

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU  
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

POTILAAN OHJAUS HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄNÄ  
LIHAVUUDEN HOIDOSSA

Opinnäytetyö

Tuula Saukkola

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2010

## TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusyksikkö  
Hoitotyön koulutusohjelma

TUULA SAUKKOLA

### POTILAAN OHJAUS HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄNÄ LIHAVUUDEN HOIDOSSA

Opinnäytetyö, 33 sivua  
Ohjaajat: Timo Marttala & Marianne Sliden

24.11.2010

---

Asiasanat: lihavuus, ohjaus, opetus, hoitotyön auttamismenetelmä

Lihavuus on Suomessa kansanterveydellinen ongelma, sillä se on syynä monien liitännäissairauksien syntyyn. Lihavuutta voidaan hoitaa eri tavoin, mutta potilaan ohjaukseen tarvitaan aina.

Työn tutkimusongelmana oli selvittää, mistä hyvä potilasohjaus rakentuu sairaanhoitajan toteuttamana lihavuuden hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä ohjauksesta ja erityisesti lihavuudesta kärsivän potilaan ohjauksesta olemassa olevaa tietoa ja syntetisoida sitä potilasohjauksen tietoperustaksi. Työn tavoitteena oli luoda mahdollisuus hyödyntää opinnäytetyön muodossa esitettyä tietoa käytännön välineenä potilasohjauksen tehostamisessa ja kehittämisessä. Opinnäytetyön toteutustapa oli teoreettinen työ, joka pohjautuu aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, artikkeleihin ja tutkimuksiin.

Sairaanhoitaja ei voi työssään olla kohtaamatta lihavuudesta tai siihen yhteydessä olevista sairauksista kärsiviä ihmisiä. Tämän vuoksi tieto potilasohjauksesta on välttämätöntä hoitajan ammatillisen osaamisen kannalta.

Potilasohjaus lihavuuden hoidossa tähtää elintapojen muutokseen. Ohjauksessa on huomioitava potilaan tarvitsema tiedollinen, käytännöllinen sekä emotionaalinen tuki. Ohjausprosessiin ja ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen lisäksi hänen omat arvonsa ja asenteensa sekä potilaan yksilölliset erityispiirteet. Potilas omaksuu uusia tietoja ja taitoja omien tarpeidensa ja asioille antamiensa merkitysten mukaisesti ja sovitaa ne aikaisempaan tietoon ja kokemukseensa. Sairaanhoitajan suorittaman ohjauksen tavoitteena on kannustaa potilasta löytämään itselleen sopivat ratkaisut ja toimintamallit sekä ottamaan vastuu omasta terveydestään.

## ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Unit of Social Services and Health Care  
Degree Programme in Nursing

TUULA SAUKKOLA

PATIENT GUIDANCE AS A HELPING METHOD IN TREATMENT OF OBESITY

Bachelor's Thesis, 33 pages  
Advisors: Timo Marttala & Marianne Sliden

24.11.2010

---

Keywords: obesity, guidance, education, helping method

Obesity is a national health problem in Finland as a factor of several other illnesses. Obesity can be treated in different ways, but patient guidance is needed in any case.

The research problem of this thesis was to find out what a good patient guidance implemented by a registered nurse is made of in treating obesity.

This thesis is a theoretical work which material consists of subject related literature, articles and researches. The aim of the thesis was to gather documentation and facts of obese patient guidance, synthesize it and to produce new material which can be useful for a nurse in developing professional skills, such as improving the knowledge of patient guidance. As a registered nurse you can hardly avoid meeting obese patients and those suffering from obesity-related illnesses. For this reason, the knowledge of patient guidance is essential.

The patient guidance in treating obesity seeks for changing customary habits. The guidance consists of informational and practical support as well as responds in emotional needs. Along with professional skills, a professional nurse has his/her own values and attitudes which have an influence in guidance process. The patient, with his/her personal character and special needs, adopts new information and proficiencies by reconciling them into the former base of own knowledge and experiences. The aim of patient guidance is to encourage the patient to find suitable ways of action, to solve problems him/herself and to take responsibility for his/her own health.

## SISÄLLYS

2 LIHAVUUS KANSANTERVEYDELLISENÄ ONGELMANA .....	6
3 POTILAAN OHJAUS HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄNÄ .....	9
4 POTILAAN OHJAUS LIHAVUUDEN HOIDOSSA.....	12
4.1 Ohjaus elintapojen muutokseen .....	14
4.2 Tiedollinen ohjaus ja käytännön tuki .....	19
4.3 Emotionaalinen tuki .....	21
5 TUTKIMUSONGELMA, TARKOITUS JA TAVOITE.....	23
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	24
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	26
LÄHTEET.....	30

## 1 JOHDANTO

Potilaan ohjaus on yksi hoitotyön keskeisistä auttamismenetelmistä. Sen tavoitteena on sitouttaa potilas hoitoonsa ja käyttää oppimista potilaan selviytymistekijänä. Potilaan tai asiakkaan ohjaus on osa sairaanhoitajan arkipäiväistä työtä. Sairaanhoitajaopinnot kartuttavat tietämystä ja kokemusta potilasohjaukseen liittyvistä asioista. Tämä on herättänyt kiinnostuksen tutkia aihetta lisää.

Opinnäytetyön aihe rajattiin lihavuuden hoidossa tapahtuvaan potilaan ohjaukseen. Lihavuus ja sen aiheuttamat liitännäissairaudet ovat maassamme yhä kasvava ongelma, joka koskee kaikkia ikäluokkia. Tämän vuoksi lihavuus on kiintoisa aihe niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta. Lihavuuden hoitoon kuuluvalla potilasohjauksella pyritään lisäämään yksilön hyvinvointia unohtamatta lihavuuden hoitoon liittyvää kansanterveydellistä näkökulmaa.

Opinnäytetyön aihe on sairaanhoitajan työn kannalta käytännönläheinen, sillä lihavuuteen ja sen aiheuttamiin liitännäissairauksiin ei voi työssään olla törmäämättä. Tämän vuoksi tieto potilasohjauksen merkityksestä lihavuuden hoidossa on ammatillisen osaamisen kannalta hyödyllistä ja jopa välttämätöntä.

Lihavuuden hoidossa käytetään erilaisia hoitomenetelmiä, mutta potilaan ohjausta tarvitaan aina osana hoitoa. Sairaanhoitaja toteuttaa lihavuuden hoitoon liittyvää ohjausta eri tavoin, eri tilanteissa ja eri ympäristöissä. Ohjaus voi olla etukäteen suunniteltu ohjaustapahtuma tai muun hoitotyön lomassa tapahtuvaa. Ohjauksen painopisteet ja toteutustavat määräytyvät edellä mainittujen tilanteiden ja tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitaja tarvitsee hoitotyön asiantuntijuuden lisäksi hyvät vuorovaikutustaidot sekä kyvyn ottaa huomioon oppimiseen, käyttäytymiseen, yksilön persoonallisuuteen ja yksilöllisiin tarpeisiin liittyvät tekijät.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä lihavuudesta kärsivän potilaan ohjauksesta olemassa olevaa tietoa ja syntetisoida sitä potilasohjauksen tietoperustaksi. Työn tavoitteena on hyödyntää esitettyä tietoa käytännön välineenä potilasohjauksen tehostamisessa ja kehittämisessä.

Lihavuudesta, sen hoidosta ja potilaan ohjauksesta on olemassa runsaasti tietoa. Haasteellista onkin ollut löytää ne keskeisimmät tekijät, joista hyvä potilasohjaus lihavuuden hoidossa rakentuu. Lihavuuden hoidosta kärsivän potilaan koko ohjaaminen tähtää elintapojen muutokseen sisältäen myös tiedollisen ja emotionaalisen tuen. Näiden osaluokkien tarkastelu on työssä keskeisellä sijalla.

## 2 LIHAVUUS KANSANTERVEYDELLISENÄ ONGELMANA

Lihavuus on suuri kansanterveydellinen ongelma, sillä se vaikuttaa monien pitkäaikais-sairauksien kehittymiseen. (Martikainen & Gylling 2002.) Lihavuus on 1980-luvun alusta lähtien noussut koko ajan kaikissa ikäryhmissä, mutta eniten ovat lihonneet nuoret aikuiset. (Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 226; Rissanen & Fogelholm 2006, 14 - 16.) FINRISKI-tutkimuksessa 1990-luvun alussa todettiin, että 64 % työikäisistä miehistä ja 48 % naisista oli liikapainoisia ja noin viidennes miehistä ja naisista vähintään merkittävästi lihavia. (Rissanen ym. 2006, 16.) Kymmenen vuotta myöhemmin toteutetussa Terveys 2000 –tutkimuksessa tulokset olivat samankaltaisia: lihavuudesta kärsiviä miehiä oli 20,7 % ja naisia 23,9 % (Kansanterveyslaitos 2002). Eurooppalaisessa vertailussa Suomessa lihavuus on hieman keskitasoa ylempänä ja pohjoismaiden vertailussa Suomi on lihavin maa. (Rissanen ym. 2006, 14.)

Vaikka lihavuus ei itsessään ole sairaus, se on osasyynä monien fyysistä terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä heikentävien pitkäaikaissairauksien syntyyn tai niiden pahenemiseen. (Iivanainen ym. 2001, 226; Rissanen ym. 2006, 16; Käypä hoito 2007.) Painoindeksin ylittäessä arvon 30 kg/m<sup>2</sup> lisääntyvät lihavuuden haitat selvästi. (Uusitupa 2006, 37.) Lihavuus kohottaa verenpainetta, lisää vaaraa sairastua kakkostyyppin diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Yksilötasolla lihavuus heikentää merkittävästi terveyteen liittyvää elämänlaatua, erityisesti fyysistä terveyttä ja toimintakykyä. Lisäksi lihavuus voi vaikeuttaa sosiaalista elämää ja aiheuttaa alemmuudentunnetta. Ahdistus- ja masennusoireita voi etenkin sairaalloisen lihavilla tai muista sairauksista, kivuista tai syömishäiriöistä kärsivillä lihavilla ihmisillä esiintyä enemmän kuin muilla. (Iivanainen ym. 2001, 226; Fontaine & Bartlett 2003, 68; Rissanen ym. 2006, 16; Käypä hoito 2007; Mustajoki 2007, 104.)

Suomessa puolet aikuisväestöstä ylittää liikapainoisuuden rajan, eli painoindeksi on yli 25 kg/m<sup>2</sup>. Kehon painoindeksi (BMI, Body Mass Index) tarkoittaa kehon painoa suhteutettuna sen pinta-alaan. Tätä painoindeksiä voidaan käyttää lihavuuden arviointiin vasta ihmisen kasvun loputtua: lasten ja nuorten pituuden painoa arvioidaan kasvukäyriä seuraamalla. (Iivanainen ym. 2001, 225.) Painoindeksiin vaikuttavat sekä rasvan että lihaskudoksen määrä kehossa. (Rissanen ym. 2006, 16.) Painoindeksin asettuessa välille 25 – 29,9 kg/m<sup>2</sup> ihminen luokitellaan ylipainoiseksi tai lievästi lihavaksi. Lihavuudesta on kysymys painoindeksin ollessa vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>. (Iivanainen ym. 2001, 225; Rissanen ym. 2006, 14; Mustajoki 2007, 81.)

Yhteiskunnallisella tasolla ylipainon rooliin kansansairauksien synnyn riskitekijänä on kiinnitetty huomiota muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon vuosille 2008 – 2011 laaditussa kansallisessa Kaste-kehittämishjelmassa. Yksi Kaste-ohjelman keskeisistä tavoitteista on, että ylipainoisten osuus työikäisistä palautuu vuosien 1998–2001 tasolle. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008, 27.)

Lihavuuden lisääntymisen taustalla ovat elintason tuomat muutokset suomalaisten elämäntavoissa (Mustajoki & Lappalainen 2001, 13). Työn ja arkiaktiivisuuden aikaansaama energiankulutus ei ole enää edullisessa suhteessa ravinnosta saatavan energian määrään. (Rissanen ym. 2006, 14; Vasankari 2008, 2.) Tekniikan kehittymisen myötä aikaisemmin lihasvoimalla tehty työ hoidetaan nykyään koneiden avulla, ja ruumiillinen ansiotyö on suurimmaksi osaksi kadonnut. Henkilöautojen määrä on lisääntynyt ja vähentänyt omien jalkojen käyttöä, samoin kuin kotiaskareiden teossa saatava arkiliikunta on vähentynyt. Kehittyvä viihdeteknologia houkuttelee ihmisiä istumaan esimerkiksi TV:n tai tietokonepelien ääreen liikkumisen sijasta. (Mustajoki 2007, 11 - 12.)

Vertailtaessa ruokatottumusten yhteyttä lihavuuteen nousee rasvan runsas käyttö yhdeksi keskeisimmistä lihavuuden taustatekijöistä. Vaikka kasvien, hedelmien ja vähärasvaisten kevyttuotteiden käyttö on maassamme lisääntynyt, on painonhallinnan kannalta ongelmallisten pikaruokien, välipalojen ja einesten suosio kasvanut. Lisääntyneellä alkoholin kulutuksella voi myös olla merkitystä väestön lihomisessa erityisesti nuorten miesten kohdalla. (Rissanen ym. 2006, 19; Mustajoki 2007, 13.)

Lihomisen ja sosioekonomisten välistä yhteyttä on myös tarkasteltu. On havaittu lihomisen olevan yleisintä huonosti koulutettujen naisten keskuudessa, kun taas miehillä ei

ole havaittu tätä yhteyttä. (Rissanen ym. 2006, 14.) Länsimaissa lihavuus on alempien sosioekonomisten luokkien ongelma, mutta ongelmalliseksi asian tekee se, että lihavuus voi olla sekä syy että seuraus. Tulotaso voi vaikuttaa esimerkiksi liikuntaharrastusten saatavuuteen tai painonhallinnan kannalta edullisten ravintoaineiden, esimerkiksi hedelmien ja vihannesten valintaan. Koulutuksen puute voi heikentää terveysviestinnän ymmärrystä ja päivittäinen huoli toimeentulosta olla päällimmäisenä terveyden arvostuksen jäädessä vähemmälle huomiolle. Lihavuus voi myös vaikeuttaa työpaikan saantia etenkin naisilla. (Rissanen ym. 2006, 20; Mustajoki 2007, 15.)

Vuonna 2004 lihavuudesta aiheutui terveystenonja ja sosiaaliturvan menonja arviolta runsaat 210 miljoonaa euroa eli noin 2,2 % terveydenhuollon kokonaismenonja. Menonjihin lasketaan sairaala- ja lääkehoidosta johtuvat menot (runsaat 140 miljoonaa euroa) ja sairauspäivärahaakorvauksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuneet sosiaaliturvan menot (vajaat 70 miljoonaa euroa). Aivohalvaus, nivelrikko ja tyyppin 2 diabetes muodostivat yli puolet lihavuuden aiheuttamista kokonaismenonja. (Pekurinen 2005, 6.). Aivoverenkiertohäiriöt olivat sairaalakulujen aiheuttajina suurin syy, ja tyyppin 2 diabeteksen lääkehoito aiheutti 41 % lääkehoidon menonja. Työkyvyttömyyden ja sairauspäivien merkittävin syy oli puolestaan lihavuuteen liittyvä nivelrikko. (Rissanen ym. 2006, 21 – 22.)

Lihavuuden aiheuttamien kustannusten arvio on vaikeaa, ja laskelmia voidaan pitää vain suuntaa-antavina. Useimmat lihavuuden aiheuttamista haitoista olisivat kuitenkin estetävissä lihavuuden tehokkaalla hoidolla. Laihdutuksen tulisi olla ensisijainen hoitomuoto kohonneesta verenpaineesta tai tyyppin 2 diabeteksesta kärsiville ylipainoisille. Laihdutushoidon järjestäminen voisi vapauttaa terveydenhuollon resursseja muuhun käyttöön. (Rissanen ym. 2006, 21 – 22.)

Uusin Käypä hoito –suositus aikuisten lihavuuden hoidosta on vuodelta 2007, ja sen tavoitteena on lihavuuden hoidon tehostaminen koko terveydenhuollossa. Tavallisin hoitomuoto, niin kutsuttu perushoito, on usealla tapaamiskerralla toteutettu elintapojen muutoksiin tähtäävä yksilö- tai ryhmäohjaus. Tavoitteena on ylipainoisen potilaan 5 – 10 prosentin suuruinen pysyvä painon pieneneminen, joka saavutetaan painon riittäväällä vähentämisellä ja mahdollisimman pysyvällä tuloksella sekä myönteisillä elämäntapojen muutoksilla. (Käypä hoito 2007.) Jo muutaman kilon laihtuminen esimerkiksi laskee verenpainetta ja vaikuttaa hyödyllisesti veren rasva-arvoihin. Hoidolla pyritään autta-



maan potilasta saamaan aktiivinen ote laihduttamiseen, toteuttamaan uusia ravinto- ja liikuntatottumuksia, hallitsemaan syömistään sekä myös säilyttämään laihdutustuloksensa. (Mustajoki 2007, 122; Mustajoki 2008.)

### 3 POTILAAN OHJAUS HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄNÄ

Hoitotyön auttamismenetelmät ovat hoitohenkilökunnan käyttämiä keinoja ja toimintoja, joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään ja tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa ihmistä kuoleman lähestyessä. Auttamismenetelmät voivat olla näkyviä menetelmiä, kuten esimerkiksi potilaan syöttäminen, pukeminen ja lääkehoito, tai näkymättömiä kuten neuvonta ja ohjaus, tukeminen, kuunteleminen ja rohkaisu. Auttamismenetelmät vaihtelevat ihmisen terveydentilan, arvojen, tarpeen, toimintakyvyn, iän, elämäntilanteen ja ympäristön mukaan. (Kassara & Paloposki & Holmia & Murtonen & Lipponen & Ketola & Hietanen 2006, 59.)

Potilaan ohjaus on keskeinen osa asiakkaan tai potilaan hoitoa. Se on osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista ja yksi tärkeimmistä hoitotyön auttamismenetelmistä. Hoitotyön ohjaustilanteita syntyy sairaalan osastojen lisäksi myös perusterveydenhuollon vastaanotoissa, kodeissa, kouluissa sekä työpaikoilla. Ohjaustilanteet voivat olla yksilö- tai ryhmäohjausta ja niitä voidaan toteuttaa eri apuvälineiden avulla. Sairaanhoidtaja suorittaa ohjausta suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa sekä osana arkipäivän tavallisia hoitotoimenpiteitä, jolloin ohjausta tapahtuu rutiininomaisesti ja lähes tiedostamatta. (Hautakangas, & Horn & Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 68 – 71.)

Ohjaustilanteissa hoitaja käyttää paitsi omaan kliiniseen kokemukseensa perustuvaa tietoa myös näyttöön perustuvaa tietoa ja kyseisen asiakkaan tai potilaan terveyteen, toiveisiin ja näkemyksiin perustuvaa tietoa. (Hautakangas ym. 2003, 68 – 71.) Tarjolla on monenlaisia malleja ja lähestymistapoja, ja teoreettista taustaa työlleen voi löytää esimerkiksi vuorovaikutusteorioista, kasvatuspsykologian suuntauksista tai opetusmenetelmistä. Erilaisiin kasvatusnäkemyksiin ja ihmisen psyykkisen tukemisen malleihin tutustuminen voi auttaa hoitajaa löytämään itselleen sopivan, luontevan ja luovan tavan toteuttaa ohjausta ja tunnistamaan oman toimintatapansa taustalla vaikuttavat arvot,

tiedot ja oppimiskäsitykset. (Laine & Ruishalme & Salervo & Sivén & Välimäki 2003, 322 – 323; Hautakangas ym. 2003, 73.)

Ohjaus on moniulotteista toimintaa, jonka taustalla useat eri teoriat tukevat ja täydentävät sitä. Läheisimpänä ohjaukseen liittyvänä teoriana nousee esiin kokemuksellinen eli konstruktivistinen oppimisteoria, jonka perusajatus on ihmisen kokemuksellisten tietojen ja taitojen hyväksikäyttö uuden oppimisessa. Ihminen asettaa itselleen tietoisesti tai tiedostamatta päämääriä ja valitsee erilaisia toimintamalleja niiden saavuttamiseksi. Toimintamallien valintaan vaikuttavat niin kutsutut sisäiset mallit, joiden perusteella ihminen voi torjua uuden tiedon itselleen sopimattomana tai vaihtoehtoisesti muuttaa sisäistä malliaan uuden tiedon avulla. Uudelle tiedolle muodostettu omakohtainen merkitys vaikuttaa oppimisprosessiin, jossa uusi tieto sovitetaan ihmisen aikaisempaan kokemuserustaan. (Hautakangas ym. 2003, 59 – 73.)

Omaksumansa tietoperustan avulla hoitaja tulee tietoiseksi oppimistapahtumasta ja pysyy tunnistamaan ohjaamisessa mahdolliset esiintyvät ongelmat. Tieto auttaa oman osaamisen kehittämisessä. Luonnollisesti myös työssä saadut kokemukset kartuttavat tietoja, taitoja, oivalluskykyä ja intuitiota. (Laine ym. 2003, 322 – 323; Hautakangas ym. 2003, 73.)

Ohjaus on sosiaalista toimintaa, jonka tavoitteena on hyödyntää oppimista selviytymistekijänä. Ohjattavan ja ohjaajan tasa-arvoisessa toimintasuhteessa keskeistä on tiedon muuttuminen potilaalle omakohtaiseksi arkipäivän toiminnaksi ja potilaan tukeminen omien voimavarojensa, hallintakeinojensa ja itsehoidollisten kykyjensä löytämisessä sekä itsenäisten valintojen tekemisessä. (Laine ym. 2003, 280; Hautakangas ym. 2003, 68 – 71.) Onnistunut ohjaussuhde merkitsee molemmilta osapuolilta aktiivisuutta ja halua työskennellä yhdessä tavoitteen saavuttamiseksi. (Kynäs & Kääriäinen & Poskiparta & Johansson & Hirvonen & Renfors 2007, 41 – 42.)

Asiakkaan toimintakykyä, elämänlaatua sekä itsenäistä päätöksentekoa parantava ohjaus on yksilön terveyttä edistävä tekijä. Hyvin toteutettua potilaan ohjausta voidaan tarkastella myös yhteisönäkökulmasta kansanterveydellisten ja –taloudellisten hyötyjen kannalta: hyvän ohjauksen vaikutukset voivat näkyä esimerkiksi vähentyneinä sairauspäivinä, ehkäistynä lisäsairauksina ja lääkkeiden käytön vähentymisenä. (Kynäs ym. 2007, 145.)

Yksi ohjauksen tavoitteista on potilaan voimaantumisen edistäminen, sillä voimaantuminen on tärkeä hoitoon sitoutumista määräävä tekijä. (Kyngäs ym. 2007, 145; Kyngäs & Hentinen 2008, 28; Holmia & Murtonen & Myllymäki & Valtonen 2008, 36 – 37.) Terveyttä edistävät valinnat ja niiden toteuttaminen tuovat ihmiselle hyötyjä, joiden avulla ihminen voi saada merkittävän kokemuksen omaehtoisesta myönteisestä toiminnastaan tärkeällä elämäalueella. Voimaantuminen tapahtuu siis oman toiminnan, ei ohjaajalta saatujen ”oikeiden” asenteiden ja arvojen kautta. (Ewles & Simnett 2003, 276 – 277.)

Ohjaus on eri vaiheista rakentuva prosessi, jonka onnistuminen vaatii riittävät taustatiedot asiakkaasta. Ohjaajan tulee olla myös tietoinen omista taustatekijöistään, sillä ne vaikuttavat ohjaussuhteen syntymiseen ja sen etenemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Taustatietojen selvittämisen lisäksi on tunnistettava potilaan tiedontarve ja –halu ja arvioitava potilaalle sopivin tapa omaksua asiat ennen ohjaustavan valintaa. Ratkaisevaa on myös tunnistaa potilaan voimavarat, muutoshalukkuus ja –valmius sekä hänen sen hetkinen psyykinen tilansa, koska edellä mainitut seikat voivat toimia tavoitteiden saavuttamista estävinä tekijöinä. (Kyngäs ym. 2007, 42 – 43.)

Jokainen ohjausprosessi on yksilöllinen kokonaisuus joka vaatii myös joustavuutta, sillä ohjattavan muuttuneet tarpeet vaativat myös ohjauksen mukauttamista niihin. Opetuksen päämääränä on oppijan luovuuden, omaehtoisuuden, yhteistyökyvyn, vapautumisen ja itsenäistymisen vahvistaminen. (Puolimatka 2002, 252; Hautakangas ym. 2003, 59 – 64; Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 125 – 130; Kyngäs ym. 2008, 89 – 92.)

Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa, jolloin ohjauksen tehostamisen merkitys korostuu. NykYTEknologian ja saatavilla olevan runsaan tiedon avulla potilas voi olla hyvinkin tietoinen omista sairautensa liittyvistä asioista ja ottaa usein aktiivista roolia hoidossaan vapaaehtoisesti. Hoitajan tehtävänä on kuitenkin ohjauksellaan tukea myös niitä potilaita, jotka eivät näkyvästi ole vielä valmiita ottamaan omaa rooliaan vastuunkantajana ja toimijana. Potilaalle tarjotaan tietoa, haasteita ja toimintamalleja, mutta loppujen lopuksi hän tekee itse omat päätöksensä ja valintansa. (Kyngäs ym. 2007, 5 – 6; 12.)

Ohjaus sisältää potilaalle tarjottavan tiedon lisäksi myös muut sosiaalisen tuen muodot: emotionaalisen, käytännöllisen ja tulkintatuen. Hoitajan emotionaalinen tuki ohjaussuh-

teessa tarkoittaa pitämisen, välittämisen, arvostamisen ja muiden myönteisten tunteiden osoittamista. Käytännön tuki taas voi pitää sisällään erilaisia avun muotoja tai palveluita, joita asiakas tarvitsee. Tulkintatuella autetaan potilasta ymmärtämään ja arvioimaan itseään, omaa tilannettaan tai muita ihmisiä. (Kyngäs ym. 2007, 41 – 42.)

Rinnakkaiskäsitteitä ohjaukselle ovat muun muassa neuvonta, terveysneuvonta, opetus ja tiedon antaminen. (Kyngäs ym. 2007, 5 – 6.)

#### 4 POTILAAN OHJAUS LIHAVUUDEN HOIDOSSA

Useimmat lihavuuden aiheuttamista haitoista olisivat estettävissä lihavuuden tehokkaalla hoidolla. (Rissanen ym. 2006, 21 – 22.). Lihavuuden hoidossa keskeisintä on elintapojen, etenkin syömiskäyttäytymisen muuttaminen, joka on ainoa tie pysyvään tulokseen. (Mustajoki ym. 2001, 17; Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009, 23.)

Lihavuuden hoidossa ohjausta tapahtuu lyhyessä hoitomallissa (lyhyt interventio) tai perushoidossa. Lyhyeen ohjaukseen kuuluvat lihavuuden kliininen toteaminen, asian puheeksiottaminen ja ylipainon merkityksestä keskusteleminen sekä hoitovaihtoehtojen ja painonhallintakeinojen esittely. Lyhyttä ohjausta voivat toteuttaa kaikki potilastyötä tekevät. Lihavuuden perushoidolla puolestaan tarkoitetaan polikliinisesti toimivaa painonhallintaryhmää tai yksilöohjausta. Ryhmäohjaus on yksilöohjausta taloudellisempi hoitomuoto, ja lisäksi etuna on potilaan mahdollisuus sosiaaliseen vertaistukeen muilta ryhmän jäseniltä. Hoitoon kuuluu yleensä 10 – 20 ohjaukset, jotka ovat pituudeltaan 60 – 90 minuuttia. (Mustajoki 2008.) Erityisesti perushoitomuotoisen lihavuuden hoidon voidaan katsoa jakautuvan kahteen osaan: noin 2 – 6 kuukauden mittaiseen laihdutusvaiheeseen ja sitä seuraavaan painonhallintavaiheeseen. (Fogelholm 2001, 54.)

Painonhallinnan ohjauksessa pyrkimyksenä on kaikin tavoin tukea ohjattavien motivaatiota, oma-aloitteisuutta, aktiivisuutta, itseluottamusta sekä halua ja kykyä ottaa painonhallinta omiin käsiinsä. Ihanteellista olisi saada ohjattavat itse löytämään muutosvaihtoehtoja ja myös kokeilemaan niitä, jotta jokaiselle sopiva vaihtoehto löytyisi. Periaatteena on se, että ohjattava itse valitsee, millaisia muutoksia hän haluaa ja miten soveltaa muutokset omaan elämäänsä. (Mustajoki ym. 2001, 21.) Ohjattavan rohkaiseminen te-

kemään itse päätöksensä ja löytämään ratkaisunsa itse edistää omasta terveydestä vastuun ottamista, joka on terveyden edistämisen peruslähtökohta. (Ewles ym. 2003, 184).

Ohjauksen avulla pyritään saamaan potilas luopumaan haitallisista vanhoista tottumuksista ja oppimaan uusia tapoja niin ruokailutottumusten kuin fyysisen aktiivisuudenkin suhteen. Tavallisesti tarvitaan useita erilaisia muutoksia. Pelkkä päättäväisyys ei yleensä riitä, vaan tarvitaan myös tietoa erilaisten muutosten vaikutuksesta energiatasapainoon sekä taitoa toteuttaa muutokset itselle sopivalla tavalla. Painonhallintaa helpottavien ruokatottumusten tiedon omaksuminen on helppoa, mutta ongelmana on tiedon muuttaminen käytännöksi omassa elämässä. Lihavan potilaan ohjaus on parhaimmillaan yhdistelmä, joka sisältää käyttäytymismuutosten ohjausta sekä ruokavalioon ja liikuntaan liittyvää ohjausta. (Fogelholm 2001, 54; Mustajoki ym. 2001, 21; Käypä hoito 2007.) Painonhallintaohjelman tulisi olla myös riittävän pitkä ja sisältää jonkinlaista jälkiseurantaa. Ohjelmia suunniteltaessa ja toteutettaessa on tärkeä tiedostaa painonhallinta prosessimaiseksi työskentelyksi, johon kuuluu tekemällä, kokeilemalla ja kokemuksen kautta oppimista. (Turku & Heinonen 2005, 10.)

Painonhallintaohjaaja tarvitsee monenlaista tietämystä työssään. Pieni Päätös Päivässä – ohjaajakoulutusprojektin seurantatutkimusta koskevassa raportissa (Turku ym. 2005, 28) kerrotaan, että tutkimukseen osallistuneet painonhallintaohjaukseen koulutetut henkilöt arvioivat tarvitsevansa ryhmänohjaustaitoja, lääketieteellistä ja hoidollista pohjaa, ravintotieteellistä ja psykologista tietämystä sekä perusteita liikunnan ohjauksesta. Ohjausideologian ja asenteiden osalta katsottiin tarvittavan sitoutumista pitkäjänteiseen ohjaustyöhön ja muutosprosessiin, kykyä reflektoida omaa ohjaustyyliään, ohjattavan muutosvalmiuden huomiointitaitoa ja jatkoseurannan arvioinnin merkityksen ymmärtämistä.

Painonhallintaohjausyhdistys ry:n (2008 – 2010) mukaan ammattitaitoinen ja luotettava painonhallintaohjaaja perustaa ohjauksen tieteellisesti tutkittuun ja yleisesti hyväksytyyn terveystietoon. Hyvä ohjaus koostuu monipuolisesta tiedollisesta ja taidollista osaamisesta sekä eri asiakasryhmien erilaisten tarpeiden huomioonottamisesta. Tietoperusta koostuu lihavuudesta yleisesti, painonmuutosten vaikutuksista, ravinnosta, liikunnasta sekä syömisen hallinnasta. Ohjauksessa korostuvat pitkäjänteinen sitoutuminen ja pysyvien elintapamuutosten tärkeys. Ohjaaja auttaa oppimaan uusia, pysyviä tapoja ja on työssään asiallinen ja kannustava sekä tasavertainen kanssakulkija, joka osaa antaa

vastuuta painoa hallitsevalle itselleen. Hän on innostunut ohjaamisesta ja arvostaa ohjattaviaan. (Painonhallintaohjausyhdistys ry 2008 – 2010.)

Käsitettä ”painonhallinta” käytetään usein ”laihduksen” sijasta. Painonhallinta voi sisältää painon pudottamista eli laihtumista mutta aina kuitenkin lihomisen ehkäisyä. Painonhallintataitoa tarvitseekin lähes jokainen ihminen. (Turku ym. 2005, 10.)

#### 4.1 Ohjaus elintapojen muutokseen

Psykologinen tieto auttaa ymmärtämään syömistä ja syömiseen liittyviä ongelmia ja painonhallinnassa tietoa voidaan käyttää ravitsemusneuvonnan kehittämisessä, hoitomenetelmien valinnassa sekä motivoitaessa asiakasta muutoksiin. (Lappalainen 2006, 15 – 19; Melin 2007, 265.)

Psykoanalyttiset teoriat syventävät tietämystä taustalla vaikuttavien tiedostamattomien motiivien olemassaolosta, ihmisen mielen sisällä tapahtuvista asioista ja ihmisen sisäisestä hallinnasta eli kokemuksille muodostettavista merkityksistä. (Hautakangas ym. 2003, 73.) Näkemykset syömiseen vaikuttavista tekijöistä ovat taustalla ruokamuutosten tukemisessa sekä laihtumisen että painonhallintavaiheen aikana. Psykososiaalisilla tekijöillä on usein suuri merkitys ruoan valinnassa ja nautitun ruuan määrässä, vaikka biologiset tekijät vaikuttavat taustalla nälän ja kylläisyyden aistimisessa. (Fogelholm 2001, 55.)

Elintapojen muutokseen tähtäävässä lihavuuden hoitoon liittyvässä ohjauksessa voidaan käyttää tukena oppimisteorioihin perustuvia psykologisia menetelmiä kuten reflektioivaa oppimista sekä kognitiivista käyttäytymisterapiaa, jossa potilaan omia hallintamenetelmiä pyritään kehittämään ajattelu- ja toimintamallit tiedostamalla. (Käypä hoito 2007.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on osoittautunut tehokkaaksi menetelmäksi erilaisten käyttäytymishäiriöiden ja ongelmien hoidossa. Sitä sovelletaan myös lihavuuden ja syömishäiriöiden hoitoon. (Lappalainen 2006, 223). Kognitiivisella käyttäytymisterapialla parannetaan potilaan laihtumistulosta merkittävästi. (Mustajoki 2008.) Pelkällä käyttäytymismuutoksiin tähtäävällä ohjauksella voidaan saavuttaa positiivisia tuloksia

painonhallinnassa, mutta ylipainoisten painonpudotus on tuloksellisempaa, mikäli mukaan lisätään myös fyysinen aktiivisuus ja huomioidaan oikean ravinnon osuus (Melin 2007, 272).

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on aktiivista yhteistyötä, jonka avulla pyritään parantamaan asiakkaan elämänlaatua, toimintaa ja tyytyväisyyttä. Pääpaino asetetaan tämän hetken tilanteeseen ja tulevaisuuden tavoitteeseen. (Lehtonen & Lappalainen 2006, 5.)

Perusoletuksena on, että ihmisen kognitiot, tunteet ja käyttäytyminen ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa ja ihmisen ajattelu vaikuttaa suuresti hänen tunteisiinsa ja käyttäytymiseensä. Kognitioita muuttamalla voidaan vaikuttaa myös käyttäytymiseen ja tunteisiin. Muutosten esteenä olevista opituista ajatuksista ja asenteista voidaan oppia pois ja löytää tilalle muutosta tukeva tapa ajatella. (Roti & Ihanus 1997, 142 – 146.)

Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta pohjautuvia ravintotottumusten muutoksiin tärkeitä ohjausmenetelmiä lihavuuden hoidossa ovat esimerkiksi itsetarkkailu (esimerkiksi ruoka- ja liikuntapäiväkirjat sekä repsahduksia aiheuttavien tilanteiden kirjaaminen), liikasyömistä laukaisevien tunneperäisten tekijöiden tunnistaminen, havainnointi ja hallinta, kannustimien käyttö sekä stressinhallinta- ja ongelmanratkaisumenetelmien kehittäminen. (Käypä hoito 2007; EASO.)

Potilaan tai asiakkaan kokonaisvaltaista tilannetta arvioitaessa tarkastellaan, mitä ja miten hän syö, mitä ja miten hän puhuu ruuasta, syömisestä tai itsestään sekä millaisia tuntemuksia ruoka ja ylipainoisuus hänessä herättävät. Käytännössä tämä voi toteutua esimerkiksi analysoimalla henkilön ostoskäyttäytymistä, syömistapoja, ruuasta ja syömisestä puhumista sekä syömiseen liittyvän tunnepuolen kuvaamista: miten asiakas kuvailee itseään ja kehoaan ja millaisia tunteita ruoka, ylipaino ja painonhallintaan liittyvät asiat hänessä herättävät. Asiakkaan kanssa voidaan harjoitella ”tietoista syömistä”, jonka avulla asiakasta opetetaan huomioimaan aistikokemuksia syömisestä ja muiden siihen liittyvien tilanteiden aikana. Tällainen sisäinen analyysi hoidettavan omiin havaintoihin ja merkintöihin perustaen voi tehostaa hoitoa. (Lappalainen 2006b, 15 - 19.)

Ruokatottumusten muuttaminen on oppimisprosessi, jossa tavoitteena voi olla syömisestä hallinnan taidon oppiminen. Ruokatottumuksia muutettaessa on aluksi opetettava syömistä tietoisesti, sillä liikasyömisestä taito voi olla niin hyvin opittu, että sitä ei tietoisesti ajattele. Tietoista huomion kiinnittämistä ruokatottumuksiin kutsutaan reflektioiksi.

Ihminen arvioi ruokatottumuksiaan, syömiskäyttäytymistään ja haluamaansa muutostarvetta. Reflektoinnin avulla voi myös jäsentää haluttuja muutoksen tavoitteita sekä toimintatapoja päämäärän saavuttamiseksi. Refleктоiva oppiminen on toisiinsa limittyvien vaiheiden muodostama prosessi, jossa kokemuksia seuraa reflektointi. Reflektoinnin perusteella joko tehdään tai ei tehdä muutoksia esimerkiksi syömiskäyttäytymiseen. Joka vaiheessa tapahtuvan reflektoinnin perusteella tuloksena voi olla uusia näkökulmia, asenteita ja toimintatapoja. (Heinonen 1998, 11 - 12.)

Käytännössä lihavuudesta kärsivän potilaan reflektointia voi olla esimerkiksi lihavuuden haittojen ja hyötyjen punnitseminen. Reflektointikykyä tarvitaan myös jatkossa saavutettujen tulosten ylläpitämiseksi, sillä vanhoihin, totuttuihin tapoihin palaaminen saattaa tapahtua huomaamatta. (Heinonen 1998, 13 - 16.)

Potilas harjaantuu omien ajatustensa ja käyttäytymisensä itsearvioinnissa, kunhan on ensiksi ymmärtänyt ja hyväksynyt, että omissa ajattelutavoissa voisi olla jotain muuttamista. Käyttäytymisen muutoksiin tähtäävässä tasavertaisessa hoitosuhteessa ohjaaja ja ohjattava pyrkivät yhdessä löytämään keinoja tilanteen muuttamiseksi tai ongelmien ratkaisemiseksi. Aktiivisena vaikuttajana toimiessaan potilas saa kokemuksia mahdollisuuksistaan vaikuttaa omiin käyttäytymistottumuksiinsa ja elämäänsä. Ohjattavan tulisi saada itse löytää muutosvaihtoehtoja ja kokeilla niitä käytännössä löytääkseen parhaiten itselleen sopivat vaihtoehdot. Hän siis ratkaisee itse, mitä muutoksia tekee ja miten soveltaa ne käytännön elämään. Omatoimisuus korostuu erityisesti painonhallintavaiheessa, joka vaatii onnistuakseen pysyviä elämäntapamuutoksia. Uutta tottumusta voidaan ajatella uutena taitona: käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi ruokaostosten tekemistä opettelemalla laatimaan ostoslista etukäteen. (Mustajoki ym. 2001, 21; 104; Fogelholm 2001, 64; Lappalainen 2006a, 223 – 224; Mustajoki 2007, 182.)

Ongelmien tiedostaminen ja muutoksen tarpeen tunnistaminen on ratkaisevaa ja muutokseen tähtäävä suunnitelmallinen toiminta motivoi, mikäli muutoksen tiellä olevat esteet on tunnistettu (Melin 2007, 268 – 269). Havaittuihin ongelmakohtiin voidaan vaikuttaa laihdutuksen aikana kysymysten, keskustelujen, harjoitusten ja tehtävien avulla. (Lappalainen 2006b, 15 – 19; Melin 2007, 265.)

Yksi painonhallinnan ohjauksen toimintamalli on ongelmanratkaisumenetelmä, jonka avulla tuetaan ohjattavaa olemaan mukana hoidossaan, löytämään käytännön ratkaisuja



painonhallintaan, ratkaisemaan ongelmia sekä autetaan ohjaajaa etenemään hoidossa järjestelmällisesti. Ongelmanratkaisumenetelmä kulkee vaiheittain. Aluksi valitaan käsiteltävä asia tai pulma, jonka mukaan selvitetään tavoitteet. Tavoitteet ohjaavat ratkaisuvaihtoehtojen tuottamista, arviointia ja valintaa. Valitun ratkaisuvaihtoehdon toteuttamiseksi tehdään suunnitelma jota kokeillaan. Kokeilua seurataan, arvioidaan, ja tarvittaessa palataan asiaan uuden ratkaisuvaihtoehdon valinnalla. (Mustajoki ym. 2001, 47 – 48.)

Ongelmanratkaisumenetelmän avulla ohjaaja voi aktivoida hoidettavan löytämään itse ratkaisuja tottumuksiinsa. Kun asianomainen saa itse esittää muutosehdotukset, on muutostarinta vähäisempää. (Lappalainen 2006b, 15 – 19.) Muutoksen on oltava asiakkaalle riittävän konkreettinen ja yksityiskohtainen. Päätös esimerkiksi ”rasvan vähentämisestä” tai ”liikunnan lisäämisestä” ei riitä. Tarpeeksi konkreettinen ja yksityiskohtainen muutos sen sijaan on ”kevytmaidon vaihtaminen rasvattomaan maitoon” tai ”liikuntaa puoli tuntia päivässä”. (Mustajoki 2007, 187.)

Tottumusten muuttamisen tärkeimpiä periaatteita on varautua ongelmatilanteisiin etukäteen. Syömistä edeltävät tapahtumat ratkaisevat suurimmaksi osaksi mitä ja kuinka paljon syödään. Pelkkä päätös olla syömättä liikaa toimii huonosti, ja sen vuoksi onkin muutettava syömistä edeltäviä toimintoja. (Mustajoki 2007, 184 – 185.)

Ruokatottumusten muutosprosessia voi edistää käyttämällä ratkaisukeskeistä työtettä. Ratkaisukeskeistä lähestymistapaa käytetään perinteisesti esimerkiksi perheterapiassa ja alkoholistien hoidossa, mutta sitä voidaan käyttää muuhunkin tavoitteelliseen toimintaan. Syiden etsiminen ongelmiin, kuten liikasyöntiin ja lihavuuteen, on hyvin tavallinen tapa lähestyä hankalia asioita. Tällöin voidaan juuttua esimerkiksi kysymykseen ”miksi minä syön liikaa?”. Perinteisessä syy-seuraus-ajattelussa ongelma ratkeaa poistamalla sen aiheuttanut syy. Syiden pohtiminen ja etsiminen on ihmiselle luontaista, mutta se vie aikaa, eikä välttämättä johda uusien näkökulmien syntyyn. Ratkaisukeskeisessä ongelmanratkaisumallissa puolestaan ongelman syyn etsimisen sijasta pyritään etsimään elämästä sellaisia aikoja, jolloin ongelmaa ei ole tai se ei tuota haittaa. Ongelmattomat ajat pyritään näkemään onnistumisina ja lisäämään sen kaltaisia hetkiä. Syömistottumuksista etsitään jokaiselta jo löytyviä hyviä toimivia asioita kuten painonhallinnan kannalta hyödyllisiä ruokavalintoja. Tavoitteet tottumusten korjaamiseen haetaan asiakkaan omasta elämästä, eikä anneta ulkoapäin esimerkiksi asiantuntijoiden laatimien suositusten mukaan ohjeita siitä, millainen ruoka hänelle sopii. Asiakkaan itsensä

laatimat tavoitteet ovat hänelle tärkeitä, ja sitoutuminen niihin todennäköisesti parempaa kuin ohjaajan asettamiin, suositusten mukaisiin tavoitteisiin. (Heinonen 1998, 20 – 22; Heinonen 2001, 72; Laine ym. 2003, 324.)

Ratkaisukeskeisessä työskentelytavassa olennaista on muutosvoimana toimivan myönteisen palautteen antaminen ohjattavalle. Ohjaaja kokoaa ja kertoo onnistumiset ja myönteiset asiat, pienetkin, ja osoittaa arvostavansa asiakkaansa työskentelyä tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjattavan myönteinen käsitys itsestään edistää muutosta terveystietämyksessä, asenteissa ja toiminnassa. Myönteisen palautteen löytäminen ja antaminen voi tuntua ohjaajasta joskus haastavalta, mutta tavoitteiden saavuttamisen kannalta on ehdottoman tärkeää löytää myönteistä sanottavaa. (Heinonen 1998, 49 – 50; Laine ym. 2003, 325 – 326; Ewles ym. 2003, 185.)

Motivaatio on laihdutuksessa välttämätön. Sen selvittämiseksi on tärkeä selvittää ohjattavalta, miksi hän haluaa laihduttaa tai hallita painoaan, miksi ja millaisia muutoksia elämäntapoihinsa hän haluaisi tehdä, mitä hän on valmis tekemään ja mihin valmis sitoutumaan. (Mustajoki ym. 2001, 31; Borg 2007, 39 - 40.) Vaikka ihminen usein kaipaa ja haluaa muutosta, voi se aiheuttaa myös pelkoa, sillä edessä on uusi ja outo tilanne. Tutusta ja turvallisesta luopuminen merkitsee heittäytymistä tuntemattomaan. Työntekijän tehtävä on rohkaista, tukea ja kannustaa asiakasta muutokseen ja muutosprosessin läpikäymiseen ja myös itse uskottava asiakkaansa onnistumiseen. Huomion kiinnittäminen menestymisiin ja myönteisiin kokemuksiin antaa asiakkaalle onnistumisen kokemuksia, jotka auttavat jaksamaan. (Laine ym. 2003, 321 - 324.) Vanhaan käyttäytymismalliin palaamisen estämisessä tarvitaan vahvistavaa kokemusta uuden terveystietäytymisen tärkeydestä ja luottamusta siihen, että uuden käyttäytymismallin pysyvä omaksuminen on saavutettavissa (Ewles ym. 2003, 275).

Motivoivan ohjauksen tavoitteena on rohkaista potilasta tiedostamaan käyttäytymistään tai käyttäytymismuutoksia koskevat käsityksensä, uskomuksensa tai asenteensa. Lähtökohtana on ristiriita nykyisen toimintatavan ja terveyden kannalta suositeltavan toimintatavan välillä. Tieto seurauksista on ristiriidan selventämisessä keskeisellä sijalla. Motivoiva ohjaus auttaa havaitsemaan ristiriidan välttämällä väittelyä tai leimaamista. Vastaväitteet potilaan nykyistä toimintaa kohtaan estävät potilasta muutoksen tarpeen havaitsemisessa. Ohjaaja pyrkii tulokselliseen toimintaan empatialla, vastarinnan myötäilyllä ja rohkaisulla uskomaan tavoiteltuun muutokseen. (Kynge ym. 2007, 47 – 49.)

Taulukko 1. Motivoivan ohjauksen periaatteita. (Kyngäs ym. 2007, 49.)

Empatian ilmaise- minen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyväksyminen helpottaa muutosten tekemistä.</li> <li>- Reflektoiva kuuntelu on avuksi.</li> <li>- Epävarmuus tulee ymmärtää normaaliksi ilmiöksi.</li> <li>- Tunteiden tunnistaminen on tärkeää.</li> </ul>
Ristiriidan tuotta- minen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tietoisuus seurauksista on tärkeää.</li> <li>- Nykytilanteen ja tavoitteen välinen ristiriita moti- voi.</li> <li>- Muutos on voitava perustella itse.</li> </ul>
Väittelyn välttämi- nen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastaväitteet estävät muutosta.</li> <li>- Puolustautuminen lisää puolustautumista.</li> <li>- Vastarinta kertoo tarpeesta muuttaa strategiaa.</li> <li>- Leimaaminen on tarpeetonta</li> </ul>
Vastarinnan myö- täily	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uusiin näkökulmiin voi vain houkutella, ei pakot- taa.</li> <li>- Yksilö tekee itse omat ratkaisunsa.</li> </ul>
Pystyvyyden tun- teen tukeminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usko muutoksen mahdollisuuteen motivoi.</li> <li>- Yksilö on itse vastuussa muutoksen aloittamisesta, toteutuksesta ja ylläpidosta.</li> <li>- Toivoa on aina.</li> </ul>

Painonhallintaan liittyvien tottumusten muuttaminen ei ole asteittain uuteen tottumukseen etenevää, vaan pikemminkin aaltoileva tapahtuma, jossa ajoittain siirrytään myös taaksepäin. Ajoittain tapahtuvat repsahdukset ja sortumiset ovat osa muutosprosessia. Etukäteen tehdyt suunnitelmat, päätökset ja toimintamallit ongelmatilanteiden varalta huomioivat poikkeamien mahdollisuuden ja sen, että ajoittainen taantuminen ei tarkoita epäonnistumista vaan kuuluu asiaan. (Mustajoki 2007, 191.)

#### 4.2 Tiedollinen ohjaus ja käytännön tuki

Painonhallinnassa tarvitaan aina tietoa ruuasta ja ravintosisällöstä ruokavalintojen tueksi. Energiatasapainon merkityksen ymmärtäminen on olennaista, sillä kaikki laihtumiseen tähtäävät keinot kuten ruokavalintojen muuttaminen, syömisen hallitseminen, liikkumisen lisääminen ja omien ajattelutapojen muuttaminen tähtäävät siihen, että energiansaanti vähenisi ja energiankulutus lisääntyisi pysyvästi. (Mustajoki ym. 2001, 15.)

Tieto ravinnon ja terveyden välisestä yhteydestä on lihavuuden hoidossa välttämätöntä, muttei yksinään riitä. Ihmisen aikaisemmat, merkitykselliset kokemukset, tiedot ja uskomukset liikapainostaan ja syömisestään vaikuttavat siihen, miten hän valikoi ja tulkitsee tietoa. Tarvitaan myös joku muutokseen kannustava kokemus, joka voi olla esimerkiksi jonkin lihavuuden aiheuttaman liitännäissairauden pysyvyyden ja vakavuuden oivaltaminen tai konkreettiset, näkyvät tulokset kuten jonkin mitattavan terveyteen vaikuttavan arvon merkityksen ymmärtäminen. (Heinonen 1998, 12.)

Ohjaaja työskentelee asiakkaan tarpeiden mukaisesti siinä, miten tietoa asiakkaalle antaa. Kannustaessaan asiakasta määrittelemään omat tavoitteensa hän saa paljon tietoa ohjattavan tiedoista, käsityksistä, uskomuksista ja laihduttamiseen liittyvistä mielikuvi-  
ta. Joku asiakas voi haluta tarkan ohjeistuksen kalorimäärineen, ja toiselle voi tavoit-  
teeksi riittää esimerkiksi leivänpäällysteenä käytettävien leikkeleiden vähentäminen.  
(Heinonen 1998, 41.)

Ohjaajan on kiinnitettävä huomiota tiedon tehokkaaseen jakamiseen. Tyypillinen on-  
gelma ravitsemusneuvonnassa voi olla se, että annetaan liikaa tietoa yhdellä kertaa.  
Tärkeä tieto olisikin jaettava eri tapaamiskerroille ja pohdittava tiedon painottamisen ja  
eri tavoin toistamisen tehokkuutta neuvonnassa. Tietoa terveellisestä ruokavaliosta voi-  
daan antaa esimerkiksi alustusten ja luentojen tai erilaisten aktivoivien ohjausmenetel-  
mien kautta. Aktivoivat ohjausmenetelmät perustuvat oman kokemuksen kautta oppimi-  
seen. Käytännössä tämä voi tapahtua esimerkiksi asiakkaan omatoimisena tiedon hank-  
kimisena, itselle laadittuina ohjeina, ostokäyttäytymisen muuttamisen harjoitteluna tai  
käytännön tilanteissa ilmenevien tunteiden hallintana. (Lappalainen 2006, 16 – 19.)

Liikunta on hyödyllistä painonhallinnan kannalta, mutta laihdutuskeinona yksinään te-  
hoton: vaativakin liikuntaohjelma lisää laihtumistulosta vain vähän. (Mustajoki ym.  
2001, 116.) Liikunnasta saadut hyödyt näkyvät kuitenkin muun muassa verenpaine-  
rasva- ja sokeriarvoissa. Liikuntahetki voi olla myös hyödyllinen toiminnallinen vaihto-  
ehto tilanteissa, joissa toisena vaihtoehtona on liikasyöminen (Chui & Austin 2010,  
297).

Liikuntaohjauksen tulisi korostaa arkiliikunnan hyödyllisyyttä ja tarpeellisuutta. Voi-  
daan esimerkiksi tarkastella ohjattavan arkielämään sisältyviä mukavuuksia (esimerkik-  
si auton käyttö, TV:n katselu), jotka samalla ovat vähentäneet arkiliikuntaa. Tavoitteena

on, että ohjattava alkaa kiinnittää huomiota arkiliikunnan osuuteen elämässään ja ehkä innostuu lisäämään sitä. (Mustajoki ym. 2001, 118 – 119.)

Ryhmäohjauksessa laihdutukseen liitetään usein ryhmän yhteistä liikuntaa. On kuitenkin muistettava, että monilla lihavilla, etenkin merkittävästi ylipainoisilla, on melko korkea kynnyks osallistua ohjattuun liikuntaan. Liikunnan osuutta ja käyttöä ryhmässä kannattaakin harkita tarkkaan. (Mustajoki ym. 2001, 117.)

#### 4.3 Emotionaalinen tuki

Tunteilla on usein suuri merkitys painonhallinnassa, ja monet psykologiset tekijät ovat painonhallinnan esteenä. Ruokaan liittyvät ajatukset, mielikuvat ja puhuminen ruuasta edeltävät usein syömiseen liittyviä valintoja ja päätöksiä. Painonhallinnan lisäksi potilaalla voi olla elämässään muitakin huolia tai ongelmia, ja mieliala ja tunnevaihtelu voivat vaikeuttaa painonhallintaa. (Lappalainen 2006, 15 – 19; Mustajoki 2007, 105, 183.)

Lihavuudesta kärsivä ihminen voi tuntea pelkoa tai surua pohtiessaan tulevaisuuttaan tai joutuessaan luopumaan vanhoista, tutuista ja turvallisista asenteista ja tottumuksista laihduttaessaan. Hänellä voi olla huono itseluottamus ja itsetunto ja hän on saattanut kohdata pilkkaa ja huomauttelua ylipainonsa vuoksi. Huono itseluottamus heikentää kykyä muuttaa elämäntapoja, minkä vuoksi aihetta tulisi ohjauksessa käsitellä luontevasti esimerkiksi keskustelun yhteydessä. Epäonnistumiset aikaisemmissa laihdutusyrityksissä eivät johdu laihduttajan heikkoudesta tai huonoudesta, vaan pikemminkin epärealistisista tavoitteista tai riittämättömistä tiedoista tai motiiveista. (Heinonen 1998, 13 – 16; Mustajoki ym. 2001, 22, 108 – 109.)

Erityisesti negatiiviset tunnetilat ovat usein yhteydessä liialliseen tai epäterveelliseen syömiseen. Syömistä käytetään vähentämään jännittyneisyyttä tai väsymystä tai lisäämään onnellisuuden tunnetta. Stressaantuneena syödään rasvaisia ruokia, makeisia ja suklaata enemmän kuin tavallisesti. Syömistä käytetään siis tunteiden säätelyyn. (Lappalainen 2006, 15 – 19; Mustajoki 2007, 105, 183.) Etenkin naisilla on taipumusta niin kutsuttuun tunnesyömiseen. Se on eräiden psykologisten teorioiden mukaan oire käsitte-

lemättömistä negatiivisista tunteista, jotka siirretään syömiseen. (Elfhag 2007, 217; Borg 2007, 75.)

Nälän tai syömisen halun tunteet voivat olla opittuja tai ympäristön laukaisemia reaktioita, jotka johtavat syömään liian usein tai liian paljon. Terveellisen syömisen ohjeet voivat unohtua, kun syöminen tapahtuu muiden seurassa tai omaa paino-ongelmaa voidaan selitellä esimerkiksi lapsuuden kokemuksen seurauksina. Yksinäisyys ja sosiaalisten kontaktien vähäisyys voivat toisaalta myös lisätä syömistä. Jos ylipainon ajatellaan johtuvan syistä, joihin ei voi itse vaikuttaa, on mahdollisuus muutokseen heikompi ja onnistumismahdollisuudet laihduttamisessa huonot. Sen vuoksi olisi hyvä selvittää, mitä potilas ajattelee lihavuudestaan ja millaisia merkityksiä hän sille antaa. (Lappalainen 2006, 15 – 19; Elfhag 2007, 215 – 216; Mustajoki 2007, 105, 183.)

Stiina Hänninen, Jarmo Kaukua ja Sirpa Sarlio-Lähteenkorva (2006) ovat tutkineet lihavuuspoliklinikalle lähetettyjen vaikeasti lihaviin työkäisten käsityksiä lihavuutensa syistä. Tutkittavat selittivät lihavuutensa johtuvaksi elintavoista (esimerkiksi suuret annokset tai makeanhimo), lääketieteellisistä (kilpirauhasten toiminta), psyykkis-emotionaalisista (vaikea olo, paha olo) tai sosiokulttuurisista syistä (polkupyörä varastettu eikä voi harrastaa liikuntaa). Näistä elintavat olivat yleisin selitys. Lihavuutta hoidettaessa olisikin löydettävä tasapaino uskomusten, käyttäytymisen sekä saatavilla olevan hoidon ja palveluiden välillä. (Hänninen ym. 2006, 1626–1627.)

Huolimatta tunteiden suuresta merkityksestä painonhallinnassa on tunnetyöskentelyyn toistaiseksi puututtu painonhallintaohjelmissa vain vähän. Neuvontatilanteissa tieto tunteiden käsittely- ja ilmaisutavoista voi olla hyödyllistä, sillä tunteilla on suuri merkitys jokaisen ihmisen elämässä ja tunteiden tukahduttaminen voi olla esteenä uuden oppimiselle. Tunteiden hallinta ei tarkoita niiden poistamista kokonaan, vaan sitä, että henkilö harjaantuu ohjaamaan toimintaansa enemmän oman tahtonsa kuin tunteidensa avulla. (Heinonen 1998, 13 – 16; Laine ym. 2003, 325; Lappalainen 2006, 15 - 19.)

Psykologisia menetelmiä painonhallintaan liittyvän tunnepuolen työstämiseksi on esimerkiksi altistusmenetelmä, jonka mukaan henkilö hakeutuu tietoisesti nälkää ja syömisen halua aiheuttaviin tilanteisiin, mutta kieltäytyy syömästä tai nauttii ruokaa vain vähän. Kyseessä on siis eräänlainen houkutuksille karaistumispyrkimys. Usein toistuva altistuminen johtaa syömiskäyttäytymiseen haitallisesti vaikuttavien tunnereaktioiden

asteittaiseen heikkenemiseen ja samalla muuttaa ruokaan liittyvää ajattelua. (Lappalainen 2006, 15 – 19; Mustajoki 2007, 190.)

On tärkeää, että ohjaaja suhtautuu kunnioittavasti laihduttajaan ja asioita käsitellään neutraaliin sävyyn. Puhumisen sävy, käytetyt sanat ja lauseet vaikuttavat ratkaisevasti siihen, miten motivoivaksi ohjattava kokee työskentelyn. Neutraalit ilmaisut kuten liikkakilot, ylimääräiset kilot, keskivartalolihavuus ja liikasyönti ovat ohjaustilanteissa parempia sanojen ”läskit”, ”kaljamaha” tai ”syöppö” sijaan. Elintapojen korjaamisen sijasta on parempi puhua niiden muuttamisesta tai uusien tapojen kokeilusta. Epäonnistumistilanteissa moittiminen tai muu vastaavanlainen kommentointi ei ole ohjaajalle suotavaa, vaan on parempi antaa ohjattavan itse arvioida tuloksiaan. Yleensä ei ole hyvä tuoda jatkuvasti esiin ongelmia tai tapahtuneita virheitä, vaan mieluummin etsiä parantamiskohteita. (Mustajoki ym. 2001, 22.)

Ohjaussuhde voi antaa mahdollisuuden hyvinkin henkilökohtaisten ongelmien tai asioiden tarkasteluun. Ohjaajan tehtävänä on arvioida, milloin niiden tarkastelu on tarpeellista painonhallinnan kannalta ja riittääkö ohjaajan ammattitaito niiden käsittelyyn vai vaaditaanko toisenlaisten asiantuntijoiden apua. (Mustajoki ym. 2001, 60.)

## 5 TUTKIMUSONGELMA, TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimusongelma on tutkimuksen perusta. Hyvä tutkimusongelma on muodoltaan yksiselitteinen ja selkeä. Se voi olla kysymys tai joukko kysymyksiä, joihin opinnäytetyöllä haetaan vastauksia. Tutkimusongelma on lähtökohta niin tutkimusotteen valinnalle, aineiston hankinnalle kuin analyysillekin. (Kajaanin ammattikorkeakoulu; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimusongelman rajauksessa selvitetään tutkimuksen kannalta keskeisimmät avoimet kysymykset, oletukset ja näkökulmat. Parhaimmillaan rajausta on yksi, ongelman kattavasti kuvaava lause. (Rönkkö 2005.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan potilaan ohjausta hoitotyön auttamismenetelmänä. Tutkimusongelmana on selvittää, mistä hyvä potilasohjaus rakentuu sairaanhoitajan toteuttamana lihavuuden hoidossa. Työn toteutusmenetelmä on teoreettinen tutkimus,

joka pohjautuu aiheesta jo valmiina olevaan kirjallisuuteen, artikkeleihin sekä tutkimustietoon.

Tutkimuksen tarkoitusta luonnehditaan yleensä neljän piirteen perusteella. Tutkimus voi olla kartoittava, kuvaileva, selittävä tai ennustava (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 134). Teoreettinen tutkimus kohdistuu tieteenalan käsitteisiin, näkökulmiin tai teorioihin liittyviin ongelmiin, ja tutkimusaineisto muodostuu näihin kysymyksiin kohdistuneesta aikaisemmasta tutkimuksesta. Syntetisoivassa teoreettisessa tutkimuksessa aiemmin erillisiä tai yhteen sovittamattomia teorioita tai empiirisiä havaintoja yhdistelemällä pyritään muodostamaan kokonaiskuva aiheesta. (Uusitalo 1991, 60 – 61.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä lihavuudesta kärsivän potilaan ohjauksesta olemassa olevaa tietoa ja syntetisoida sitä potilasohjauksen tietoperustaksi. Työn tavoitteena on hyödyntää esitettyä tietoa käytännön välineenä potilasohjauksen tehostamisessa ja kehittämisessä. Hautakankaan ym. (2003, 68 – 71) mukaan ohjausta koskevan tietoperustan avulla hoitaja tulee tietoiseksi oppimistapahtumasta ja pystyy tunnistamaan ohjaamisessa mahdolliset esiintyvät ongelmat. Tieto auttaa myös oman ammatillisen osaamisen kehittämisessä.

## 6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen teossa on eettisten periaatteiden mukaan noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä: rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta ja paneuduttava työhönsä tunnollisesti, jotta hankittu ja välitetty informaatio olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. Vilpin harjoittamiseen ei saa syyllistyä. Epärehellisiä keinoja tutkimustyössä ovat muun muassa toisten tekstien plagiointi, omien tutkimusten plagiointi, tuloksien yleistäminen kriittikötömästi tai niiden suoranainen sepittäminen ja kaunisteleminen. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti noudattamalla tieteellisen tiedon vaatimuksia. Muiden tutkijoiden työlle on osoitettava kunnioitusta ja annettava heidän töilleen niille kuuluva arvostus omassa työssä. (Leino-Kilpi ym. 2006, 289 – 292, Hirsjärvi ym. 2007, 23 – 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)



Opinnäytetyön aineiston hankinnan tavoitteena oli löytää mahdollisimman monipuolisia ja uusia aiheeseen liittyviä lähteitä sekä muistaa lähdekriittisyys jokaisessa vaiheessa. Lähdekriittisyyttä toteutettiin kelpuuttamalla kirjallisiksi lähteiksi pääasiassa vain kulu- van vuosikymmenen aikana julkaistut lähteet sekä pohtimalla kenelle ja kenen toimesta julkaisut on tehty. Kriittisyys lähteiden tuoreuden ja kohderyhmän suhteen vaikuttaa tutkimuksen yleiseen ja eettiseen luotettavuuteen sekä vähentää sellaista mahdollisuutta, että tutkimuksen lopputulos olisi tiedollisesti vääristynyttä. Myöskään toissijaisia lähteitä ei ole käytetty. Tekstissä käytetyt lähteet kirjattiin tarkasti, ja tällä tavoin poissuljet- tiin plagiointiin syyllistyminen. Eettisyyden toteutumiseen opinnäytetyöprosessissa si- sältyy myös aktiivinen hakeutuminen ohjaukseen sekä siihen liittyvien aikataulujen ja sopimusten noudattaminen.

Hirsjärven ym. (2007, 226) mukaan tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa perin- teisesti tutkimusmenetelmän kykyä selvittää sitä, mitä sillä on tarkoitus selvittää. Vali- dius merkitsee siis aineistosta tehtyjen johtopäätösten luotettavuutta. Reliaabelius puo- lestaan tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli toinen tutkija päätyisi samoihin tul- kintoihin samankaltaisen tutkimuksen suorittaessaan. Molemmat käsitteet liittyvät eri tavoin tutkimuksen luotettavuuteen tiedon tuottajana. Käsitteet ovat syntyneet lähinnä kvantitatiivisen tutkimuksen yhteyteen, mutta kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pä- tevyyttä tulisi jollakin tavoin arvioida. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 – 227.)

Tässä opinnäytetyössä validius toteutuu siten, että tutkimusongelmaan saatiin vastaus käytetyllä työmenetelmällä. Tutkimusongelman selkiyttäminen ja aiheen raja- us ohjasi- vat työskentelyä, ja keskeiset johtopäätökset on esitetty johdonmukaisesti pohdinnassa. Reliaabeliutta tukee se, että opinnäytetyö on rakennettu johdonmukaiseksi ja jäsen- nel- lyksi kokonaisuudeksi. Lähteiden käytössä on noudatettu tarkkuutta ja huolellisuutta, ja ulkomaankielisten lähteiden käytössä lisäksi huomioitu käännöksen oikeellisuus. Kerät- ty aineisto on todettu riittäväksi, kun samat asiat alkoivat kertaantuen nousta esiin eri lähteissä. Tästä käsitteestä Hirsjärvi ym. (2007, 177) käyttävät nimitystä saturaatio eli kylläntyminen. Myös samat tekijänimet esiintyvät useissa lähteissä. Tämä merkitsee tekijän auktoriteettia ja tunnettavuutta alallaan ja lisää näin myös opinnäytetyön luotet- tavuutta. Laajaan aineistoon perehtyminen on nostanut esiin keskeisimmät seikat liha- vuuden hoitoon liittyvässä potilaan ohjauksessa. Näillä menetelmillä työn tutkimus- ongelmaan saatiin vastaus ja työn tarkoitus sekä tavoite täyttyivät.

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Lihavuus ei ole pelkästään Suomen kansanterveydellinen ongelma, vaan lihavuusepidemia on maailmanlaajuinen. Vaikka kesällä 2010 julkaistussa tutkimuksessa todettiin, että suomalaisten lihominen on pysähtynyt, korostavat terveydenhuollon asiantuntijat lihavuuden nousevan yhä merkittävämmäksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi ja peräänkuuluttavat tehokkaita toimenpiteitä lihavuuden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Hoidettiinpa lihavuutta perinteisesti yksilö- tai ryhmäohjauksena tai nykyaikaisesti lääkkeiden, kirurgian tai netissä toimivan vertaisryhmän tuella, ei pysyviä tuloksia voida saavuttaa tai ainakaan säilyttää ilman potilaan tai asiakkaan panostusta. On sanottu, että laihduttaminen on helppoa, mutta vaikea osuus alkaa vasta sitten, kun saavutetut tulokset pitäisi saada säilytettyä.

Lihavuuden hoitoon liittyvässä ohjauksessa motivaatio ja ihmisen oma halu muutokseen korostuvat. On sanottu, että motivaatio ei ole hoidon edellytys, vaan hyvän hoidon tulos. Jollei potilas ole alussa motivoitunut, hoitajan tehtäväksi jää ohjauksellaan vahvistaa potilaan motivaatiota. Tämän vuoksi riittävät taustatiedot potilaasta ja hänen tilanteestaan ovat tärkeitä.

Viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana potilaan ohjauksen painopiste on siirtynyt aikaisemmasta diagnoosi- ja neuvontakeskeisestä ajattelusta asiakaskeskeiseen, vuorovaikutteiseen ja yhteistyötä korostavaan neuvontaan, jossa tavoitteena on tukea ohjattavaa tunnistamaan omat voimavaransa ja käyttämään niitä sekä tekemään tavoitteisiin pääsyn kannalta olennaisia päätöksiä ja valintoja. Ilman uskoa omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa asiakas tai potilas ei pysty ottamaan vastuuta toiminnastaan.

Avainsanoja sekä ohjaamisessa että oppimisessa ovat itseohjautuvuus, kokemuksellisuus ja reflektiivisyys. Vahva motivoituneisuus ja muutoksen ymmärtäminen terveyden ja elämänlaadun kannalta ovat lähtökohtina tulokselliseen toimintaan. Jos potilas ei ole valmis muuttamaan elintapojaan, suorat neuvot ja ohjeet johtavat yleensä muutosvastarintaan ja estävät motivaation heräämisen. Tällaisessa tilanteessa onkin pyrittävä herättämään potilas ajattelemaan tilannettaan ja itse oivaltamaan elintapojen muuttamisen tarpeellisuus.

Ihmisen motivaatio ja halu muutokseen perustuvat hänen yksilölliseen terveystietoisuuteensa. Terveys käsitteenä ei merkitse samaa kaikille ihmisille. Vaikka lääketieteellisestä näkökulmasta terveydenhuollolla pyritään edistämään terveyttä ja pidentämään elinikää, sillä ei kuitenkaan välttämättä paranneta hoidettavan elämänlaatua vaan voidaan jopa heikentää sitä. Lihavuuden hoidolla pystytään estämään tai viivyttämään monien liitännäissairauksien haitalliset vaikutukset ja tällä tavoin saavuttamaan myönteisiä tuloksia hoidettavan terveydessä. Tästä huolimatta laihduttaminen voi aiheuttaa surua ja ahdistusta, kun ihminen joutuu muuttamaan totutut ruokatottumuksensa terveellisempiin ja usein vähäkalorisempiin ruokiin ja herkkuihin. Kokemus omasta pystyvyydestä vaikeuksien voittamisessa voi kuitenkin tuoda positiivisen muutoksen myös elämänlaatuun. Yksilökeskeisessä ohjauksessa olisikin saatava heti alkuun selville eri ihmisten asettamat merkitykset omalle terveydelleen sekä heidän valmiutensa ja halunsa toteuttaa tarvittavia muutoksia.

Sairaanhoitajan omat tiedolliset ja taidolliset valmiudet samoin kuin hänen ohjaukseen vaikuttavat omat arvonsa ja asenteensa tekevät ohjaustilanteesta ainutlaatuisen. Ohjaus muodostuu ainutlaatuiseksi myös siksi, että myös ohjattava sovittaa tiedot ja kokemukset aikaisempaan tieto- ja kokemusperustansa. Oma terveystietoisuusmalli ja asioille annetut merkitykset vaikuttavat siihen, mitä tietoa ihminen valikoi ja tulkitsee itselleen sopivaksi ja millaisiin muutoksiin hän on valmis.

Kukaan sairaanhoitajista ei voi työssään olla törmäämättä lihavuuteen ja siitä aiheutuneisiin lisäsairauksiin. Tämän vuoksi tieto lihavuuden syistä ja seurauksista, eri laihdutusmenetelmistä ja painonhallintaan liittyvistä seikoista on tarpeen jokaiselle sairaanhoitajalle. Ohjausosaamistaan kehittävän sairaanhoitajan tiedon tarve ja ohjattava kohde-ryhmä ohjaavat hankkimaan aiheeseen liittyvää tietoa monelta eri tieteen alalta. Mikäli ohjattavana ovat esimerkiksi lapset ja heidän vanhempansa, ikääntyneet tai vaikka muista kulttuureista tulevat potilaat, voivat ohjauksen painopisteet olla toisenlaiset ja tarvittaisiin lisätietämystä esimerkiksi fysiologisista erityispiirteistä, ruokakulttuureista tai ravintotottumuksista.

Aiheesta voisi kirjoittaa runsaasti lisää ja pohtia esimerkiksi kasvatustieteen tai vuorovaikutusteorioiden rooleja ohjauksen taustalla. Jatkotutkimuksen aiheina voisivat olla myös erityisryhmille, kuten lapsille tai muista kulttuureista tuleville suunnatun poti-

lasohjauksen kehittäminen lihavuuden hoidossa. Voitaisiin myös pohtia antaako nykyinen sairaanhoitajakoulutus riittävästi perusvalmiuksia potilaan ohjaukseen.

Piakkoin valmistuvana sairaanhoitajana olen opinnäytetyötä tehdessäni pohtinut omaa ohjausosaamistani. Epäilen taitojeni olevan vielä kovin suoritus- tai tehtäväpainotteista. Innokkaana ja malttamattomana noviisina voi helposti sortua tiedon ”kaatamiseen” potilaan päälle huomioimatta esimerkiksi hänen tiedontarvettaan tai vastaanottokykyään tai ohjailemaan keskustelua omien intressien mukaisesti kun luulee tietävänsä, mikä potilaalle ja hänen terveydelleen on parasta.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen myös pohtinut puututaanko terveydenhuollossa potilaan lihavuuteen tarpeeksi herkästi ja mikä olisi oikea tapa puuttua? Tarkasteltaessa yksilön lihavuutta liikutaan hyvin herkällä, henkilökohtaisella alueella. Puuttuminen merkitsee myös kajoamista potilaan minäkuvaan ja persoonallisuuteen. Aihe voi olla ihmiselle hyvinkin arka tai jopa traumatisoiva. Tällaisessa tilanteessa korostuvat hoitajan hienovaraisuus, herkkyys, empatia ja vuorovaikutukselliset taidot luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi.

Kaikissa hoiva-alan ammateissa vuorovaikutus- ja ihmissuhdeosaaminen korostuvat. Hoitajan oma persoona on myös työväline. Empatia on yksi hoitoalalla työskentelyn keskeisimmistä edellytyksistä, ja ohjaussuhteessa se merkitsee muun muassa eläytymistä toisen ihmisen ajatuksiin ja tunteisiin, yhdessä kokemista ja tasa-arvoista suhtautumista toiseen ihmiseen. Toisen ihmisen tunnetilan ymmärtämiseksi on oltava selvillä myös omista arvoista ja asenteista.

Pohdittaessa hoitotyön toimintoja ei etiikkaa voida koskaan sivuuttaa. Eettinen ajattelu ohjaukseen liittyvässä yhteistyössä tarkoittaa esimerkiksi potilaan oikeutta esittää ristiriitaisiakin mielipiteitä ja tehdä itsenäisiä valintoja. Vaikeissa tilanteissa hoitajalla on kuitenkin ammatillisen pätevyytensä ja oikeutensa tuoma mahdollisuus antaa sairauteen ja sen hoitoon liittyvä välttämätön ohjaus niiltä osin kuin se tilanteessa on mahdollista. Sopeutuminen siihen, että loppujen lopuksi ihminen itse tekee omat valintansa ja päätöksensä, merkitsee ohjaajalle myös ajoittaista pettymysten ja epävarmuuden sietämistä. Yhdessä asetetut tavoitteet ohjaussuhteelle eivät ehkä täyty tai tavoitteita täytyy muuttaa ohjausprosessin edetessä. Joskus ohjaussuhde katkeaa ja prosessi jää kesken.

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut paljon ohjauksen taustatekijöistä ja tiedonhankinnasta. Itse hoitotyönkin tulee perustua tutkittuun tietoon, joten näyttöön perustuvan hoitotyön käsite on myös osaltaan konkretisoitunut opinnäytetyötä tehdessä.

Teoriatuntemuksen ohella luonnollisesti myös työkokemus erilaisista hoitotyön tilanteista kehittää asiantuntijuutta. Itse koen elämäkokemuksen ja työkokemuksen muilta aloilta kehittäneen omia ihmistuntemus- ja vuorovaikutustaitojani. Aivan kuten ohjattavankin kohdalla, myös itse ohjaajana uusia tietoja ja taitoja oppiessani ne jäsentyvät ja linkittyvät aikaisemmin omaksumaani tieto- ja kokemuserustaan. Ammatillinen kehittyminen on siis jatkuvasti muuttuva ja kehittyvä prosessi, ja ammatillinen pätevyys vaatii syntyäkseen jatkuvaa tiedonhankintaa, oppimista ja kokemista.

## LÄHTEET

Borg, Patrik 2007. Rentoa painonhallintaa. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.

Chui, Kevin & Austin, Gary 2010. Exercise. Teoksessa Edelman, Carole Lium & Mandel, Carol Lynn (toim.). Health Promotion Throughout the Life Span. Mosby, St. Louis.

EASO – European Association for the Study of Obesity. Treatment. Tulostettu 23.2.2010 osoitteesta URL:  
[http://www.easoobesity.org/facts\\_and\\_figures/treatment.htm](http://www.easoobesity.org/facts_and_figures/treatment.htm)

Elfhag, Kristina 2007. Sociala och psykologiska aspekter. Teoksessa Lindroos, Anna-Karin & Rössner, Stephan (toim.). Fetma – Från gen- till samhällspåverkan. Studentlitteratur, Lund.

Ewles, Linda & Simnett, Ina 2003. Promoting health – A practical guide. 5. painos. Baillière Tindall, Edinburgh.

Fogelholm, Mikael 2001. Ruokailumuutosten tukeminen lihavuuden hoidossa. Teoksessa Fogelholm, Mikael (toim.) Ratkaisuja ravitsemukseen: Ravitsemuskasvatus ja elämäntapa. Palmenia-kustannus, Helsinki.

Fontaine, Kevin R. & Bartlett, Susan J. 2003. Health-Related Quality of Life in Obese Individuals. Teoksessa Andersen, Ross E. (toim.). Obesity: etiology, assessment, treatment and prevention. Human Kinetics, Champaign.

Hautakangas, Anna-Liisa & Horn, Tarja & Pyhälä-Liljeström, Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Heinonen, Liisa 1998. Ratkaisuja ravitsemusneuvontaan – ongelmista onnistumisiin syömisen hallinnassa. Suomen Diabetesliitto ry., Tampere.

Heinonen, Liisa 2001. Ratkaisukeskeinen ote ravitsemusneuvonnassa. Teoksessa Fogelholm, Mikael (toim.). Ratkaisuja ravitsemukseen: Ravitsemuskasvatus ja elämäntapa. Palmenia-kustannus, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. – 14. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. – 6. painos. WSOY, Helsinki.

Hänninen, Stiina & Kaukua, Jarmo & Sarlio-Lähteenkorva Sirpa 2006. Vaikeasti lihavat selittävät lihavuuttaan eniten elintavoilla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006:13. Tulostettu 22.7.2010 osoitteesta URL:  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95843.pdf>

Ivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Hoitamisen taito. 1. – 5. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Tutkimusongelma. Tulostettu 26.10.2010 osoitteesta URL: <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiOngTehtHyp.aspx#TUTKIMUSONGELMA>

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kansanterveyslaitos KTL 2002. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Tulostettu 25.2.2010 osoitteesta URL: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/liitetaulukko1.html>

Kansanterveyslaitos KTL 2002. Terveysten, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden kehitys 1980 – 2000. Tulostettu 25.2.2010 osoitteesta URL: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/16.3.html>

Kassara, Heidi & Paloposki, Sanna & Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Lipponen, Varpu & Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2006. Hoitotyön osaaminen. 1. – 2. painos. WSOY, Helsinki.

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.

Käypä hoito 2007. Aikuisten lihavuus. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Tulostettu 15.2.2010 osoitteesta URL: [https://vpn.token.fi/get/uri/http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=hoi24010](https://vpn.token.fi/get/uri/http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi24010)

Laine, Anne & Ruishalme, Outi & Salervo, Pirjo & Sivén, Tuula & Välimäki, Päivi 2003. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 1. – 3. painos. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Lappalainen, Raimo 2006. Syömisen hallinta ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Mustajoki, Pertti & Fogelholm, Mikael & Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti (toim.). Lihavuus – Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Lappalainen, Raimo 2006. Painonhallinnan psykologia. Tulostettu 10.6.2010 osoitteesta URL: [http://www.rty.fi/tmp/bolus\\_32006.pdf](http://www.rty.fi/tmp/bolus_32006.pdf)

Lehtonen, Tuula & Lappalainen, Raimo 2006. Kognitiivisen käyttäytymisterapian perusmenetelmiä. Tampereen yliopisto, psykologian laitos.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2006. Etiikka hoitotyössä. 1. – 3. painos. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Martikainen, Tarja & Gylling, Helena 2002. Lihavuuden konservatiivisen hoidon tuloksellisuus. Tulostettu 15.2.2010 osoitteesta URL: [https://vpn.token.fi/get/uri/http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=sll13492](https://vpn.token.fi/get/uri/http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=sll13492)

Melin, Ingela 2007. Kognitiv beteendeterapi i behandling av fetma. Teoksessa Lindroos, Anna-Karin & Rössner, Stephan (toim.). Fetma – Från gen- till samhällspåverkan. Studentlitteratur, Lund.

Mustajoki, Marianne 2008. Lihavuuden hoito. Tulostettu 23.2.2010 osoitteesta URL: [https://vpn.tokem.fi/get/uri/http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk02412](https://vpn.tokem.fi/get/uri/http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk02412)

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

Mustajoki, Pertti & Lappalainen, Raimo 2001. Painonhallinta – Ohjaajan opas. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Painonhallintaohjausyhdistys ry 2008 - 2010. Miten tunnistat ammattitaitoisen painonhallintaohjaajan? Tulostettu 23.2.2010 osoitteesta URL: <http://www.painonhallintaohjaus.fi/miten-tunnistat-ammattitaitoisen-painonhallintaohjaajan/>

Pekurinen, Markku 2005. Lihavuus paisuttaa terveystoimenpiteitä. Tulostettu 15.2.2010 osoitteesta URL: [http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/51DC3D54-EBBA-49E4-A3A6-D65779DFDDA7/0/chessonline3\\_2005.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/51DC3D54-EBBA-49E4-A3A6-D65779DFDDA7/0/chessonline3_2005.pdf)

Puolimatka, Tapio 2002. Opetuksen teoria: Konstruktivismista realismiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Rissanen, Aila & Fogelholm, Mikael 2006. Aikuisten lihavuus Suomessa ja muualla. Teoksessa Mustajoki, Pertti & Fogelholm, Mikael & Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti (toim.). Lihavuus – Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Roti, Outi & Ihanus, Juhani 1997. Terveys ja psykologia. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

Rönkkö, Mauno 2005. Opinnäytetyöt: tutkimuksen harjoittelua. Kuopion yliopisto, informaatioteknologian ja kauppatieteiden tiedekunta. Tietojenkäsittelytieteen laitos. Tulostettu 13.4.2010 osoitteesta URL: <http://www.cs.uku.fi/opiskelu/graduohje.pdf>

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. Tutkimusongelmat. Tulostettu 13.4.2010 osoitteesta URL: [http://www.fsd.uta.fi/metodologia/metodologia/kvaliteetti/L2\\_3\\_1](http://www.fsd.uta.fi/metodologia/metodologia/kvaliteetti/L2_3_1).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:6. Luettu 13.4.2010 osoitteesta URL: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali\\_ ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 2011 fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_+ja+terveydenhuollon+kansallinen+kehittamisohjelma+KASTE+2008+2011+fi.pdf)

Tuomarla, Heljä & Sarlio-Lähteenkorva Sirpa 2009. Ravintoa ja syömistä käsittelevä puhe laihdutusryhmissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2009:46. Tulostettu 22.7.2010 osoitteesta URL: <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/viewFile/1779/2501>



Turku, Riikka & Heinonen, Liisa 2005. Pieni päätös päivässä –projektin seurantalutkimus . Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset. DEHKO-raportti 2005:7, Suomen Diabetesliitto ry. Tulostettu 22.7.2010 osoitteesta URL: [http://www.diabetes.fi/tiedoston\\_katsominen.php?dok\\_id=396](http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=396)

Uusitalo, Hannu 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma – johdatus tutkielman maailmaan. 1. – 7. painos. WSOY, Helsinki.

Uusitupa, Matti 2006. Lihavuus ja terveys. Teoksessa Mustajoki, Pertti & Fogelholm, Mikael & Rissanen, Aila & Uusitupa, Matti (toim.). Lihavuus – Ongelma ja hoito. 3., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Vasankari, Tommi 2008. Lihavuuden hoidon ja ehkäisyn haasteet kasvavat. Liikettä lihavuuteen. Terveysliikunnan tutkimusuutiset –lehti. UKK-instituutti. Tulostettu 22.7.2010 osoitteesta URL: <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/187-nettiin-tutkimusuutiset08.pdf>