle 5-vuotiaiden lasten vanhempiin ja hoitajiin kohdistuneet ehkäisyinterventiot päivähoitossa tai kotona, saattavat edistää elintapojen muutosta. (Väisänen H. ym. 2013.)

Lapsiin ja heidän vanhempiinsa kohdistettu ravitsemusohjaus saattaa ehkäistä lasten lihomista. Pääperiaate hoidossa on käyttäytymisen muutosta tukevin menetelmin edistää pysyviä elintapamuutoksia. Ei ole osoitettu, että mikään yksittäinen hoitomuoto olisi muita vaikuttavampi. (Routasalo P. ym. 2009.) Elintapahoidon onnistumiseen näyttävät vaikuttavan ohjausmenetelmä, menetelmän kesto ja kohderyhmä. Perheiden ohjauksessa käytetään vakiintuneita käyttäytymisen muutosta tukevia menetelmiä, jossa asetetaan muutostavoitteita, syömisikäyttäytymisen havainnointia ja onnistuneita palkitsemismuotoja. Tärkeintä on muuttaa ympäristö painonhallintaa helpottavammaksi. (Käypä hoito 2012b.) Pyritään vähentämään ajanviettotapoja jotka passivoivat, kuten television katselu ja tietokonepelien pelaaminen. (Lihavuus (lapset)-työryhmä 2012d).

Vanhemmat vaikuttavat keskeisesti lastensa ruoka- ja liikuntatottumuksiin, koska he vastaavat perheensä ruokataloudesta, kuten ruokaostoksista, ruoanvalmistusmenetelmistä, välipalojen saatavuudesta ja ruokailun järjestämisestä. Vanhemmat toimivat ruokavalintojen ja syömisikäytymisen mallina. Ruokailutilanteiden miellyttävyys ja kannustava ilmapiiri, perheen yhteiset ateriat, lasten oma valinnanvapaus ruoka-annosten koosta, useat maistamiskerrat, välttämistä ruuan käyttämistä palkintona sekä vanhempien oma ravitsemustietämys edistävät lasten omaa terveellistä ruokailukäyttäytymistä. (Väisänen H. ym. 2013.) Pienten lasten lihavuuden hoidossa ja sen ehkäisyssä on paneuduttava vanhempien ohjaukseen. Hoidon kohdentaminen vanhempiin saattaa lisätä lasten lihavuuden hoidon vaikuttavuutta. (Anglé S. 2012.)

Koulu- ja yhteisötasolla vaikuttavia interventioita ei ole toistaiseksi onnistuttu kehittämään ja kouluissa toteuttujen lasten lihavuuden ehkäisyinterventioiden vaikuttavuus lasten painoon on jäänyt vähäiseksi. Kuitenkin intervention kestolla on vaikutusta lihavuuden ehkäisyssä: kouluinterventiot jotka kestävät yli vuoden, voivat ainakin lyhytaikaisesti vähentää lasten ylipainon kehittymistä. (Käypä Hoito 2012a.)

Englannissa toteutetussa puoli vuotta kestäneessä ravitsemus- ja käyttäytymisen muutosta edistävää ohjausta sekä liikuntaa sisältävässä MEND-ohjelmassa selvisi, että hoito-ohjelman onnistuminen edellyttää, että ohjelman kesto on riittävän pitkä ja lapset perheineen saadaan osallistumaan aktiivisesti hoitoon. Moniammatillisessa ravitsemus- ja liikuntaohjelmassa, jossa panostetaan käyttäytymisen muutoksia edistävän ohjauksen lisäksi myös perheen ja lapsen hyvinvointiin, voidaan pitkäaikaistuloksia saavuttaa. (Käypä hoito 2012c.) Systemaattisten katsausten perusteella intervention tulisi olla intensiteetiltään vähintään kohtalainen (26–27 tunnin pituinen) ja kestää vähintään puoli vuotta (Käypä hoito 2017). Meta-analyysin tarkastelun tuloksena yksinomaan lapsiin kohdennettu hoito ei ole yhtä tehokasta kuin lihaviin lasten vanhempiin kohdistetut interventiot. Jotta perhe saataisiin sitoutumaan hoitoon, on ammattihenkilökunnan panostettava ohjaukseen. (Käypä hoito 2012c.)

3.2 Motivoiva haastattelu ohjauksen tukena

Motivoiva toimintatapa eli motivoiva haastattelu perustuu William R. Millerin ja Stephen Rollnickin kehittämään motivoivaan keskusteluun sekä James Prochaskan ja Carlo DiClementen määrittelemään transteoreettiseen muutosvaihemalliin (Päihdelinkki 2017). Transteoreettiseen muutosvaihe malliin kuuluu esiharkinta, harkinta, valmistelu ja ylläpito (Marttila J. 2010). Potilaskeskeinen ohjausmenetelmä motivoiva haastattelu on ammattilaisen ja potilaan väliseen yhteistyöhön perustuva. Menetelmän avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan potilaan motivaatiota elämäntapamuutokseen. Motivoiva haastattelu on kehitetty alun perin erilaisten riippuvuuksien hoitoon, mutta kun tarvitaan muutoksia muille potilaan elämäntapamuutoksille se sopii myös käytettäväksi. Motivoiva haastattelu on hyödynnettävissä muissakin neuvonta- ja

ohjaustilanteessa, kuten terveyden edistämässä, elämäntapamuutoksissa, sairauden itsehoidossa ja lääkehoidossa. (Päihdelinkki 2017.)

Motivoiva haastattelu on hyväksytty myös Käypä hoito -suositukseen ja siitä ja sen soveltamisesta on tehty lukuisia satunnaistettuja tuloksellisuustutkimuksia (Päihdelinkki 2017). Motivoiva haastattelu on useiden katsausten ja meta-analyyysien mukaan tulokellinen menetelmä päihdeongelmien hoidossa (Terveyskirjasto 2010). Motivoivan haastattelun tehokkuudesta kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa on saavutettu lyhyemmässä ajassa yhtä hyviä tuloksia, kuin esimerkiksi kognitiivisen terapiahoidon kaltaisella pitkäkestoisemmalla menetelmällä. Motivoivalla haastattelumenetelmällä on todettu parantavan potilaiden aktiivisuutta ja hoidossa pysymistä. Siten on saatu pysyvämpiä hoitotuloksia. (Lahti J. ym. 2013.)

Motivoivan haastattelun käyttämisellä on tutkimuksen perusteella selkeää hyötyä lihavuuden puheeksiottamiseen ja menetelmän käytöllä on positiivista vaikutusta lapsen painoon. Tutkimuksen mukaan positiiviset vaikutukset tehostuvat hoitajan käyttäessä näyttöön perustuvaa elintapaohjausta motivoivan haastattelun rinnalla. (Blizzard 2011.)

Motivoivan haastattelun tavoitteena ei ole keskittyä vain ongelmiin. Motivoivan haastattelun tarkoitus on pyrkiä löytämään ja ottamaan käyttöön sekä vahvistamaan potilaan omia voimavaroja ja löytää tarkoituksenmukaisempia toimintamuotoja yhteisten asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Kautiainen ym. 2010.) Ihmisillä on lähtökohtaisesti motivaatio noudattaa terveellisiä elämäntapoja. Terveiden elämäntapojen toteuttaminen ei kuitenkaan ole yksiselitteistä ja niitä voi olla vaikea toteuttaa. (Järvinen M. 2014.)

Taitavalla kommunikaatiolla ihmisen motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa ja vahvistaa. Motivaatio voidaan myös tuhota. Käskeminen, suora kehoitus, suostuttelu ja taivuttelu ja holhoava lähestymistapa eivät kuulu motivoivaan haastatteluun. Yksi keskeisimmistä periaatteista motivoivassa haastattelussa on empatian osoittaminen. Potilaan täytyy saada kokemus siitä, että hoitaja on aidosti kiinnostunut hänen asiastaan. Toinen tärkeä osa on potilaan itsetuottamuksen ja omien voimavarojen löytäminen sekä vahvistaminen. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota pieniinkin edistysaskeleisiin. Kolmas asia on saada potilas itse puhumaan ja tuomaan itse esille nykyisen ja tavoiteltavan asian ristiriita. Neljäs tärkeä asia on vältellä joutumasta väittelytilanteeseen potilaan kanssa ja välttämästä provosoitumasta itse tai provosoimasta potilasta. (Järvinen M. 2014.)

Motivoivassa haastattelussa voidaan kiinnostuksen osoittamisessa äänellä hyväksyvästi potilaan kertoessa asiaansa, pitää katsekontakti ja kuunnella tarkkaavaisesti. Tarkoituksena on käyttää hyödyksi refleктоivaa eli heijastavaa kuuntelua, johon kuuluu yhteenvedojen tekoa potilaan kertomasta. Tämä välittää potilaalle, että häntä on todella kuunneltu. Tulee esittää

avoimia kysymyksiä, jossa saadaan potilas ajattelemaan itse aktiivisesti. Tavoitteena on saada potilas olemaan enemmän äänessä kuin hoitaja. Jos vastaanoton päätyttyä potilaalla on mielessään suunnitelma elämäntapamuutokseen ryhtymisestä voidaan motivoivaa haastattelua pitää onnistuneena. Potilaat motivoituvat eri tahdissa, eikä motivoitumista voi kiirehtiä. (Järvinen M. 2014.)

Motivoivan haastattelun onnistuvuuteen vaikuttavat myös hoitajan omat arvot ja aatteet sekä kiireettömyys. Motivoiva haastattelu vaatii hoitajalta paljon aitoa kiinnostusta, jotta potilaan motivointi onnistuu. Motivoivan toimintatavan tiedollinen ja taidollinen oppiminen sekä hallinta edellyttävät motivaatioprosessin luonteen ja rakentavan vuorovaikutuksen ymmärtämistä ja työntekijän jatkuvaa itsearviointia, koulutusta ja työnohjausta. Tarkoitus on saada asiakas kertomaan merkityksellisistä asioista ja työntekijä puolestaan nostaa keskusteluun muutoksen kannalta tärkeitä seikkoja. (Angle S. 2010.) Motivoivaan haastatteluun on saatavilla paljon koulutuksia. Motivoivan haastattelun haasteellisuuden ja oppimisen vuoksi on viimeisten 10 vuoden aikana pyritty erityisesti selvittämään, mihin menetelmän vaikutus varsinaisesti perustuu. Huomattiin, että empaattisuus työntekijän yksittäisenä ominaisuutena vähensi potilaan vastustusta työntekijää kohtaan ja vaikutti pitkään positiivisesti hoitotuloksiin (Miller ja Rollnick 1991). (Lahti J. ym. 2013.)

4 Perheiden tukeminen lapsen obesiteetin hoidossa

Jotta lapsen obesiteetin hoito onnistuu, tulee sekä lapsen että koko perheen olla sitoutuneita sen hoitoon. Tärkeintä on hyvä yhteistyö, jossa vuorovaikutus on asiakaslähtöistä. Tämä edistää hoitohalukkuutta ja ammattilaisen antama tuki auttaa vanhempia jatkamaan hoitoa. Hoitoon osallistuvilla ammattilaisilla tulee olla kannustavan asenteen lisäksi riittävästi osaamista painonhallintaa edistävästä elintavoista ja käyttäytymisen muutosmenetelmistä. (Routasalo P. ym. 2009.)

Obesiteetin hoito on asiakaslähtöistä, perhekeskeistä ja pitkäkestoista. Lähtökohtana on selvittää yhdessä keskustellen perheen kanssa perheen elämäntilannetta ja voimavaroja. Perheen näkemykset elintapamuutosten tarpeesta ja mahdollisuuksista tulee huomioida. Yhdessä perheen kanssa asetetaan hoidolle lyhyen ja pitkän ajan tavoitteet. Tavoitteisiin vaikuttavat lapsen ikä, lihavuuden aste ja lihavuuden aiheuttamat riskit ja haitat sekä perheen valmiudet ja voimavarat. (Luokkanen S. ym. 2012.)

Tutkimusten mukaan vanhempien motivoitumista ylipainoisen ja lihavan lapsen elintapojen muutokseen edisti elintapaohjaus, jossa ilmaistaan selkeästi ylipainoon liittyvät terveysriskit. Vanhempia motivoi myös ammattihenkilöiltä tullut positiivinen palaute, muilta perheiltä saatu vertaistuki ja elintapamuutosten tuomat hyödyt. (Väisänen H. ym. 2013.)

5 Työelämäkumppani

Tämän opinnäytetyön työelämäkumppanina toimi HUS-organisaatio, Lasten ajanvarauspoliklinikka. HUS:n lastentautien vastaanotoilla hoidetaan alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria, jotka tarvitsevat erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja. Poliklinikan toimintaan kuuluvat sairauden diagnoosin määrittämisen, hoidon ja seurannan lisäksi lapsen ja nuoren kasvun, kehityksen ja omatoimisuuden tukeminen sekä vanhempien ohjaaminen. Vastaanotoille tullaan lääkärin lähetteellä. (Lastentautien vastaanotot, HUS.)

”Hus on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä, jonka tehtävänä on tuottaa sen jäsenkunnille ja niiden asukkaille tarpeellisia erikossairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja. HUS:issa hoidetaan vuosittain noin 500 000 potilasta. HUS:issa työskentelee yli 22 000 sairaanhoidon ammattilaista.” (HUS)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kuvaus siitä, miten obesiteettilasten ohjaukseen voitaisiin kehittää lasten ajanvarauspoliklinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää obesiteettilasten ohjaukseen lasten ajanvarauspoliklinikalla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys:

Miten obesiteettilasten ja heidän perheidensä ohjaukseen voidaan kehittää?

7 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

7.1 Laadullinen tutkimuksellinen lähestymistapa

Laadullisella aineistolla tarkoitetaan aineistoa, joka on ulkoasultaan tekstiä. Teksti voi olla syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta, se voi pohjautua esimerkiksi erimuotoisiin haastatteluihin tai havainnoiteihin, henkilökohtaisiin päiväkirjoihin, omaelämäkertoihin tai kirjeisiin, kuvallisiin tai kirjallisiin aineistoihin tai äänimateriaaleihin. Laadullisessa tutkimuksessa parhaimmillaan tuotettu tutkimussuunnitelma elää tutkimushankkeen mukana. (Kylmä & Juvakka 2007, 13–29.)

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on usein induktiivisuus. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä, jossa tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään lopuksi laajemmaksi kokonaisuudeksi. Induktiivinen päättely etenee vaihe vaiheelta yksittäistapauksesta yleiseen. Tavoitteena on osallistujien näkökulmien ymmärtäminen. Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on todellisuus ja tutkimuksesta esiin tuleva tieto osallistuvien ihmisten näkökulmasta. Laadullinen tutkimus perustuu tutkittavan ilmiön laatuun eikä sen määrään. Tutkimusta ohjaavat kysymykset mitä, miksi ja miten. Tutkimusprosessille luonteenomaista on

tutkimustehtävien laajuus alussa, jotka tarkentuvat tutkimuksen edetessä. Tutkimukseen osallistujat valitaan tutkimuksen tarkoituksenmukaisuuden perusteella, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on mahdollisimman rikkaan ja syvän aineiston kerääminen. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän, yksikin osallistuja riittää laadulliseen tutkimukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 13–29.)

Opinnäytetyön tutkimuksellinen lähestymistapa oli laadullinen. Laadullinen tutkimus sopii parhaiten tämän opinnäytetyön tutkimusilmiöön ja tutkimusongelman kuvaamiseen sekä tutkimiseen, sillä se tutkii ihmisten kokemuksia, tulkintoja, käsityksiä, motivaatiota ja näkemyksiä. Lähestymistapa kytkeytyy ihmisten asenteisiin ja uskomuksiin. Opinnäytetyössä asiaa tutkittiin obesiteettihoitajien, eli tämän tutkielman aihepiirin asiantuntijoiden, näkökulmia.

7.2 Aineistonkeruumenetelmä

Laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä usealla eri menetelmällä esimerkiksi videoimalla, havainnoimalla ja haastatteleamalla. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätäänkin mahdollisimman avoimin menetelmin. (Juvakka & Kylmä 2007, 16.) Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä ei ole määritelty. Kysymykset ovat usein avoimia. Puolistrukturoitu haastattelu tarjoaa huomattavaa joustavuutta haastattelutilanteessa kummallekin osapuolelle. Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikille haastateltaville esitetään samat kysymykset samassa järjestyksessä. (Eskola & Suoranta 1998, 86–88.)

Laadulliselle aineistonkeruumenetelmälle on ominaista läheinen kontakti tutkimukseen osallistujiin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijän rooli on aktiivinen osallistuja, jossa sekä tutkimuksen tekijä että osallistuja vaikuttavat toisiinsa. Laadullisen tutkimuksen luonne on kontekstisidonnaista. (Juvakka & Kylmä 2007, 26–29.)

Opinnäytetyössä käytettiin aineistonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tämä menetelmä valittiin, koska tutkimusilmiötä haluttiin tarkastella mahdollisimman laajasti ja saada laadullisia tuloksia tarkasteltavaksi. Haastatteluja varten haettiin tutkimuslupa ja se myönnettiin elokuussa 2017. Haastateltavia oli kaksi ja he molemmat toimivat obesiteettihoitajina lasten ajanvarauspoliklinikalla. Haastattelut tehtiin erikseen. Haastateltavia tiedotettiin saatekirjeen muodossa ennen haastatteluja. (Liite 1)

Aineisto kerättiin käyttämällä Laurea-ammattikorkeakoulun ääninauhuria ja äänitiedostot säilytettiin tutkimusyksikössä. Litterointi toteutettiin kuitenkin oppilaitoksen tiloissa, jolloin äänitiedostot otettiin hetkeksi säilytyksestä pois. Aineiston hävittämisestä opinnäytetyön päätyttyä sovittiin etukäteen yksikön vastuuhenkilön kanssa.

Haastattelukysymykset luotiin lasten ajanvarauspoliklinikka harjoittelussa saamien kokemusten perusteella sekä hoitotyön koulutusohjelmassa saamien tietojen perusteella. (Liite 2)

Teemahaastattelua ohjaavat kysymykset:

1. Miten toteutate tuloksellista ohjausta?
2. Millaisia työkaluja kaipaisitte ohjauksen tueksi?
3. Millaisia resursseja teillä on toteuttaa ohjauksen?
4. Miten ohjauksen voisi tehostaa?
5. Miten suhtaudut, jos HUS:in alueella olisi yhtenäinen toimintamalli ohjauksen tukena? Perustelua miksi olisi, tai ei olisi.
6. Omia konkreettisia kehitysideoita ohjaukselle?

7.3 Aineiston analyysimenetelmä

Aineiston analysointitavaksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysia käyttämällä pystytään analysoimaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja voidaan tarkastella tapahtumien yhteyksiä, merkityksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysin menetelmän tarkoituksena on nostaa esille tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita ja tiivistää kerättyä aineistoa, jotta voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tutkittavaa ilmiötä. Analysoitaessa tutkimusaineistoa olennainen asia on, että siitä erotetaan erilaisuudet ja samanlaisuudet. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001 21–23.) Sisällönanalyysi tehdään joko aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti. Induktiivisissa analyysissa teoreettiset käsitteet tulevat kerätyksestä aineistosta eikä entuudesta laaditusta teorian tiedosta. (Kananen 2008 91–94.) Aineiston analyysi on induktiivinen, kun lähtökohdaksi on aineisto, jonka tuloksena on kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Juvakka & Kylmä 2007, 22.)

Haastateltavan äänenpainotuksilla ja muilla puheilmaisuun liittyvillä tekijöillä voi olla merkitystä, jolloin ne merkitään myös tekstiin (Ahonen ym. 1994, 163). Litteroinnin jälkeen koko aineisto kerätään yhteen (Kananen 2014, 101).

Sisällönanalyysiin kuuluu pääasiassa kolme eri vaihetta, joista ensimmäinen on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Merkittävää on työstää aineiston käsittelyä erilaiseen muotoon analysoinnin helpottamiseksi, koska usein laadullisessa tutkimuksessa aineiston käsittely sellaiseen on haastavaa runsaan materiaalin vuoksi. (Kananen 2008, 94.) Analyysiyksiköksi valittiin lausemuodostelma aineiston perusteella. Litteroitu materiaali tiivistettiin aineistokoodauksen avulla, mikä on yksi pelkistämisen keinoista. (Ahonen ym. 1994, 163–164.)

Luokittelu on inhimillisen ajattelun perustoiminto. Tutkija muodostaa yksinkertaistettuja kognitiivisia karttoja ja pyrkii löytämään aineistosta sen eri ulottuvuuksia ja käsitteellisiä kerroksia. Koodausjärjestelemän muodostaminen edellyttää tutkijoilta teoreettisia ennako-oletuksia, että koodaus tukisi tutkittavaa ilmiötä. Koodauksen avulla syntyneitä luokituksia voidaan käyttää apuvälineinä ja niitä arvioitava tutkittavasta ilmiöstä saatavan tuloksen perusteella. Tutkija lukee ja tulkitsee aineistoa useita kertoja, jonka jälkeen hän koodaa lukemansa tekstin eli määrittää käsitteellisiä luokkia. Strauss (1989) esittää koodausparadigman, joka ei ole vain kategorioiden keksimistä ja nimeämistä, vaan kategoriaan läheisesti liittyvien alakategorioiden verkoston hahmottamista. (Ahonen ym. 1994, 163–164.) Laadullisen aineiston sisältö ei saa köyhtyä koodauksen myötä, mutta muuten jokainen tutkija voi itse luoda oman koodaustavan (Kananen 2014, 104).

Aineistolähtöiseen analyysiin päädyttiin, koska tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uusia kehitysideoita obesiteettihoitajia haastatteleamalla. Nauhoitetun haastatteluaineiston kerättyä aloitettiin aineiston analysointi litteroinnilla, mikä tarkoittaa haastattelun purkamista kirjoitetuksi tekstiksi. Haastatteluiden sisältö purettiin sanatarkasti tekstinkäsittelyohjelmaan yksi haastattelu kerrallaan. Aineisto luettiin ensin useaan kertaan läpi, näin alkoi hahmottua aineiston keskeiset elementit.

Litteroinnin jälkeen tekstinkäsittelyohjelmaan kirjoitettiin kaikki tutkimuskysymykset. Jokaisen tutkimuskysymyksen alle liitettiin kummastakin haastattelusta alkuperäisilmaisut. Tämän jälkeen pelkistettiin lausemuodostelmat helpommin käsiteltäväksi (taulukko 1). Alkuperäisilmaisuja ja pelkistettyjä lausemuodostelmia tuli yhteensä 88 kappaletta.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
”Lähdetään motivoimaan silleen positiivisen kautta niissä asioissa missä on onnistuttu ja sitten tähdätään tavoitteisiin.”	Positiivinen kannustaminen.

Taulukko 1: Esimerkki alkuperäisilmaisun pelkistämisestä

Seuraava vaihe sisällönanalyysissa on klusterointi, jonka tarkoituksena on löytää koodatusta aineistosta ryhmittelemällä samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaisista käsitteistä luodaan oma luokka, joka nimetään yhdistävällä tekijällä. (Kananen 2008, 94.) Koodatuista käsitteistä on tarkoitus muodostaa looginen kokonaisuus pitäen mielessä tutkimuskysymykset (Kananen 2014, 113–114). Pelkistyksistä muodostettiin lopulta 10 alaluokkaa (taulukko 2).

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka

Kirjallisen materiaalin kehittäminen Mukaanannettava valmis materiaali Ohjauskäynnille valmistava materiaali	Ohjauskäyntien kirjalliseen materiaaliin liittyvä tekijä
--	--

Taulukko 2: Esimerkki luokittelusta

Klusteroinnin jälkeen seuraava vaihe on abstrahointi. Abstrahoinnissa käsitteet luodaan erottamalla oleellinen tieto epäolennaisesta tiedosta ja luotuja luokituksia yhdistellään laajemmiksi käsitteiksi. (Kananen 2008, 94.) Alaluokista etsittiin yhdistäviä tekijöitä ja muodostettiin niistä yläluokkia. (taulukko 3). Aineiston yläluokiksi eli pääkäsitteiksi muodostuivat obesiiteettiohjaukseen liittyvän koulutuksen, moniammatillisen yhteistyön, työn suunnittelun, materiaalin ja ohjauskäynneillä perheen motivointiin liittyvien tekijöiden kehittäminen.

Alaluokat	Yläluokat
Sairaanhoidajan koulutukseen liittyvä tekijä Työpaikkakoulutuksiin liittyvä tekijä	Obesiteettiohjaukseen liittyvän koulutuksen kehittäminen
Eri ammattiryhmien hyödyntämiseen liittyvä tekijä Yhteistyö perusterveydenhuoltoon liittyvä tekijä Ammattitaidon jakamiseen ja hyödyntämiseen liittyvä tekijä Tiimityöskentelyyn liittyvä tekijä	Moniammatillisen yhteistyöhön liittyvä kehittäminen
Etukäteisvalmisteluihin liittyvä tekijä Tiimityöskentelyyn varattavaan aikaan liittyvä tekijä Yhteydenpito perheeseen liittyvä tekijä Ohjauskäyntien tarjottavuuteen liittyvä tekijä Ohjauskäyntien pituuteen liittyvä tekijä Hoitajien resursseihin liittyvä tekijä	Työn suunnitteluun liittyvä kehittäminen
Digitaalisten palveluiden hyödyntämiseen liittyvä tekijä Ohjauskäyntien kirjalliseen materiaaliin liittyvä tekijä	Materiaaliin liittyvä kehittäminen
Perheen merkitykseen liittyvä tekijä Perheen huomioimiseen liittyvä tekijä Perheen motivointiin liittyvä tekijä	Ohjauskäynnillä perheen motivointiin liittyvä tekijä

Perheen osallisuuteen ja aktiivisuuteen liittyvä tekijä Perheen voimavarojen löytämiseen liittyvä tekijä Yksilöllisyyteen liittyvä tekijä Motivoitumiseen liittyvä tekijä Tavoitteisiin liittyvä tekijä Potilaslähtöisyyteen liittyvä tekijä Yhteydenpitoon liittyvä tekijä	
---	--

Taulukko 3: Sisällönanalyysin tuottamat yläluokat eli päätulokset

8 Tulokset

8.1 Obesiteettiohjaukseen liittyvän koulutuksen kehittäminen

Sisällönanalyysin pohjalta ensimmäiseksi yläluokaksi, eli päätulokseksi, muodostui obesiteettiohjaukseen liittyvän koulutuksen kehittäminen. Tämä yksi yläluokka muodostui alaluokista, joita olivat sairaanhoitajan koulutukseen liittyvät tekijät ja työpaikkakoulutuksiin liittyvät tekijät. Näihin tuloksiin johtaneita alkuperäisilmaisuja voidaan siteerata seuraavasti:

”Pitäis varmaan asiantuntijaluonnoilla käydä ja aikaa syventyä, netti pullollaan kaiken maailman tietoa ja kirjallisuutta.”

”Jos olis enemmän tietoa ja valmista ajatusta ja aikaa perehtyä potilaaseen, niin se lisäis tehokkuutta tietysti.”

”...nopeuttais sitä tosi paljon ja myöskin se mitä enemmän mä olen tietoinen näistä asioista ja mitä enemmän mä oon perehtynyt syvällisemmin siihen asiaan. Sitä enemmän ja paremmin pystyn auttaa potilaita.”

”...painonhallinta ei ole sairaus eikä ole sairaanhoitajille opetettu missään ja sähän joudut itse sitä opiskelemaan että mitäs tähän oikeen kuuluu.”

”Ehkä semmonen motivointi, semmonen mitä ylipäättänsä kaikkeen ohjaukseen sä tarttet motivointia. Semmonen motivointi-ohjauskoulutus.”

”Kaikkeen mikä liittyy, motivointia, ravitsemusta tietysti. Ehkä kaikkein tärkein on se, kun lääkäri puhuu omistaa ja ravitsemusterapeutti omistaan, niin

kyllä se on se semmonen motivointi. Se on varmaan se koulutus, joka olis eniten hyödyllistä tässä näin.”

”Mä kaipaisin tällä hetkellä, mä tiedän että on olemassa sellanen kun motiivoiva haastattelu, ja kaipaisin psyk puolen koulutusta...”

8.2 Moniammatillisen yhteistyöhön liittyvä kehittäminen

Sisällönanalyysin pohjalta toiseksi yläluokaksi, eli päätulokseksi, muodostui moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvä kehittäminen. Tämä yläluokka muodostui alaluokista, joita olivat eri ammattiryhmien hyödyntämiseen liittyvät tekijät, perusterveydenhuollon kanssa tehtävän yhteistyöhön liittyvät tekijät, ammattitaidon jakamiseen ja hyödyntämiseen liittyvät tekijät ja tiimityöskentelyyn liittyvät tekijät. Näihin tuloksiin johtaneita alkuperäisilmaisuja voidaan siteerata seuraavasti:

”...tiimityöskentely on kyllä a ja o, koska jokaisella on sitten omat ammatinäkemykset ja pystyy sitten omalla saralla motivoimaan jostain eri näkökulmista.”

”Suoraansanottuna me ollaan varmaan 3 vuotta tässä tätä vastaanottoa pidetty ja meillä oli toinen kokous nyt. Ja ensimmäistä kertaa must tuntu et koko ravitsemusterapeutit oli mukana ja lääkärit ja sit hoitajat. Ja se oli kovin antoisaa. Kyllähän me tietysti tavallaan tiiminä hoidetaan kun hoitajallekin tulee, sitten kaikki luemme eri käynneiltä kaikkien tekstejä mut tavallaan se et jotenki kehittää.”

”Sitten edelleen sitä voi tehostaa sillä tiimillä... Moniammatillinen semmonen näkökulma ja apu.

” Ja myöskin kaipaamme edelleen sitä psyk tukea potilaille tietysti. Helposti saataville. Koska monethan on varmasti monella on tunnesyömistä siellä taustalla, mihin me ei pystytä auttamaan samalla tavalla.”

”Ja et se psykologi tai psykiatrinen sairaanhoitaja olis helposti saatavilla. Et se olis osa tiimiä. Et semmonen joka tarjotaan, ei vaan sitten jos vaan automaattisesti olis sellanen. Myöskin hänen näkökulmasta vois vähän avata ja kattoo, et mitä siin vois olla taustalla.”

”...aikasemmin ei ole fyssareita ollut, nyt fyssarit sanovat et voisivat tulla mukaan, ehkä tehdä jotain ryhmä käyntejä, tytöt ja pojat erikseen.”

”Tietysti Siihen pitää ottaa perhe mukaan sekä tavoitteiden asettelussa, perhe saa olla mukana siinä.”

”Hoitajat tukee niissä valinnoissa mitä se perhe tekee ja lähdetään niitä kohti.”

”Ja sit tietysti myös ne vanhemmat siinä hyvin tiiviisti mukana.”

”... kyllä varmaan sitä voitaisiin kehittää, että useammin oltaisiin perheeseen yhteydessä.”

”Ja sit mikä toinen asia myöskin on mitä voitaisiin kehittää, on yhteistyö sen perusterveydenhuollon kanssa.”

”Että siellähän on kouluterveydenhoitaja olemassa, että mistä hän on tullut tänne useimmiten. Niin voisi täälläkin olla käynti kerran kuussa ja sitten... Tai parin viikon välein olis käynnit vuorotellen täällä terveydenhoitajan luona myöskin tai sitten ehkä tiiviisti ensin täällä sen puolen vuoden ajan ja sitten pikkuhiljaa sinne kouluterveydenhuoltoon ja sovittais sit et hän käy siellä jatkossa, ettei ihan tyhjän päälle putoo. Se on kyl semmonen asia kans mikä on tosi tärkeä. Et siellä sit joku ottaa kopin.”

8.3 Työn suunnitteluun liittyvä kehittäminen

Sisällönanalyysin pohjalta kolmanneksi yläluokaksi, eli päätulokseksi, muodostui työn suunnitteluun liittyvä kehittäminen. Tämä yläluokka muodostui alaluokista, joita olivat etukäteisvalmisteluihin liittyvät tekijät, tiimityöskentelyyn varattavaan aikaan liittyvät tekijät, perheiden kanssa yhteydenpitoon liittyvät tekijät, ohjauksikäyntien tarjottavuuteen liittyvät tekijät, ohjauksikäyntien pituuteen liittyvät tekijät ja hoitajien resursseihin liittyvät tekijät. Näihin tuloksiin johtaneita alkuperäisilmaisuja voidaan siteerata seuraavasti:

”Kaipaisin jotai esitietolomaketta kun ekan kerran tulee se johdattelee siihen keskusteluun ja perhe olisi miettinyt etukäteen asioita valmiiksi. Niin tiedetään mistä lähdetään. Lääkärikäynnillä voisi esim antaa sellaisen ja tuoda sen täytettynä tullessa hoitajakäynnille.”

”Mutta tuota siihenki tarvii ehkä vähän aikaa ennen sitä vastaanottoa mieltä punaista lankaa, miten, mitä sä käynnin ajan juttelet. Ei se vaan oo niin, että

perhe tulee tähän, vaan kyllä sun täytyy miettiä, että ja lukee edelliset käynnit ja miten on mennyt ja mitä on puhuttu ja mikä on ollu haaste ja mikä heillä on ollu tavoitteena. Ja sit yrittää sitä edelleen, niin siinä aika paljon mun mielestä kyl pitää valmisteluaikaakin olla.”

”...siis käyntien suunnitteluun ja etukäteis miettimiseen ja materiaalien kehittämiseen tai aiheeseen perehtymiseen etukäteis perehtymiseen ei ole aikaa.”

”Ei jää sellaista aikaa, et kerkeis miettimään ja suunnittelemaan asiaa pidemmän päälle.”

8.4 Materiaaliin liittyvä kehittäminen

Sisällönanalyysin pohjalta neljänneksi yläluokaksi, eli päätulokseksi, muodostui materiaaliin liittyvä kehittäminen. Tämä yläluokka muodostui alaluokista, joita olivat digitaalisten palveluiden hyödyntämiseen liittyvät tekijät ja ohjauskäyntien kirjalliseen materiaaliin liittyvät tekijät. Näihin tuloksiin johtaneita alkuperäisilmaisuja voidaan siteerata seuraavasti:

”Motivaatiomittari millainen motivaatio tällä on.”

”Mä kaipaisin just näistä osa alueista et olis joku semmonen valmis paketti, jonka mä voin käydä, vaikka joku mindmap tyyppinen...”

”Tai sitten kalvoja muutamia tai joku dia sarja...”

”... joku valmis materiaali jotka vois antaa perheelle mukaan.”

”... olis jokin selkeä kellotaulu missä näkyisi aamupala välipala yms., jokin selkeä näköhavainto, mistä katsoa mikä on ruokalautasmalli, missä olis valmiit terveelliset aamupalat, olis valmiit diat ja kuvat.”

”Materiaalia kaipaankin myös kyselypohjia, kun potilas tulee voin näyttää sen ja pyytää täyttämään sen, vaikka ihan raksi ruutuun tai on meillä yks sen tyyppinen valmis mutta se ei ihan palvele täydellisesti, siinä on vain jotain että onko päästy tavoitteisiin.”

”Kaipaankin jotain esitietolomaketta kun ekan kerran tulee se johdattelee siihen keskusteluun ja perhe olisi miettinyt etukäteen asioita valmiiksi. Niin tiedetään mistä lähdetään. Lääkärikäynnillä voisi esim antaa sellaisen ja tuoda sen täytettynä tullessa hoitajakäynnille.”

*”Tavallaan yleistä vois olla että jokaisessa ois ne osa alueet valmiita ja nap-
paan jotakin niistä tälle potilaalle, kokonaispakettina ei samanlailla voi käyt-
tää.”*

*”Niin tässä on näitä järkikuvia, nää on mielettömän hyviä työkaluja mitkä ha-
vainnoillistaa (näyttää kansiosta eri ruokien kalorimääriä). Monesti näitä kuvia
katsottuaan ymmärtää vasta sen, että mikä energiamäärä on eri tuotteissa.
Monelle tulee ihan, että oho. Ei se silti välttämättä johda mihinkään tulok-
seen, mut ainakin tietää sitten että näin on. Et nää on niitä valintoja.”*

*”...mobiilisovellus mikä on hussilla joka ois kännykässä joka joka päivä muistut-
tais sua asioista, on olemassa motivist husin, tämmönen mobiili sovellus ni-
menomaan painonhallintaan, mitä mä rupeen tarjoamaan nuorille, sinne voi
laittaa tavoitteet ja siellä on valmiina joitakin juttuja.”*

*”Sit vois siinä välissä olla jonkinlaista kontakt-
ia. Sehän ei tarkoita sitä, että tarvis tulla tänne, mutta sehän vois... On ole-
massa kaikenmaailman ja tulossa appeja ja chatteja.”*

*”...nythän meillä on keskustelu jutut tuolla avattu, mihin voisi vaikka koota
obe hoitajat ja kirjata koneella, ja vois koota ryhmän mihin koota ideoita ja
sitä kautta, ei olla käytetty, mutta semmonen olis hyvä.”*

8.5 Ohjauksikäynnillä perheen motivointiin liittyvä kehittäminen

Sisällönanalyysin pohjalta viidenneksi yläluokaksi, eli päätulokseksi, muodostui ohjaukskäyn-
neillä perheen motivointiin liittyvä kehittäminen. Tämä yläluokka muodostui alaluokista, joita
olivat perheen merkitykseen liittyvät tekijät, perheen huomioimiseen liittyvät tekijät, per-
heen motivointiin liittyvät tekijät, perheen osallisuuteen ja aktiivisuuteen liittyvät tekijät,
perheen voimavarojen löytämiseen liittyvät tekijät, yksilöllisyyteen liittyvät tekijät, motivoi-
tumiseen liittyvät tekijät, tavoitteisiin liittyvät tekijät, potilaslähtöisyyteen liittyvät tekijät
ja yhteydenpitoon liittyvät tekijät. Näihin tuloksiin johtaneita alkuperäisilmaisuja voidaan si-
teerata seuraavasti:

*”Tietysti Siihen pitää ottaa perhe mukaan sekä tavoitteiden asettelussa,
perhe saa olla mukana siinä.”*

”Hoitajat tukee niissä valinnoissa mitä se perhe tekee ja lähdetään niitä kohti.”

”Ja sit tietysti myös ne vanhemmat siinä hyvin tiiviisti mukana.”

”... että enemmän ottaa sitä koko perhettä mukaan.”

”Jos tuloksia meinataan saaha niin pitää lähteä siitä ihan niinku potilaslähtöisesti liikkeelle..mitkä ovat sen potilaan ongelma-alueet ja mihin se tarvii oikeesti apua.”

”Käydään potilaan kanssa yhdessä läpi ja katsotaan miten nämä osa-alueet on sulla ja hoitaja huomio, että esim. mites toi sun nukkunminen ja ehdottaa tavoitteita ja sitten yhdessä päätetään.”

”Potilaasta pitää olla aidosti kiinnostunut ja saaha sellanen luottamus, jotta ne kokee turvalliseksi.”

”Niin ja sehän on aina potilaasta itestään kiinni et miten tai mitä tavoitteita tai mihin hän on valmis myöskin.”

”... yritetään löytää sieltä sit jotain mitä voidaan ehkä muuttaa, mikä ehkä on taustalla siinä, että paino on lähteny nousee.”

”Ei mun mielestä vanhempien tarvii aina olla mukana, mutta sit toisaalta on hyvä jutella jollain tapaa sen vanhemman kanssa sen jälkeen, kun on se nuori käynyt täällä. Et semmosia yhteydenottoja vois tietysti kehittää enemmän. Meil ei nyt oo automaattista, et joskus, riippuu vähän mitä siinä on tullu esille, mut automaattisesti ei soiteta.”

9 Pohdinta

Aiempien tutkimusten mukaan obesiteettiin liittyvää ohjaamisaamista pidetään tärkeänä. (Obesity guidance 2009). Sama käy tämänkin opinnäytetyön tutkimuksista ilmi. Tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että lasten obesiteettiin liittyvää koulutusta pidetään tärkeänä, jotta ohjausta perheelle voidaan toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla ja laadukkaasti. Hoitajat kokevat, että sairaanhoitajakoulutuksessa ei ole riittävästi obesiteettiin liittyvää koulutusta. Lisäksi obesiteettihoitajuuteen ei ole spesifia koulutusta tarjolla työpaikalla ja hoitajan oma ammattitaito koostuu pitkälti itse hankitusta tiedosta. Tuloksista voidaan havaita hoitajien toivovan obesiteettihoitajuuteen liittyviä koulutuksia.

Aiempien tutkimusten mukaan lasten ravitsemukseen liittyvän ohjauksen olevan tärkeää ylipainon ja liitännäissairauksien ehkäisyssä (Venäläinen T. 2017). Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista ilmenee koulutusten tarve ravitsemukseen ja ohjaukseen liittyen.

Motivoivan haastattelun käyttämisellä on aiempien tutkimusten perusteella selkeää hyötyä lihavuuden puheeksiottamiseen ja menetelmän käytöllä on positiivista vaikutusta lapsen painoon (Blizzard 2011). Tämä opinnäytetyö on linjassa aiempiin tutkimustuloksiin nähden siltä osin, että opinnäytetyön tuloksista nousee esille myös hoitajien kokema tarve motivoivalle haastattelulle ohjauksikäytien tueksi.

Tämän opinnäytetyön tulokset olivat linjassa aikaisempien moniammatillisen yhteistyön merkityksen tärkeydessä (Helin 2016) siltä osin, että se edistää potilaan edun toteutumisesta. On näyttöön perustuvaa tietoa, että moniammatillinen yhteistyö hyödyttää kaikkia yhteistyön osapuolia. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö vahvistaa asiakkaan edun toteutumista. Moniammatillinen yhteistyö tuottaa asiakkaalle yhdessä tavoiteltuja asioita ja mahdollistaa asiakaskeskeisen toimintamallin. (Helin 2016.) Aiempien tutkimusten mukaan moniammatillisten yhteistyöverkostojen olemassaoloa pidetään tärkeänä, koska ihmisten monimuotoisten ongelmien kohtaaminen edellyttää useamman eri ammattihenkilön yhteistyötä (TUKEVA-hanke 2010).

Tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan havaita ammatillisten näkemysten jakamisen olevan tärkeää lähikollegan kanssa. Ammatillista tiedon jakamista kaivataan myös muiden yksiköiden kanssa. Tutkimustuloksista voidaan havaita myös, että tiimityöskentely ja moniammatillisuuden hyödyntäminen potilaan hoidossa koetaan tärkeäksi.

Aiempien tutkimusten mukaan lihavuus vaikuttaa teini-ikäisten mielenterveyteen ja minäkuvaan (Mäkinen M. 2015). Ylipainoiset ja lihavat lapset ja nuoret kokevat enemmän syrjintää ja leimaamista painonsa vuoksi kuin normaalipainoiset. (Janssen, Graig, Boyce & Pickett 2004). Aikaisemmat tutkimustulokset ovat linjassa tämän opinnäytetyön tulosten kanssa, jossa koetaan psykiatrisen tuen tarve obeseettilasten ohjauksessa. Hoitajat toivovat moniammatilliseen tiimiin automaattiseksi psykiatrisen tuen, joka olisi obeseettilapsen tukena koko hoitoprosessin ajan. Sairaanhoidajan peruskoulutuksessa on vähän psykiatrisia opintoja. Obesiteettitilapsia hoidettaessa psykososiaalinen tukeminen on ensiarvoisen tärkeää.

Fysioterapeutin tehtäviin kuuluu lasten motoristen ongelmien tutkimus ja hoito, pitkäaikaisairaiden lasten kuntoutuksen varhaisvaiheen asiantuntijuus, lapsen ohjaus liikunnassa, motorisen kehityksen viiveisiin ja poikkeavuuksiin sekä raajojen ja selän virheasentojen konsultaa-

tio. Fysioterapeutin tavoitteena on lapsen toimintakyvyn edistäminen ja terveydellisten ongelmien, kuten ylipainon, ehkäisy. (Lastenneuvolakäsikirja 2015.) Tämän opinnäytetyön tuloksista havaitaan hoitajien kokevan fysioterapeuttien tärkeyden automaattisena osana moniammatillista tiimiä obeseettilapsen koko hoitoprosessin ajan.

Aiempien tehtyjen tutkimusten mukaan lasten obeseettiin ja siihen liittyvään ohjaukseen keskeisessä osassa on lapsen perhe (Luokkanen S. ym. 2012). Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista voidaan päätellä yhteistyön perheen kanssa olevan tärkeää. Yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa koetaan tärkeäksi tämän opinnäytetyön tutkimus tuloksista päätellen.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista voidaan havaita etukäteisvalmisteluiden olevan ensiarvoisen tärkeää ohjaukseyntien tehostamisessa ja tavoitteellisuudessa. Obeseettiohjauskäyntien laajuuden ja monimuotoisuuden vuoksi ohjaukseyntien suunnitteluun ja etukäteisvalmisteluihin koetaan tarvittavan riittävästi aikaa, jotta se palvelisi obeseettilasta ja heidän perhettä tavoitteellisessa ohjaukseyntissä.

Tuloksista voidaan havaita hoitajien kokevan etukäteisvalmisteluihin olevan ajan liian pieneksi. Voidaan siis päätellä hoitajien kaipaavan lisää aikaa etukäteisvalmisteluihin. Ohjaukseyntien pituus koetaan riittävän pitkäksi.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista voidaan päätellä, että materiaali koetaan tärkeäksi ohjaukseyntien tukena. Hoitajat kokevat tutkittuun tietoon perustuvasta, havainnollistavasta ja valmiiksi jäsenneilystä materiaalista olevan hyötyä. Obeseettilapsille ja heidän perheille mukaan annettavasta materiaalista koetaan olevan hyötyä. Valmiissa paketissa materiaali olisi kategorioittain, josta se olisi helposti hyödynnettävissä ja saatavilla.

Aikaisempien tutkimusten mukaan digitaalisilla palveluilla on mahdollisuuksia esimerkiksi vastata lasten ja nuorten tiedon tarpeeseen sairaudestaan (Karisalmi N. ym. 2017). Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista voidaan päätellä, että erilaisten digitaalisten palveluiden olevan hyödyllisiä obeseettilasten ja heidän perheiden ohjaukseyntien tukena. Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että digitaalisia palveluita tulisi hyödyntää ja kehittää enemmän ohjaukseyntien tueksi. Erityisesti nuoret hyötyisivät digitaalisista palveluista. Tämän lisäksi tutkimustuloksista tulee ilmi, että hoitajilla on olemassa keskustelualusta, jota ei kuitenkaan juurikaan hyödynnetä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan löytämällä yhteisesti perheen kanssa niitä toimintamalleja, jotka tukevat perhettä, on todettu positiivisia vaikutuksia lapsen hyvinvoinnin edistämässä. (Väänänen R. 2013). Tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan havaita perheen osallistumisen

ja aktiivisuuden olevan tärkeitä koko hoitoprosessin ajan. Tärkeää ja merkityksellistä on huomioida perhe yksilöllisenä ja kokonaisvaltaisena. Perheen arjesta tulee löytää voimavarat, joiden pohjalta asetetaan yhdessä mietityt tavoitteet.

Tämän opinnäytetyön tuloksista voidaan havaita hoitajan toimivan perheiden motivoijana ja työskentelyssä korostuu potilaslähtöisyys. Tuloksista havaitaan luottamuksellisen vuorovaikutuksen ja säännöllisen yhteydenpidon olevan tärkeää.

Opinnäytetyön teko aloitettiin tutustumalla aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja keräämällä teorian tietoa. Teorian tietoon ja suunnitelmaan etukäteen perehtyminen valmisteli tuleviin haastatteluihin. Obesiteettiin ja ohjaukseen liittyvää teorian tietoa oli saatavilla paljon. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin huhtikuussa 2017. Läpi opinnäytetyöprosessin oltiin yhteydessä työelämäkumppaniin. Yhteistyö työelämäkumppanin kanssa sujui hyvin ja ongelmitta. Opinnäytetyötä ja haastatteluja oli inspiroiva tehdä, sillä obesiteettihoitajille aihe oli tärkeä ja he olivat iloisia opinnäytetyön kehittämishankkeesta. Opinnäytetyön ollessa valmis lähetettäväksi eteenpäin, luettiin opinnäytetyö useaan kertaan läpi. Opinnäytetyötä luetutettiin myös tekijöiden läheisillä, jotta saatiin uutta perpektiiviä ja näkökulmaa, sekä kirjoitusvirheet tulivat huomatuiksi.

9.1 Opinnäytetyön eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on eettisyys. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, joka tutkii eettisiä normeja ja pyrkii vastaamaan kysymykseen, mitkä ovat ne oikeat eettiset säännöt, joita yksilön tulee noudattaa myös tutkimusta tehdessä. Tutkimusetiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Sisäisellä etiikalla tarkoitetaan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen, jolloin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteisiin ja koko tutkimusprosessin kulkuun. Tutkimusaineistoa ei voi luoda tyhjästä tai sitä ei voida väärentää. Vaatimuksiin kuuluvat myös tiedeyhteisön sisäiset säännökset tutkimustulosten raportoinnista, kirjoittamiseen osallistuvat henkilöt sekä kenen aineistot kuuluvat tutkimusalueeseen. Ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee, miten asiaa tutkitaan ja miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat aiheen valintaan, esimerkiksi rahoittajien kiinnostus tutkimusta kohtaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Terveystutkimusta ohjaa lainsäädäntö eettisyyttä tarkasteltaessa. Suomen perustuslaki (731/1999), henkilötietolaki (1999/523), laki tieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999) ja laki potilaan asemista ja oikeuksista (785/1992) säätelevät Suomessa terveystutkimuksia. Lakien ja säädösten tarkoituksena on tutkimukseen osallistuvan ihmisen yksityisyyden ja koskemattomuuden turvaaminen. (Juvakka & Kylmä 2007, 139.)

Helsingin julistus (1964) on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, joka on luotu turvaamaan tutkimuksen eettisyyttä. Lisäksi American Nurses Association (ANA) julkaisi hoitotieteellisen tutkimuksen vuonna 1995, joissa on kuvattu tutkijan eettisiä periaatteita. Tutkijan on kunnioitettava tutkittavien tietoiseen suostumukseen perustavaa osallistumista. Tutkijan tulee määritellä mahdolliset negatiiviset seuraamukset tutkimukseen osallistumisesta sekä estää tai minimoida mahdolliset haitat. Lisäksi tutkijan tulee ymmärtää tutkittavien ja heidän perheiden sekä muiden läheisten erilaisuutta. Tutkijan tulee arvostaa erilaisuutta, varmistaa kaikkien tutkittavien samanarvoisuuden suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin ja suojella tutkittavien yksityisyyttä. Tutkija varmistaa tutkimuksen eettisyyden prosessin jokaisessa vaiheessa, raportoi mahdolliset tieteelliset virheet tutkimustoiminnan valvojalle. Tutkija säilyttää omat valmiutensa suhteessa tutkimusaiheeseen sekä muihin ammattilaisiin ja yhteisöllisiin seikkoihin, jotka vaikuttavat hoitotyön tutkimukseen, sekä yhteiseen hyvään. Yleensä tutkimusta varten tulee hakea lupa ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä ja heidän tehtävänsä on arvioida tutkimuksen eettisyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2003, 212–223.)

Tutkimusaiheen valinta on jo tutkijan tekemä eettinen valinta. Tutkijan on pohdittava aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti ja kuinka se vaikuttaa tutkimukseen osallistuviin henkilöihin. Tutkimusetiikan lähtökohtana on sen hyödyllisyys yhteiskunnallisesti sekä yksilön kannalta. Tutkimusetiikan mukaisesti tutkijan on pyrittävä tarpeettomien fyysisten, emotionaalisten, sosiaalisten ja taloudellisten riskien minimointi. Hoitotieteellinen tutkimus voi herättää osallistujissa voimakkaita negatiivisia reaktioita ja on tärkeää huolehtia siitä, ettei tutkimustyötä käytetä tutkittavia vastaan. Potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus ja täysi vapaaehtoisuus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta sekä sen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tietoinen suostumus tarkoittaa, että tutkittava ymmärtää täysin tutkimuksen luonteen, sekä on tietoinen tutkimuksen aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Tutkijan on annettava osallistujille rehellistä tietoa tutkimuksen mahdollisista haitoista ja eduista. Tutkimukseen osallistuvilla pitää olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ja tutkijan on turvattava osallistujien vapaaehtoisuus koko prosessin ajan. Tutkija ei saa hyödyntää autoritääristä asemaansa ja tutkijan on annettava mahdollisuus tutkittaville keskeyttää tutkimus prosessin aikana. Usein tutkimuksissa käytetään kirjallista suostumuslomaketta. Keskeinen huomioitava asia tutkimusta tehdessä on anonymiteetti, joka tarkoittaa ettei tutkimustietoa luovuteta muille kuin tutkimusprosessissa oleville. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2003, 212–223.)

Tämän opinnäytetyön aihe on sensitiivinen. Aihe on ajankohtainen ja puhutteleva, koska lasten obesiteetti lisääntyy maassamme sekä maailmanlaajuisesti. Tutkimusta tehdessä jouduttiin monien eettisten kysymysten eteen. Ensimmäisen eettisen haasteen eteen jouduttiin, kun

työelämäkumppanilta tuli huomautus, että opinnäytetyössä ei voi tulla kirjoitetuksi tarkka kehittämishankkeen sijainti. Tarkka kehittämishankkeen sijainti poistettiin ja vain HUS-organisaatio jätettiin tunnistettavaksi, jolloin tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti ja opinnäytetyön eettisyys säilyi ehjänä. Potilastapauksia ei myöskään tuotu esille. Tekstin sisältöä jouduttiin pohtimaan tarkasti koko opinnäytetyöprosessin ajan sekä kuinka tuoda asiat esille neutraalisti. Haastattelut tehtiin suljetussa huoneessa, jolloin kukaan ulkopuolinen ei voinut kuunnella haastatteluja.

Tutkimuksessa kunnioitettiin osallistujien itsemäärämisoikeutta ja täyttä vapaaehtoisuutta. Tutkimukseen osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen. Osallistujat ovat tietoisia tutkimuksen luonteesta sekä aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Osallistujille annettiin rehellistä tietoa ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta koko tutkimuksen ajan. Ennen haastatteluja tutkimukseen osallistuvat allekirjoittivat salassapito- ja tutkimukseen suostumislomakkeet (liite 3). Haastatteluiden jälkeen ääninauhuri vietiin säilytettäväksi Laurean ammattikorkeakoulun asiaankuuluviin tiloihin. Haastatteluiden litteroinnin jälkeen ääninauhurilla olleet haastattelut poistettiin pysyvästi.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuuden arvioinnin selvityksessä katsotaan, kuinka totuuden mukaista tietoa tutkimuksella on pystytty luomaan. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tieteellistä tutkimusta tehdessä. Se on olennaista tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja niiden hyödyntämisen kannalta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen yleisillä kriteereillä, jotka ovat uskottavuus (credibility), vahvistettavuus (dependability, auditability), refleksiivisyys ja siirrettävyys (transferability). Tämän lisäksi tutkimuksen luotettavuutta laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–130.)

Uskottavuudella tutkimuksen luotettavuutta selvittäessä tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimusta tehdessä on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistujien käsityksiä tutkimuskohteista. Uskottavuutta voidaan varmistaa esimerkiksi keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa eri vaiheiden aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–130.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu, koska usein tutkimus pohjautuu avoimeen suunnitelmaan, joka muokkaantuu ja tarkentuu tutkimuksen edetessä. Tutkimuspäiväkirjan tarkoituksena on kuvata aineiston avulla miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä tutkimuksessa. Ideana on, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään. Laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei välttämättä

päädy saman aineiston perusteella samoihin johtopäätöksiin ja tuloksiin, jonka vuoksi vahvistettavuus on osin ongelmallinen kriteeri tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa. Haastattelut purettiin yhdessä keskustellen, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Refleksiivisyys tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa tarkoittaa, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja arvioitava kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa tuodessaan asian julki. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–130.)

Tutkijan asema ja asenne vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkijan pohjatieto vaikuttaa siihen, miten syvällistä tietoa saa haastatteluista. Muita luotettavuuteen liittyviä uhkia voi olla henkilökohtainen asenne tutkimuksen sisältöä kohtaan. Tutkimusprosessiin voivat vaikuttaa tutkijan ja tutkittavien antipatiat ja sympatiat. Näitä luotettavuusuhkia on mahdoton poissulkea kokonaan, mutta niitä voi ennakoida ja ne tulee raportoida luotettavuustarkasteluissa. Tutkimusolosuhteet vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen, haastattelun onnistuminen tai epäonnistuminen voi ratkaisevasti riippua olosuhteista. Käsitteiden epäselvyys ja epämääräisyys saattaa vääristää tuloksia jo aineiston keruun aikana. Tutkijan ja tutkittavan tulee olla tietoisia, että kummallekin osapuolelle on selvää aiheeseen liittyvät käsitteet. Tutkimuksen luotettavuutta varmistetaan seikkaperäisellä raportoinnilla. (Ahonen ym. 1994, 100–101.) Vahvistettavuus on myös tapa arvioida opinnäytetyön luotettavuutta. Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että aineiston avulla pystytään kuvailemaan, kuinka tuloksiin ja johtopäätöksiin on päästy. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Opinnäytetyön aiheesta keskusteltiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Ajatukset opinnäytetyön aiheesta oli koko opinnäytetyöprosessin ajan yhtenäiset, mikä vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen myönteisesti. Tiedonhaussa käytettiin suomalaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. Tietoa haettiin suljetuista ammattihenkilöille tarkoitetuista lähteistä ja avoimista lähteistä, jotta tutkimus perustuisi mahdollisimman luotettavaan tietoon. Haastattelut suoritettiin erikseen kahden tutkittavan välillä, joka lisää tutkimustulosten luotettavuutta. Kehittämistutkimusta tehtäessä tutkimuksen tekijän on annettava riittävän laajasti kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi tarkastella tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin ja käyttää sitä hyödyksi. Tässä opinnäytetyössä molemmat tekijät osallistuivat arvointilomakkeiden analysointiin ja kaikista tuloksista on kerrottu luotettavasti ja totuudenmukaisesti opinnäytetyössä. Tuloksia ja johtopäätöksiä on käsitelty ja pohdittu laajalti.

9.3 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämisehdotukseksi tämän opinnäytetyön pohjalta nousi HUS:n alueella toimiva yhtenäinen malli obeseettiohjauksen tehostamiseksi ja parantamiseksi. Yhtenäinen malli ei tarkoita jo olemassaolevaa obeseettitilasten hoitopolkua. Yhtenäinen malli tarkoittaa hoita-

jille olevaa yhtenäistä toimintamallia, jonka mukaan he voisivat työskennellä ja se olisi käytössä kaikissa yksiköissä. Toimintamalliin kuuluisi tasavertaiset ja säännölliset koulutukset, moniammatillisen tiimin hyödyntäminen ja kokoontuminen säännöllisesti, valmis ”materiaalipankki”, jossa olisi suoraan hoitokäynnille hyödynnettäväksi olevaa, tutkittuun tietoon perustuvaa, materiaalia ja vertaistuen sekä digitaalisten palveluiden tavoitteellinen hyödyntäminen. Toimintamalli olisi hoitajia ja kokonaisuutta tukeva. Yhtenäisessä mallissa kehitettäisiin toimivat, yhteneväiset resurssit ja toimintamallit kaikille HUS:n alueen obesiiteettiohjauskäynneille, jotka olisivat tasavertaisesti hyödynnettävissä.

Yhtenäisen mallin moniammatilliseen tiimiin kuuluisi erityisesti psykiatrisen puolen automaattinen ja säännöllinen mukaanottaminen lapsen hoitopolussa. Tiimiin kuuluisi myös säännölliset tapaamiset ja ammattitaidon jakaminen tavoitteellisesti potilaan hyväksi.

Jatkotutkimuksena opiskelija(t) voisivat tuottaa toiminnallisena opinnäytetyönä HUS:n obesiiteettihoitajille valmiin materiaalin materiaalipankkiin. Yksi jatkotutkimusehdotus olisi myös yhteneväisen mallin toteutumisen tutkiminen. Tulosten perusteella myös sairaanhoitajan ammattikorkeakouluopintoihin olisi hyvä lisätä lasten obesiiteettiin liittyvää koulutusta. Tutkimuksia lasten obesiiteettiin liittyvästä ohjauksesta voitaisiin tehdä myös enemmän perheiden näkökulmasta.

Lähteet

Painetut lähteet

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Juvenes Print.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän yliopistopainos.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoittaa kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Suomen Yliopistopaino Oy: Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Sähköiset lähteet

Anglé S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä-Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suomen Lääkärilehti. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Anglé S. 2012. Käyttäytymisen muutosta tukevat menetelmät perhekeskeisessä painonhallinnan ohjauksessa. Näytönastekatsaukset. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Angle S. 2012b. Lasten lihavuuden hoidon kohdentaminen. Näytönastekatsaukset. Terveysportti. Lääkärin tietokannat. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Blizzard Tripp S, Templeton Perry J, Romney S & Blood-Siegfried J. 2011. Providers as Weight Coaches: Using Practice Guides and Motivational Interview to Treat Obesity in the Pediatric Office. Journal of Pediatric Nursing 26, 474-479. Viitattu 27.7.2017.
[http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(11\)00535-5/fulltext](http://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(11)00535-5/fulltext)

Dalla-Valle M. & Jääskeläinen J. 2016. Lasten ja nuorten lihavuuden arviointi ja hoito. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 24.11.2016
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/lasten-ja-nuorten-lihavuuden-arviointi-ja-hoito/>

Eirini I. Vasilaki Steven G., Hosier W. & Miles Cox. 2006. Viitattu 27.7.2017.
<https://academic.oup.com/ajcp/article/41/3/328/93370>

Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. 2000. Ghana Medical article. Viitattu 27.7.2017.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27365/>

Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 years. 2017. The New England Journal Of Medicine. Viitattu 27.7.2017.
www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1614362#t=article

Heleen Riper, Gerhard Andersson, Sarah B Hunter, Jessica de Wit, Matthias Berking & Pim Cuijpers. 2014. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. Viitattu 4.12.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4227588/>

Helin R. 2016. Onnistunut moniammatillinen yhteistyö terveystieteiden tekijöiden kirjoituksissa. Prograu. Viitattu 4.12.2017.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99089/GRADU-1464349049.pdf?sequence=1>

HUS. Etusivu. Lainattu 27.4.2017.
<http://www.hus.fi/Sivut/default.aspx>

HUS. Lastentautien vastaanotot. Viitattu 27.4.2017.
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/jorvin-sairaala/lapset-ja-nuoret/lasten-pkl/Sivut/default.aspx>

HUS. HUS-tietoa. Lainattu 27.4.2017.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>

Janssen I., Graig WM., Boyce WF & Prickett W. 2004. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. Pubmed. Viitattu 14.1.2018.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmlaurea.fi/pubmed/15121928>

Juonala M., Viikari S., Simell O., Niinikoski H. & Raitakari O. 2012. Lapsuuden elintavat vaikuttavat valtimotautien kehittymiseen. Suomen Lääkärilehti. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Juonala M., Viikari J., Simell O. & Raitakari O. 2008. Mitä tiedämme lapsen riskistä sairastua aikuisena sydän ja verisuonisairauksiin? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Järvinen M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito. Viitattu 13.1.2018
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix02109>

Karisalmi N., Kaipio J. & Lahdenne P. 2017. Lasten potilaskokemukset digitaalisten palveluiden kehittämisen lähtökohdaksi. FinJeHew. Viitattu 13.1.2018.
<https://journal.fi/finjehew/article/view/63090>

Kataja J., Mäkelä J., Lagström H. & Niinikoski H. 2016. Metabolinen oireyhtymä yleistyy lapsilla ja nuorilla. Suomen Lääkärilehti. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Kautiainen S., Koljonen S., Takkinen H-M., Pahkala K., Dunkel L., Eriksson J., Simell O., Knip M. & Virtanen S. 2010. Leikki-ikäisten ylipainoisuus ja lihavuus. Suomen lääkäri-lehti. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Kinnari, T. 2004. Maailma lihoo. Tiede-lehti. Viitattu 1.1.2004.
http://www.tiede.fi/artikkeli/jutut/artikkelit/maailma_lihoo

Kolu P., Raitanen J. & Luoto R. 2017. Lihavuus ja terveydenhuollon kustannukset synnytyksen jälkeen. Lääkärilehti. Viitattu 8.1.2018.
<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/lihavuus-ja-terveydenhuollon-kustannukset-synnytyksen-jalkeen/>

Komulainen J. & Lihavuus (lapset) työryhmä. 2012. Lapsuusiän lihavuuden jatkuminen aikuisuuteen. Näytönastekatsaukset. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.
<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Käypä hoito. 2012c. Käyttäytymistä muutosta tukevat menetelmät perhekeskeisessä painonhallinnan ohjauksessa. Viitattu 3.4.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07726>

Käypä Hoito. 2012b. Lasten lihavuuden ehkäisy ja hoito kouluissa. Viitattu 10.4.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07725>

Käypä hoito. 2012a. Lasten lihavuuden kohdentaminen. Viitattu 3.4.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak04890>

Käypä Hoito. 2017. Liikalihavuus (lapset). Viitattu 23.3.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50034>

Lahti J., Rakkolainen M. & Koski-Jännes A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 05.12.2017.

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/19/duo11266>

Lastenneuvolakäsikirja. 2015. Fysioterapeutti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.1.2018.

<https://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/lastenneuvolatyon-perusteet/henkilosto/fysioterapeutti>

Lastentalo. Lapsen oikeudet sairaalassa. Terveyskylä. Viitattu 2.1.2018.

<https://www.terveyskyla.fi/lastentalo/perheille-ja-kasvattajille/lapsen-oikeudet-sairaalassa>

Lihavuus (lapset) työryhmä. 2012d. Television katseleminen ja lihavuus. Näytönastekatsaukset. Lääkärin tietokannat. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Luokkanen S., Ruotsalainen H., Kyngäs H. & Kääriäinen M. 2012. Ylipainoisten ja lihavien 13–16-vuotiaiden nuorten elintavat ja sitoutuminen elintapamuutokseen. Hoitotiede. ProQuest. Viitattu 13.1.2018.

<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1372123005>

Marttila M. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito. Viitattu 5.12.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01668>

Mustajoki P. 2017. Tietoa potilaalle: Lasten ja nuorten lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Mäkinen M. 2015. Psychological well-being and psychiatric disorders in 14- to 15-year-old Finnish school girls and boys with overweight and obesity. University of Helsinki.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/157221/Psycholo.pdf?sequence=1>

Mäkinen M., Hakulinen-Viitanen T., Kaikkonen R., Koponen P., Ovaskainen M-L., Sippola R., Virtanen S. & Laatikainen T. 2010. Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvu ympäristöstä. Viitattu 17.4.2017.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80056/3ebde5ad-1be7-4268-9167-df23095fca33.pdf?sequence>

Obesity - A Preventable Disease. 2005. Ghana Medical article. Viitattu 27.7.2017.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790820/>

Ojaniemi M. 2017. Lapsen normaali ja poikkeava kasvu. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Routasalo P., Airaksinen M., Mäntyranta T. & Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Lääkärin tietokannat. Viitattu 2.1.2018.

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Salo-Chydenius S. 2017. Motivoiva toimintatapa / motivoiva haastattelu. Päihdelinkki. Viitattu 05.12.2017.

<https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyön-menetelmat-ja-koulu-tus/motivoiva-toimintatapa-motivoiva-haastattelu>

Puustinen M. 2013. Lapsipotilaan ohjaus ja hoitotyön toimintaperiaatteet. Terveysportti. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 2.1.2018.

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Viitattu 13.4.2017.

<https://www.thl.fi/documents/10531/95751/Raportti%202012%2016.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Lihavuus lukuina. Viitattu 23.3.2017.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuuden-yleisyys-suomessa>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Lihavuus tulee kalliiksi. Viitattu 27.4.2017.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuus-tulee-kalliiksi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Lihavuuden yleisyys suomessa. Viitattu 27.3.2017.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuuden-yleisyys-suomessa>

Terveyskirjasto. 2012. Lapsen lihavuus. Viitattu 16.4.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=kot00808

Terveyskirjasto. 2017. Lasten ja nuorten lihavuus. Viitattu 12.4.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00443

Terveyskirjasto. 2017. Lasten painoindeksi (ISO-BMI). Viitattu 12.4.2017.

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

Terveyskirjasto. 2017. Lihavuus. Viitattu 8.1.2018.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042

TUKEVA-hanke. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Viitattu 13.1.2018.

<http://www oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>

Vuorela N. & Salo M. 2016. Lapsen ylipaino ja lihavuus. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 2.1.2018.

<http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti>

Väisänen H., Kääriäinen M., Kaakinen P. & Kyngäs H. 2013. Vanhempien motivoitumista edistävät ja estävät tekijät ylipainoisten ja lihaviiden lasten elintapojen muuttamiseksi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. ProQuest. Viitattu. 13.1.2018.

<https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/docview/1372123016/fulltextPDF/D53CAA91A3324F23PQ/1?accountid=12003>

Väänänen R. 2013. Perheen rakenteen, dynamiikan ja arvojen merkitys lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille. Väitöskirja. Viitattu 13.1.2018.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1271-8/urn_isbn_978-952-61-1271-8.pdf

Venäläinen T. 2017. Dissertations in Health Sciences. University of Eastern Finland.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2454-4/urn_isbn_978-952-61-2454-4.pdf

WHO. 2017b. Commission on Ending Childhood Obesity. Viitattu 8.1.2018.
<http://www.who.int/end-childhood-obesity/news/public-consultation-2017/en/>

WHO. 2016. Lihavuus useimpien syöpien riskitekijä. Viitattu 27.3.2017.
<http://www.pronutritionist.net/2016/08/who-lihavuus-useiden-syopien-riskitekija/>

WHO. 2017. Obesity and overweight. Viitattu 8.1.2018.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Weiler R. 2009. Obesity guidance. Viitattu 13.1.2018.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2784534/>

Oikeudelliset lähteet

Lastensuojelulaki. 2007. Finlex. Viitattu 2.1.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Julkaisemattomat lähteet

Toikkanen U. 2014. Ylipaino ja lihavuus lisääntyneet maailmassa. Lääkärilehti. Viitattu 27.3.2017.
<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/ylipaino-ja-lihavuus-ovat-lisaantyneet-maailmassa/>

Liitteet

Liite 1: Saatekirje

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurean ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyön teille Lasten ajanvarauspoliklinikalle. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää sairaanhoitajien pitämiä obeesikäyntejä. Haastattemme kahta obeesihoidtajaa ja haastatteluiden pohjalta teemme kehittämissuosituksen. Haastattelut suoritetaan viikkojen 21-23 välisenä aikana. Haastattelut ovat täysin vapaaehtoisia ja ne suoritetaan työajan ulkopuolella. Tutkimusta varten haemme HUS:ilta tutkimuslupaa. Opinnäytetyömme valmistuu Marraskuussa 2017.

Ystävällisin terveisin

Jenni Perttilä, jenni.perttila@student.laurea.fi

Mari Sopanen, mari.sopanen@student.laurea.fi

Liite 2: Haastattelukysymykset

Teemahaastattelua ohjaavat kysymykset:

7. Miten toteutatte tuloksellista ohjausta?
8. Millaisia työkaluja kaipaisitte ohjauksen tueksi?
9. Millaisia resursseja teillä on toteuttaa ohjauksen?
10. Miten ohjauksen voisi tehostaa?
11. Miten suhtaudut, jos HUS:in alueella olisi yhtenäinen toimintamalli ohjauksen tukena? Perusteluja miksi olisi, tai ei olisi.
12. Omia konkreettisia kehitysideoita ohjaukselle?

Liite 3: Suostumus tutkimukseen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Minua on pyydetty osallistumaan *laita tähän opinnäytetyösi nimi*.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä ja käsittelystä. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut vastaukset kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi _____ , ___/___/20__ . Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina. Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys