



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Reetta Kaisa Ciccarelli

ALAKOULUIKÄISEN LAPSEN
YLIPAINO JA
KOULUTERVEYDENHOITAJAN
VALMIUDET SEN HOIDOSSA

Sosiaali- ja terveysala

2010

ALKUSANAT

Opinnäytetyöaiheeni on alakouluikäisten lasten ylipaino ja kouluterveydenhoitajien näkemykset omista valmiuksistaan hoitaa kyseistä ongelmaa. Tutkimuksessani käsittelem lapsen ylipainon kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä kuten ravitsemusta, liikuntaa ja ympäristöä. Muita tutkimuksessani olevia aihealueita ovat kouluterveydenhuolto ja kouluterveydenhuollon menetelmät hoitaa ylipainoista lasta. Tutkimuksen empiirinen osuus koostuu teemahaastattelulla kerätystä aineistosta. Teemahaastattelun kohderyhmänä on otos vaasalaisten alakoulujen terveydenhoitajista. Teemahaastattelun tarkoituksena oli kerätä tietoa terveydenhoitajien näkemyksistä ja kokemuksista, jotka liittyvät heidän valmiuksiinsa ylipainoisten lasten hoidossa ja ohjauksessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on ottaa selvää, onko kouluterveydenhoitajilla tarpeeksi valmiuksia ylipainoisten lasten hoitoon ja ylipainon ehkäisyyn. Työlläni toivon saavani ideoita kouluterveydenhoitajien työn kehittämiseen ja siten samalla lasten terveyden parantamiseen.

Opinnäytetyöni ohjaajana on toiminut Ulla Isosaari. Vieraskielisen tiivistelmän on tarkastanut Anne Wähä ja äidinkielen tarkastuksen on tehnyt Taina Vanharanta. Kiitän heitä kaikkia työpanoksesta opinnäytetyöni valmistumisen eteen. Lisäksi haluan erityisesti kiittää perhettäni ja läheisiäni, jotka ovat tukeneet ja kannustaneet minua tämän tutkimustyön teossa.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Reetta Kaisa Cicarelli
Opinnäytetyön nimi	Alakouluikäisen lapsen ylipaino ja kouluterveydenhoitajan valmiudet sen hoidossa
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	79 + 5 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Alakouluikäisten lasten ylipaino on kasvava ongelma Suomessa. Tällä hetkellä yli 10 % alakouluikäisistä lapsista Suomessa on ylipainoisia. Lapsen ylipaino vaarantaa lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä jo lapsuudessa. Kouluterveydenhoitajat ovat avainasemassa lasten ylipainon ehkäisyssä ja hoidossa. Tämän opinnäytetyön aiheena ovat alakouluikäisten lasten ylipaino ja kouluterveydenhoitajien näkemykset heidän valmiuksistaan hoitaa kyseistä ongelmaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää alakoulujen kouluterveydenhoitajien valmiuksia alakouluikäisten lasten ylipainon hoidossa.

Opinnäytetyö koostuu alakouluikäisen lapsen ylipainon ja sen kehitykseen vaikuttavien tekijöiden määrittelystä sekä ylipainon vaikutuksesta terveyteen. Lisäksi siinä käsitellään alakouluikäisen lapsen ylipainon hoitoa kouluterveydenhuollossa. Vaasalaisten kouluterveydenhoitajien teemahaastatteluilla on kerätty tietoa kouluterveydenhoitajien omista näkemyksistä lapsen ylipainon hoitoon liittyen sekä kouluterveydenhoitajien valmiuksista lapsen ylipainon hoidossa.

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli neljä vaasalaisen alakoulun kouluterveydenhoitajaa. Heille tehdyissä teemahaastatteluissa kartoitettiin heidän kokemuksiaan ja näkemyksiään alakouluikäisen lapsen ylipainosta, sen toteamisesta ja puheeksi ottamisesta, ylipainon hoidon toteuttamisesta, ylipainoisen lapsen vanhempien suhtautumisesta, yhteistyötahoista sekä koulutustarpeesta. Haastatteluiden tuloksena ilmeni kehitettävää kouluterveydenhoitajien valmiuksissa lapsen ylipainon hoidossa. Kehitystä kaipaavia asioita olivat vanhempien motivointia ja tukemista lisäävien ja helpottavien työvälineiden ja -menetelmien vähyys, kouluterveydenhoitajien resurssien ja ajan puute lasten ylipainon hoidossa ja lasten ylipainon hoidon yhteistyötahojen välisen yhteydenpidon heikkous.

Asiasanat: lapsi, ylipaino, ylipainon hoito, kouluterveydenhuolto, terveydenhoitaja.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Author	Reetta Kaisa Ciccarelli
Title	Obesity of a Primary School-Aged Child and the School Nurse's Abilities to Treat It
Year	2010
Language	Finnish
Pages	79 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

Obesity among primary school-aged children is a growing problem in Finland. Currently, more than 10% of the primary school-aged children in Finland are overweight. The child's overweight endangers the child's physical, mental and social health already during the childhood. School nurses are the key in the prevention and treatment of the children's obesity. The topic of this bachelor's thesis is the overweight of primary school-age children and the school nurses' views of their ability to manage this problem. The purpose of this study was to investigate the abilities of the school nurses in the treatment of primary school-age children's obesity.

This bachelor's thesis includes the definition of the primary school-age child's obesity and the factors that affect the development of obesity. Also the health effects of obesity are dealt with. In addition, it deals with the treatment of primary school-aged children's obesity in school health care. Theme interviews were used when collecting information about the school nurses' own views of the treatment of children's obesity and of their abilities to treat obesity among children.

The target group included four school nurses from different primary schools in Vaasa. Their experiences on and views of the obesity among primary school-aged children were surveyed with theme interviews. The following topics were dealt with during the interviews; making the diagnosis, bringing up and discussing obesity, implementing the treatment, the attitudes of the parents of an obese child, different cooperation partners and the need for further education. The results revealed some improvement needs in the abilities to treat the obesity among the children. The school nurses did not have enough tools to motivate and support the parents. There were some shortcomings also in the amount of time and resources spent for the treatment of obese children and in the cooperation between the different cooperation partners.

Keywords	Child, obesity, treatment of the obesity, school health care, school nurse.
----------	---

SISÄLLYS

ALKUSANAT	2
TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
JOHDANTO	8
1 TUTKIMUKSEN SISÄLTÖ	9
1.1 Tutkimuksen tarkoitus.....	9
1.2 Tutkimuskysymykset	9
1.3 Tutkimuksen pääkäsitteet.....	10
1.4 Aikaisemmat tutkimukset.....	10
2 ALAKOULUIKÄINEN LAPSI JA YLIPAINO	16
2.1 Alakouluikäinen lapsi.....	16
2.2 Alakouluikäisen lapsen normaali kasvu ja kehitys	16
2.3 Lapsen ylipainon määritelmä	17
2.4 Ylipainon terveysvaikutukset.....	18
2.4.1 Fyysiset terveysvaikutukset	18
2.4.2 Sosiaaliset ja psyykkiset terveysvaikutukset.....	20
3 YLIPAINOON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	22
3.1 Ruoan ja ravitsemuksen merkitys	22
3.1.1 Ravitsemuksen ongelmakohdat.....	23
3.1.2 Alakouluikäisen lapsen ravitsemus	24
3.2 Liikunnan merkitys	25
3.2.1 Alakouluikäisten lasten ajankäyttö	25
3.2.2 Liikunnan terveysvaikutukset	26
3.3 Ympäristötekijöiden merkitys	27

3.3.1 Perhe.....	27
3.3.2 Koulu.....	28
3.3.3 Kulttuuri	29
3.3.4 Elinympäristö	30
4 ALAKOULUIKÄISEN LAPSEN YLIPAINON HOITO KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA	31
4.1 Kouluterveydenhuolto.....	31
4.1.1 Kouluterveydenhuollon tehtävät ja tavoitteet	31
4.1.2 Kouluterveydenhoitajan työ.....	33
4.2 Alakouluikäisen lapsen ylipainon hoito	33
4.3 Lapsen ylipainon ja lihavuuden arviointi sekä tutkiminen	35
4.3.1 Erotusdiagnoosi ja muiden sairauksien poissulkeminen.....	35
4.3.2 Hoidon edellytykset	36
4.4 Ylipainon ja lihavuuden hoidon kulmakivet	37
4.4.1 Lapsen ja perheen motivaatio ja sen lisääminen	39
4.4.2 Ruokavalio painonhallintaan ja syömiskäyttäytymisen muutokset	40
4.4.3 Suomalainen ravitsemussuositus.....	43
4.4.4 Fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja lasten liikuntasuositus	45
4.5 Alakouluikäisen lapsen ylipainon hoitomalli Vaasassa	47
4.5.1 Kouluterveydenhoitaja ja muut hoidon toteuttajat.....	47
4.5.2 Hoitomallin toteuttaminen	48
4.6 Hoidon tulokset	48
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	49
5.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineisto.....	49
5.2 Teemahaastattelu.....	49

5.2.1 Teemahaastattelun kohderyhmä.....	50
5.2.2 Teemahaastattelurunko	50
5.2.3 Teemahaastattelun suorittaminen ja sisällönanalysointi	51
6 TUTKIMUSTULOKSET	53
6.1 Alakouluikäisen lapsen ylipaino	53
6.2 Lapsen ylipainon toteaminen ja puheeksi ottaminen	55
6.3 Vanhempien reaktiot ja suhtautuminen.....	56
6.4 Yhteistyötahot lapsen ylipainon hoidossa.....	58
6.5 Lapsen ylipainon hoidon toteuttaminen ja onnistuminen	60
6.6 Koulutustarve ja kehitysideat	64
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	66
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu	66
7.2 Pohdintaa tutkimuksen luotettavuudesta ja eettisyydestä	72
7.3 Tutkimuksen hyödyntäminen tulevaisuudessa.....	73
LÄHDELUETTELO.....	75
LIITTEET	80

JOHDANTO

Alakouluikäisten lasten ylipaino on ollut pitkään ongelmana ulkomailla ja myös Suomessa on viime vuosien aikana koettu todellinen herääminen kyseiseen ongelmaan ja sen lisääntymiseen. Suomessa ylipainoisten lasten määrä on lähes kolminkertaistunut viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana (Mustajoki 2007, 113). Kahdeksanvuotiaista tytöistä joka kymmenes ja pojista joka seitsemäs on ylipainoinen. Suomessa on lasten ylipainoa ja lihavuutta koskien tehty jo Käypä hoito-suositus sekä suositus lasten liikunnan määrästä (Käypä hoito -suositus 2005; Nuori Suomi 2008). Kuitenkaan tätä kasvavaa ongelmaa ei ole vielä tutkittu Suomessa riittävästi. Aihe on hyvin ajankohtainen ja sitä olisi syytä tutkia, jotta saataisiin lisää tietoa jonka avulla voitaisiin vaikuttaa sen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn tehokkaammin. Lasten ylipaino on otettava vakavasti, koska puolet ylipainoisista lapsista pysyy ylipainoisena vielä aikuisenakin. Ylipaino on vakava terveysriski, koska se lisää suuresti todennäköisyyttä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin, diabetekseen ja metabooliseen oireyhtymään. Sillä on fyysisen terveyden lisäksi negatiivinen vaikutus psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen. (Lagström 2006, 284; Mustajoki 2007, 112–113; Salo & Mäkinen 2006, 292–297.)

Kouluterveydenhoitajat ovat suuressa roolissa ennaltaehkäistäessä ja hoidettaessa lasten ylipainoisuutta ja lihavuutta. Opinnäytetyöaiheeni on alakouluikäisten lasten ylipaino ja kouluterveydenhoitajien näkemykset heidän valmiuksistaan hoitaa kyseistä ongelmaa. Valitsin tämän aiheen, koska se on hyvin ajankohtainen ja koska haluan ottaa selvää onko kouluterveydenhoitajilla tarpeeksi valmiuksia ylipainoisten lasten hoitoon. Työni tarkoituksena on saada ideoita kouluterveydenhoitajien työn kehittämiseksi ja siten lasten terveyden parantamiseksi.

1 TUTKIMUKSEN SISÄLTÖ

1.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa ja saada tietoa kouluterveydenhoitajien valmiuksista ja kyvyistä hoitaa ja tukea alakouluikäisiä lapsia, joilla on ylipainoa. Oletan, että useat kouluterveydenhoitajat kaipaavat lisää perehdyttämistä ja taitojen sekä tietojen täydennystä koskien alakouluikäisten lasten ylipainon hoitoa. Vaativuutta ylipainon hoidossa lisäävät ilmiön lisääntyminen sekä aiheen arkuus. Lapsen ylipainon esille ottaminen voi olla haasteellista, etenkin jos lapsen perhe ei hyväksy asiaa tai torjuu tiedon. Ongelma koskee kuitenkin koko perhettä ja siksi vanhempien hoitoon osallistuminen on ensisijaisen tärkeää.

Tutkimuksessani käsittelen lapsen ylipainon kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä kuten ravitsemusta, liikuntaa ja ympäristöä. Ympäristö käsittää muun muassa perheen ja sen vaikutuksen. Muita tutkimuksessani olevia aihealueita ovat kouluterveydenhuolto ja kouluterveydenhuollon menetelmät hoitaa ylipainoista lasta. Haastattelemalla vaasalaisten alakoulujen terveydenhoitajia kerään tietoa terveydenhoitajien omasta näkemyksestä koskien omia valmiuksiaan ylipainoisten lasten hoidossa ja ohjauksessa. Haastattelumuotona käytän teemahaastattelua.

Toivon, että tutkimuksellani voisin antaa kehitysideoita terveydenhoitajille tai idean jatkotutkimusta varten jollekin toiselle terveydenhoitoalan opiskelijalle.

1.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimukseni tavoitteena on vastata kahteen pääkysymykseen:

1. Miten lasten ylipaino määritellään ja mistä lasten ylipaino johtuu?
2. Minkälaiseksi kouluterveydenhoitajat kokevat kykynsä ja keinonsa hoitaessaan ylipainoista alakouluikäistä lasta ja hänen perhettään?

Lisäksi vastaan seuraavaan alakysymykseen:

- Miten lasten ylipainoa hoidetaan kouluterveydenhuollossa?

1.3 Tutkimuksen pääkäsitteet

Tutkimukseni on kvalitatiivinen tutkimus. Teoreettisessa viitekehyksessä määrittelen tutkimukseni pääkäsitteet:

Alakouluikäinen lapsi

Alakoululla tarkoitetaan peruskouluja, jotka antavat opetusta pääsääntöisesti vuosiluokilla 1–6. Oppivelvollisuus alkaa samana vuonna kun lapsi täyttää seitsemän vuotta ja aloittaa kyseisen vuoden syksyllä alakoulun ensimmäisen luokan Alakouluikäinen on siis noin 7–12-vuotias. (Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Vuori. 2001, 94; Rautanen 2007, 184, 187.)

Ylipaino

Lapsilla lihavuutta ja ylipainoa arvioidaan pituuspainosta eli pituuden ja painon mukaan tehdyistä käyristä. Ylipainosta puhutaan kouluikäisillä kun pituuspaino ylittää 20–40% . (Mustajoki 2007, 83.)

Lihavuus

Kouluikäisillä lapsilla 40 % ylitys pituuspainokäyrällä tarkoittaa lihavuutta (Mustajoki 2007, 83).

Lisäksi tutkimukseni teoreettisessa viitekehyksessä määrittelen kuinka kouluterveydenhoidossa hoidetaan alakouluikäisen lapsen ylipainoa ja lihavuutta sekä mitkä asiat vaikuttavat lasten ylipainoon ja lihomiseen.

1.4 Aikaisemmat tutkimukset

Suomessa ei ole vielä tehty monia tutkimuksia lasten ylipainosta ja lihavuudesta, mutta ulkomailla niitä on tehty paljon. Tässä osiossa esittelen muutaman suomalaisen ja ulkomaalaisen tutkimuksen liittyen lasten ylipainoon ja lihavuuteen.

Taalu Tampereen yliopistosta hoitotieteen laitoksesta on tehnyt vuonna 2010 väitöskirjan Pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio lasten ylipainon

ja lihavuuden ehkäisyssä. Kyseessä on kvasikokeellinen interventiotutkimus, jonka tarkoituksena oli kuvata ja arvioida millaiset tekijät vaikuttavat esikoulu- ja alakouluikäisten lasten nousujohteiseen painonkehitykseen ja miten koko perheen elintapamuutokseen tähtäävä pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio tukee esikoulu- ja alakouluikäisten lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä yhden vuoden pituisen jakson aikana. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena kuvata ja arvioida mitkä tekijät ennustavat esikoulu- ja alakouluikäisten lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä sekä mitkä tekijät vaikuttavat tutkimukseen osallistumattomuuteen ja sen keskeyttämiseen. Kohdejoukkona tutkimuksessa oli yhden terveyskeskusalueen esikoulu- ja alakouluikäiset vuosina 1995–2001 syntyneet lapset, joiden pituuden ja painon suhde oli keväällä 2007 tai sitä edeltävän vuoden aikana nousujohteinen tai joilla oli ylipainoa ja lievää lihavuutta heidän ikäluokkansa pituuspainoprosentin mukaan, sekä heidän vanhempansa. Tutkimuksen lähtötilanteeseen osallistui 210 lasta ja heidän 257 vanhempansa. (Taulu 2010, 7.)

Tutkimuksen mukaan vanhemmilla oli kohtalaiset perustiedot ravitsemuksesta ja hyvät perustiedot liikunnasta. Ravitsemus ei kuitenkaan ollut perheissä ravitsemussuositusten mukaista vaan heidän ravitsemustottumuksensa olivat keskimääräisesti tyydyttävät. Vanhempien koulutustasolla oli vaikutusta perheen ravitsemustottumuksiin. Lasten liikunnallinen aktiivisuus oli hyvin vaihtelevaa. Lapset arvioivat oman terveyteen liittyvän elämänlaadun kokonaisuuden keskimäärin erittäin hyväksi, mutta kuitenkin noin puolet koki jonkinasteista tyytymättömyyttä omaan painoon, pituuteen ja ulkonäköön liittyen. Vanhempien arviot lastensa painosta eivät täsmänneet mittatuloksiin, mutta vanhempien arviot omasta ylipainosta ja lihavuudesta täsmäsivät. Tutkimuksessa toteutettuihin interventioihin osallistuttiin melko aktiivisesti. (Taulu 2010, 7–8.)

Interventiolla saatiin aikaan positiivisia muutoksia lasten ja vanhempien ravitsemustottumuksiin ja lasten pituuspainoprosentti saatiin laskusuuntaan. Ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyn onnistumista ennakoivaksi tekijäksi huomattiin vanhempien ravitsemustietouden paraneminen kun taas epäonnistumista ennakoivat vanhempien arvio lastensa ruokavalion muuttumisesta epäterveellisemmäksi. Lii-

kunnallisesti passiiviset lapset hyötyivät interventtiosta enemmän kuin liikunnallisesti aktiiviset. Yleisin syy tutkimukseen osallistumattomuuteen oli vanhempiin liittyvät syyt. Tutkimuksen olivat alttiimpia keskeyttämään pojat ja heidän vanhempansa. Tutkimuksen avulla saatu tieto osoitti ravitsemus- ja liikuntainterventioiden mahdollisuudet esikoulu- ja alakouluikäisten lasten nousujohteisen painonkehityksen pysäyttämässä sekä ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä. (Taulu 2010, 8.)

Fogelholm, Nuutinen, Pasanen, Myöhänen ja Säätelä Helsingin yliopistosta ovat tutkineet vanhempi-lapsi-suhteen vaikutusta lapsuusiän ylipainoon ja fyysiseen aktiivisuuteen sekä verranneet ylipainoisten ja normaalipainoisten lasten fyysistä aktiivisuutta. Tutkimukseen osallistui 129 ylipainoista lasta, 142 normaalipainoista lasta ja heidän vanhempansa (äitejä 245, isiä 222). Fyysistä aktiivisuutta arvioitiin kirjaamalla sekä lasten että vanhempien liikkuminen ylös kolmen päivän ajalta, kyselylomakkeella ja lisäksi vanhemmilta kysyttiin heidän liikuntatottumuksista. Tutkimuksessa vanhempien passiivisuus ja liikkumattomuus osoittautui vahvaksi enteeksi lapsen liikkumattomuudesta. Myös vanhempien ylipaino ennusti lapsen ylipainoa. Lapsen ylipaino vaikutti negatiivisesti fyysiseen aktiivisuuteen. Vanhemmillä on siis hyvin voimakas vaikutus lapsuuden ylipainoon ja liikuntatottumuksiin. (Fogelholm ym. 1999.)

Turun yliopiston sydäntutkimuskeskus aloitti vuonna 1990 sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventiotutkimuksen eli STRIP-projektin, joka on tällä hetkellä johtava lasten preventiivisen kardiologian tutkimus maailmassa. Tutkimuksen tarkoituksena on puuttua valtimokovettajataudin riskitekijöihin tutkittavien varhaislapsuudesta lähtien. Tutkittavia oli 1602 perhettä, joissa oli tutkimuksen aloitushetkellä seitsemän kuukauden ikäinen lapsi. Perheistä puolet satunnaistettiin neuvontaryhmään, joka koko tutkimuksen ajan sai lapsen kohdistuvaa yksilöllistä ravitsemus- ja elämäntapaneuvontaa 1–6 kuukauden välein, ja puolet seurantar ryhmään, jolle kyseistä neuvontaa ei annettu seurantakäynneillä. Lisäksi ryhmät kävivät 1–2 kertaa vuodessa seurantakäynneillä tutkimuskeskuksessa. Tutkittavien ruoankäytöstä saatiin käsitys keräämällä neljän vuorokauden mittainen ruoka-

päiväkirja kerran vuodessa. Lisäksi tutkimuskäynneillä tutkittavilta otettiin kolesteroliarvot, pituus, paino ja verenpaine sekä selvitettiin liikunta- ja tupakointitotumukset. Viime vuosina on tutkittavilta lisäksi mitattu valtimoiden seinäpaksuutta ja laajentumiskykyä ultraäänellä. (STRIP-projekti 2008.)

Tutkimus jatkuu kunnes tutkittavat täyttävät 20 vuotta. Tutkimus on siis vielä meillä, mutta siitä on saatu jo paljon tuloksia, joiden pohjalta projekti on todettu toimivaksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Tähän mennessä on saatu selville, että neuvontaa saaneen ryhmän kolesteroliarvot ovat olleet matalammat kuin seurantar ryhmällä. Neuvontaryhmä on käyttänyt enemmän pehmeitä rasvoja kun taas seurantar ryhmä on käyttänyt kovia rasvoja. (STRIP-projekti 2008.)

Suomessa on projektin tulosten perusteella alettu yleisesti suositella rasvattoman maidon ja kasviöljylisän käyttöä 12 kuukauden iästä lähtien. Lisäksi STRIP-projekti on osoittanut, että perhekeskeisellä ravitsemus- ja elintapaohjauksella voidaan vaikuttaa myönteisesti lasten ruoka- ja liikuntatottumuksiin. STRIP-projektin pohjalta onkin luotu Neuvokas perhe -työvälineet, jotka soveltuvat etenkin terveydenhoitajille ja ylipainoisten perheiden ohjaukseen äitiys- ja lastenneuvoissa. Työvälineiden perustana toimii Neuvokas perhe -kortti, jossa on kysymyksiä koko perheelle arkeen liittyvistä liikunta- ja ruokatottumuksista. Työvälineisiin kuuluu Neuvokas perhe -kuvakansio, jonka avulla perhe voi tarkastella omia tottumuksiaan ja niiden terveysvaikutuksia sekä saada käytännön vinkkejä tottumusten muuttamiseen. Terveydenhoitajalla on lisäksi tietokansio, jossa on mm. tarkennuksia kysymyksiin sekä valtakunnalliset liikunta- ja ravitsemussuositukset ja käytännön ohjeita niiden toteuttamiseen. Alakoulujen kouluterveydenhuoltoon Neuvokas perhe -työvälineet valmistuvat vuonna 2011. Työvälineet voi ottaa käyttöön täydennyskoulutuksen käytyään. (Koskenkorva 2009, 24; STRIP-projekti 2008.)

Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson & Hill Leedsin yliopistosta Englannista tekivät tutkimuksen vuonna 2004 lasten lihavuudesta ja matalan itsetunnon riskistä. Tutkimus toteutettiin australialaisilla keskimäärin 11-vuotiailla lapsilla ja yh-

teensä tutkimukseen osallistui 2813 lasta. Tutkimuksessa kerättiin aluksi tiedot mm. lasten painoista ja pituuksista sekä ruumiinrakenteesta. Lisäksi lapset suorittivat itsearviointin. Tutkimuksessa saatiin selville, että ylipainoisilla lapsilla oli havaittavissa mm. huomattavasti heikompi liikunnallinen osaaminen ja itsetunto kuin normaalipainoisilla lapsilla. Etenkin ylipainoiset tytöt olivat vähemmän hyväksytympiä yhteisöissään. Ylipainoisilla lapsilla oli usein myös alentunut itseilmaisukyky. (Franklin ym. 2004.)

Etelson, Brand, Patrick & Shirali New Yorkin lääketieteellisestä yliopistosta tutkivat vuonna 2003 lapsuusajan lihavuutta ja sitä, kuinka hyvin vanhemmat tiedostavat lihavuuteen liittyvät terveysriskit. Tutkimukseen osallistui 83 vanhempaa käydessään lastentautien vastaanotolla 4–8-vuotiaan lapsen kanssa. He täyttivät nimettöminä kyselylomakkeen, jossa heidän tuli osoittaa huolen voimakkuus Likertin asteikolla koskien ylipainoa ja muita tavallisia sairauksia. Lisäksi heidän tuli vastata monivalintakysymyksiin koskien terveellisiä ruokailutottumuksia ja kuvata heidän käsitystä heidän lapsensa painosta käyttäen VAS-mittaria (Visual Analogue Scale). Tutkimuksessa tuli ilmi, että 23 % vastaajista oli ylipainoinen lapsi. Näiden vanhempien huolen voimakkuus ylipainon aiheuttamista terveysriskeistä tai tietonsa terveellisistä ruokailutottumuksista eivät poikenneet muista vanhemmista. Erot ylipainoisten lasten vanhempien ja normaalipainoisten lasten vanhempien välillä ilmenivät lastensa painon arvioinnissa. Ylipainoisten lasten vanhemmista vain 10.5 % osasi arvioida lapsensa painon oikein kun taas normaalipainoisten lasten vanhemmista onnistui lähes 60 %. Ylipainoisten lasten vanhemmat aliarvioivat lapsensa painon. (Etelson ym. 2003.)

Story, Neumark-Stzainer, Sherwood, Holt, Sofka, Trowbridge ja Barlow eri yliopistoista Yhdysvalloissa tutkivat ja arvioivat lasten ja nuorten lihavuuden hoitoa ja siinä olevia heikkouksia sekä terveydenhoidon ammattilaisten asenteita, taitoja ja koulutuksen tarvetta lasten ja nuorten lihavuuden hoidossa. Tutkimus toteutettiin postitse lähetetyllä kyselylomakkeella satunnaisotannalla valituille terveydenhoidon ammattilaisille. Tutkimukseen osallistui 202 lastentautien lääkäriä, 293 lastentauteihin erikoistunutta sairaanhoitajaa ja 444 ravitsemusterapeuttia. Tutki-

mukseen osallistujista keskimäärin 85 % oli sitä mieltä, että lapsuusajan ylipaino ja lihavuus vaatii hoitoa, nostaa riskiä pitkäaikaissairauksiin ja vaikuttaa elämänlaatuun tulevaisuudessa. Hoidossa oleviksi heikkouksiksi koettiin vanhempien osallistumattomuus, asiakkaan motivaation puute ja tukipalveluiden puute. Yleisimmät aiheet, joissa omissa taidoissa koettiin heikkoutta, olivat käyttäytymisterapian menetelmät, vanhemmuuden ohjaus ja perheen ristiriitojen puheeksi ottaminen. Kaikissa ammattiryhmissä osoitettiin suurta kiinnostuneisuutta lisäkoulutusta kohtaan koskien lihavuuden hoitoa ja etenkin käyttäytymisterapian menetelmiä, sekä vanhemmuuden ohjausta. (Story ym. 2002.)

2 ALAKOULUIKÄINEN LAPSI JA YLIPAINO

Ylipaino on lisääntynyt kaikissa ikäluokissa maailmanlaajuisesti viime vuosikymmenten aikana. Myös lasten ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys ovat yleistyneet. Tällä hetkellä yli 10 % alakouluikäisistä lapsista Suomessa on ylipainoisia ja noin 4 % lihavia (LATE-työryhmä 2010, 146–147). Pääosa lasten ylipainosta ja lihavuudesta johtuu liiallisesta energiansaannista verrattuna energiankulutukseen. Lihavuuden syynä on erittäin harvoin sairaus tai oireyhtymä. Lasten ylipainon lisääntyminen nähdään myös olevan syynä tyypin 2 diabeteksen yleistymiseen nuorilla. Lasten ylipainoisuus yleistyy koulun aloittamisen jälkeen. (Huttunen 2002, 55; Lagström 2006, 284, 286; LATE-työryhmä 2010, 146–147; Saukkonen 2006, 302.)

2.1 Alakouluikäinen lapsi

Alakoululla tarkoitetaan peruskouluja, jotka antavat opetusta pääsääntöisesti vuosiluokilla 1–6. Oppivelvollisuus alkaa samana vuonna kun lapsi täyttää seitsemän vuotta ja aloittaa kyseisen vuoden syksyllä alakoulun ensimmäisen luokan. Alakouluikäinen on siis noin 7–12-vuotias. (Ivanoff ym. 2001, 94; Rautanen 2007, 184, 187.)

2.2 Alakouluikäisen lapsen normaali kasvu ja kehitys

Lapsen terve kasvu ja kehitys ovat lähtökohtana lapsen uusien taitojen, tietojen ja tunteiden oppimiselle. Lapsen kasvun ja kehityksen seuraaminen ovat merkittävä osa lapsen terveyden seurantaa. (Lenko 2002, 9.)

Tullessaan kouluikään lapsen ulkoinen olemus alkaa muuttua. Pikkulapselle ominainen pyöreys häviää, raajat pidentyvät ja pää suhteessa kokonaispituuteen pienenee. Pituutta alakouluikäiselle tulee keskimäärin viisi senttiä vuodessa, painoa noin 2,5 kg vuodessa. 6–8-vuotiaalla tulee usein niin sanottu keskilapsuuden pyrähdys, jolloin pituuskasvu nopeutuu vähän, mutta muuten lapsen kasvu on tässä

vaiheessa tasaista. Maitohampaat alkavat vaihtuvat pysyviin 6–13-vuoden ikäisenä. (Ivanoff ym. 2001, 94; Tapanainen 2004, 39.)

Alakouluikäinen lapsi oppii uusia motorisia taitoja helposti vanhojen taitojen samalla kehittyessä. Hienomotoriset taidot kehittyvät hiljalleen kohti aikuistasoa. Lapsi on toiminnallinen, utelias ja tiedonhaluinen. Pelit, leikit ja liikunta ovat tärkeitä. (Ivanoff ym. 2001, 94; Tirkkonen 2002, 31.)

Elinpiirin ja tietomaailman avartuessa alakouluikäinen lapsi läpikäy tärkeitä kehitysvaiheita myös psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen puolella. Hän alkaa ymmärtää abstrakteja käsitteitä ja syy-seuraus-suhteita. Lapsen kyky hallita tunteitaan ja impulssejaan paranee, vaikkakin ikään kuuluvia raivokohtauksia ja käyttäytymishäiriöitä saattaa esiintyä. Ne vähenevät omantunnon kehittyessä ja lapsen saadessa etäisyyttä vanhempiinsa. Itsetunto ja luottamus omiin taitoihin kehittyvät. Lapsi kokee mielihyvää taitojen kehittyessä ja saadessaan kannustusta osatessaan ja onnistuessaan. Lapsella saattaa olla pelkoja, jotka johtuvat ajattelun kehittymisestä, vilkkaasta mielikuvituksesta, tiedon lisääntymisestä sekä vaikeudesta vielä erottaa epätodellista todellisesta. Alakouluikäisen lapsen pelot voivat liittyä pimeään, yliluonnollisiin olentoihin, mutta myös vanhempiensa tai kaverinsa lopulliseen menettämiseen tai sodan syttymiseen. (Ivanoff ym. 2001, 94–98, Tirkkonen 2002, 31.)

Alakouluikäinen lapsi on yleensä kiinnostunut koulunkäynnistä ja koulussa opittavista asioista. Kaverit merkitsevät entistä enemmän ja lapselle alkaa kehittyä pitkäaikaisia ystävyys-suhteita. Kaverisuhteilla on sosiaalistava ja monipuolisesti kehitystä tukeva vaikutus. (Ivanoff ym. 2001, 95–96.)

2.3 Lapsen ylipainon määritelmä

Lihavuudella tarkoitetaan kehon liiallista rasvakudoksen määrää. Suomessa lasten ylipainon ja lihavuuden arvioinnissa ja diagnosoinnissa käytetään apuna pituuden ja painon mittaamista ja pituuspainoa joka saadaan suomalaisten lasten painon ja pituuden mukaan laadituista kasvukäyristä. Kouluikäisillä lapsilla 20–40 % pi-

tuuspainon ylitys tarkoittaa ylipainoa ja lievää lihavuutta ja yli 40 % merkittävää lihavuutta. Pituuspainon ollessa yli 60 % kyseessä on vaikea lihavuus. Lapsen kasvukäyrää tutkittaessa saadaan myös tietoa lihavuuden kehittymisaikataulusta ja lihavuuden syistä. Painoindeksiä ei lapsilla ylipainon arvioinnissa voi käyttää, koska kasvuikäisellä lapsella kehon suhteet ovat erilaiset kuin aikuisilla (Mustajoki 2007, 83). Lapsen ylipainon ja lihavuuden arvioinnissa tulee huomioida lapsen ruumiinrakenne, rasvakudoksen jakautuminen, ulkonäköpiirteet sekä mahdolliset merkit aineenvaihduntasairauksista. Erotusdiagnoosia tehtäessä on olennaista tutkia lapsen yleistila ja tarkastella pituuskasvu suhteessa painon nousuun. (Käypä hoito -suositus 2005; Korhonen, Anna-Leena; Kalavainen, Marja; Ihanainen, Merja & Nuutinen, Outi 1999, 4; Mustajoki 2007, 83; Salo 2004a, 318; Saukkonen 2006, 299.)

2.4 Ylipainon terveysvaikutukset

Lihavuus saa aikaan monia fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia terveyshaittoja. Ylipainoisuus lapsena säilyy usein aikuisuuteen ja lapsena alkaneeseen lihavuuteen yhdistyy myös kohonnut riski sairastua moniin aikuisiän sairauksiin. Lisäksi lapsen lihavuudella on tuntevia sosiaalisia, psykologisia ja psyykkisiä vaikutuksia, jotka voivat heikentää lapsen hyvinvointia sekä lapsuudessa että vielä aikuisiässä. (Salo & Mäkinen 2006, 292, 294; Uusitupa 2006, 25.)

2.4.1 Fyysiset terveysvaikutukset

Lapsuusiän lihavuus altistaa useille samoille fyysisille sairauksille kuin aikuisiän lihavuus. Lihavilla lapsilla on normaalipainoisia lapsia useammin kohonnut plasman LDL-kolesteroli- ja triglyseripitoisuus ja pienentynyt HDL-kolesterolipitoisuus. Lihavuus vaarantaa lapsen terveyttä mm. suurentamalla riskiä hyperinsulinemiaan eli plasman insuliinipitoisuuden suurenemiseen, heikentyneeseen glukoosinsietokykyyn, insuliiniresistenssiin ja tyypin 2 diabetekseen sairastumiseen. Tyypin 2 diabetekseen sairastunut nuori saattaa kärsiä diabetekseen liittyvistä elinmuutoksista ja sydän- ja verisuonitautien ilmaantumisesta aiempaa varhaisemmin. Lihavilla lapsilla esiintyy myös kohonnutta verenpainetta, kohon-

neita maksan transaminaasiarvoja, steatoosia rasvahepatiittia ja kirroosia. Myös mahdollisuus unenaikaisiin hengityshäiriöihin ja obstruktiivisiin hengitysteiden oireisiin on suurempi kuin normaalipainoisilla lapsilla. (Käypä hoito -suositus 2005; Salo & Mäkinen 2006, 293–294, Uusitupa 2006, 27.)

On myös muita fyysisiä sairauksia joihin on lapsuudessa suurempi riski sairastua, jos on paljon ylipainoa. Pseudotumor cerebri on harvinainen lasten ja nuorten sairaus. Sairauteen kuuluu kohonnut kallonsisäinen paine ja sen oireena ovat voimakas päänsärky ja näköhäiriöt. Puolet tautia sairastavista on lihavia. Ylipaino ja lihavuus aiheuttavat epätavallista rasitusta alaraajojen kasvuvaiheessa oleville luille. Tästä voi seurata reisi- ja sääriluun taipumista sekä sisäpuolisen sääriluunpään metafyyisin liikkakasvua. Tämä tunnetaan nimellä Blountin tauti. (Salo & Mäkinen 2006, 294.)

Lapsuusiän ylipainoisuus ja lihavuus siirtyvät usein aikuisuuteen. Tällöin ylipaino ja lihavuus altistavat tyypin 2 diabeteksen, kohonneen verenpaineen ja metabolisen oireyhtymän lisäksi muun muassa sydän- ja verisuonitaudeille, uniapnealle, rasvamaksalle, sappikiville, ihosairauksille, närästykselle, nivelrikolle ja kihdille. Lihavuuden on myös todettu moninkertaistavan riskiä sairastua syöpään. Lihavuus nostaa riskiä sairastua muun muassa kohdun runko-osan syöpään, rintasyöpään, paksusuolen syöpään, munuaissyöpään ja eturauhassyöpään. Naisilla voi esiintyä lihavuuden aiheuttamista hormonihäiriöistä johtuen kuukautishäiriöitä ja jopa lapsettomuutta. Lisäksi ylipaino ja lihavuus vaikeuttavat liikkumista ja toimintakykyä sekä lisäävät tapaturma-alttiutta, leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja jopa kuolemanvaaraa. (Mustajoki 2007, 92–98; Uusitupa 2006, 26, 36.)

Lapsen ylipainolla ja lihavuudella on vaikutus lapsen fyysiseen terveyteen ja kuntoon siten, että ylipainoinen lapsi saattaa kokea juoksemisen ja muun liikkumisen hankalaksi tai raskaaksi. Lihavuus voi nousta esteeksi osallistua yhteisiin liikuntahetkiin. Koulun joukkuepeleissä ja muissa urheilulajeissa ylipainoisen lapsen on vaikea pärjätä. Lapsen fyysinen kunto ja suoriutuminen ovat tällöin huonot. (Jansson & Danielsson 2005, 82; Rissanen & Mustajoki 2006, 121.)

2.4.2 Sosiaaliset ja psyykkiset terveystvaikutukset

Yhteiskunnassamme kuten muissa länsimaissa ihannoidaan hoikkuutta. Lihavuuteen suhtaudutaan negatiivisesti ja asennoituminen sitä kohtaan on torjuvaa. Valittavasti myös lapsilla on samankaltaista suhtautumista lihavuutta kohtaan. Kun lapsille on näytetty piirroksia erikokoisista lapsista, lapset ovat arvioineet vähiten halutuiksi leikkikavereiksi lihavat lapset. Sekä normaali- että ylipainoiset lapset arvioivat lihavia yhtä kielteisesti. Lihavia lapsia kiusataan usein, koska lihavuus näkyy ja he ovat erilaisia. Kiusaaminen voi ilmetä mm. haukkumisena, moittimisena, hännäämisena tai jopa potkimisena, lyömisenä, kiristämisenä tai kaveripiiristä poisjättämisenä. Kiusaaminen on yleisintä 7–12-vuotiailla eli alakouluikäisillä lapsilla. Kiusatuksi joutuminen satuttaa lasta monella tapaa aiheuttaen pelkoa ja ahdistusta, vieden elämäniloa sekä heikentäen itsetuntoa ja suoriutumista koulussa. Normaalipainoisiin verrattuna lihavat nuoret ovat todennäköisemmin sosiaalisesti eristäytyneitä ja yksinäisiä ja lisäksi heillä on vähemmän ystävyys-suhteita. (Ivanoff ym. 2001, 97; Mustajoki 2007, 102–103; Salo & Mäkinen 2006, 295.)

Ylipainolla ja lihavuudella katsotaan olevan vaikutusta lapsen itsetuntoon. Itsetunnolla tarkoitetaan sitä, miten ihminen uskoo läheistensä kokevan hänet ja millaisena hän kokee saavutuksensa elämänsä tärkeissä asioissa. Lihavilla lapsilla ja nuorilla on normaalipainoisiin ikätovereihinsa verrattuna enemmän ruumiinkuvan häiriöitä. Heidän käsityksenä vartalonsa koosta ja tähän käsitykseen pohjautuvat tunteet ja tiedot ovat vääristyneet. Ylipainoisen lapsen itsetuntoon ja kielteisen minäkuvan kehittymiseen sekä ruumiinkuvan häiriön vakavuuteen vaikuttaa ikä, sukupuoli, lapseen kohdistunut kiusaaminen ja sen määrä sekä vanhempien huolestuneisuus lihavuudesta ja hyväksyntä. Lapsuudessa itsetunto ja sen kehittyminen ovat yhteydessä enemmän perheeseen, kun taas varhaisnuoruusiässä samanikäisten kavereiden hyväksyntä on perheen hyväksyntää tärkeämpää. Tytöillä ruumiinkuva on tärkeämpi osa heidän itsetuntoaan kuin pojilla, ja siten tytöillä on suurempi alttius itsetunto-ongelmien kehittymiselle. Vanhempien hyväksyvä suhtautuminen lihavuuteen tai huolestuneisuuden puuttuminen saattavat suojata lasta ja nuorta itsetunto-ongelmilta. (Salo & Mäkinen 2006, 295–296.)

Lihavilla ihmisillä esiintyy enemmän depressiivisyyttä ja psyykkisiä ongelmia kuin normaalipainoisilla. Erityisesti niillä lihavilla, joilla on mielenterveyshäiriöksi luokiteltava ahmintahäiriö, esiintyy mielialan ailahtelua, ahdistusta, syyllisyyttä ja häpeää sekä masentuneisuutta. (Mustajoki 2007, 104; Rissanen & Mustajoki 2006, 120, 124, 126.)

Ympäristön ja yhteiskunnan kielteinen suhtautuminen ylipainoiseen jatkuu aikuisena. Lihavan henkilön on vaikeampi saada opiskelu- tai työpaikkaa verrattuna normaalipainoiseen, saman koulutuksen omaavaan henkilöön. Myös terveydenhuollossa on todettu negatiivista suhtautumista lihaviin potilaisiin ja se saattaa olla vaikutusta hoitoratkaisuihin. Lihavuuteen liittyvät sairaudet ja terveyshaitat altistavat myös ennenaikaiselle työkyvyttömyydelle. (Mustajoki 2007, 104; Uusitupa 2006, 36.)

3 YLIPAINOON VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Liiallinen energiansaanti suhteessa energiankulutukseen johtaa lihomiseen. Ylipainoon ja lihavuuteen vaikuttaa sen lisäksi monet muut tekijät. Näitä tekijöitä ovat geneettiset, sosiaaliset ja psyykkiset tekijät, yhteiskunnalliset tekijät sekä elämäntapoihin liittyvät tekijät. (Lagström 2006, 288; Salo 2004a, 319.)

Merkittävä lihavuuden syy on liikunnan väheneminen. Kuntoliikunnan puute altistaa lihomiselle kun taas säännöllinen kuntoilu ehkäisee lihomista. Yksi syy liikunnan vähenemiseen on yhteiskunnan ja ympäristön motorisoituminen. Kaupunkiasumisen nähdään vaikuttavan ihmisten luontaisen liikunnan välttämiseen. Työmatka- ja muu arkiliikunta ovat vähentyneet. Suomalainen ruokakulttuuri ja siihen liittyvät tavat ja tottumukset ovat muuttuneet yleisistä ravitsemussuosituksista poikkeavimmiksi. Pikaruokat ovat yleistyneet sekä ruoka- ja juoma-annosten koot ovat kasvaneet. Myös yleistynyt napostelu lihottaa, koska se häiritsee nälän- ja kylläisyyden tunteen tunnistamista, lisää energiansaantia ja heikentää ravitsemuksen laatua. (Käypä hoito -suositus 2005; Nuutinen 2006, 315; Rissanen & Fogelholm 2006, 19; Salo 2004a, 319.)

Lapsuuden lihavuuden riskitekijöitä ovat etenkin vanhempien lihavuus, sekä vanhempien epäterveelliset ruokailu- ja liikuntatottumukset. Lisäksi perheen alhaisella sosiaaliluokalla, äidin iäkkyydellä, ainoalapsisuudella ja vanhemman yksinhuoltajuudella on vaikutus lapsen ylipainoisuuden ja lihavuuden syntyyn. (Salo 2004, 320.)

Somaattiset sairaudet lihavuuden syynä ovat harvinaisia. Alle 1 %:lla lihavuuden syyksi paljastuu endokriininen tai jokin muu orgaaninen sairaus. (Salo 2004a, 319.)

3.1 Ruoan ja ravitsemuksen merkitys

Terveellinen ravinto on yksi optimaalisen kasvun ja kehityksen takaavista perustekijöistä. Lapsen saadessa tasapainoista ja monipuolista ravintoa säännöllisen

ateriarytmien mukaisesti hänen riskinsä sairastua puutostauteihin, ravintoperäisiin myrkytyksiin ja ravinnosta johtuviin elintasosairauksiin minimoituu. (Nurttila 2001, 99; Salo 2004b, 67.)

3.1.1 Ravitsemuksen ongelmakohdat

Keskimääräisesti suomalaisten lasten ravintoaineiden saanti on hyvällä tasolla. Lasten ja nuorten energian ja energiaravintoaineiden keskimääräisessä saannissa ei ole merkittäviä muutoksia viime vuosikymmenten aikana. Itse asiassa ravinnon sisältämän rasvan laatu on parantunut, vaikkakin ravinnossa on edelleen liikaa kovaa rasvaa ravitsemussuositukseen nähden. Sen asemasta makeiden mehujen, virvoitusjuomien ja makeisten kulutus on kasvanut huomattavasti ja sen lisäksi elintarvikkeiden pakkauskoot ovat suurentuneet. Ruokaa on myös helpommin saatavilla mm. kioskeista, pizzerioista ja hampurilaisravintoloista. Kouluissa ja liikuntakeskuksissa on virvoitusjuoma- ja makeisautomaatit. Lapsilla on myös nykypäivänä käytössään enemmän rahaa kuin aikaisemmin. (Janson & Danielsson 2005, 19; Lagström 2006, 290; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Vaikka suurimmalla osalla vanhemmista on hyvät ravitsemuksen perustiedot hallussaan, he kaikki eivät kaikki toteuta perheaterioita tietojensa mukaisesti. Tähän vaikuttavat muun muassa kiire arjessa, pitkät työpäivät ja vapaa-ajan vähyys sekä perheen sosiaaliset, taloudelliset ja psyykkiset syyt. Lisäksi lapselle annetaan lisävastuuta huolehtia omasta ruokailustaan varhain ensimmäisten kouluvuosien aikana, vaikkei hänellä ole riittävät taidot siihen. Alakouluikäinen lapsi tarvitsee vielä aikuisen apua ruokailussa mm. huolehtimaan ravinnon monipuolisuudesta ja riittävydestä. (Lyytikäinen 2001, 148; Nurttila 2001, 99, 143, 148.)

Ruokaa käytetään syömisen lisäksi moneen muuhun tarkoitukseen. Sillä hemmotellaan, lohdutetaan ja palkitaan. Moni vanhempi opettaa lapselleen tietämättään vahvan yhteyden tunteiden ja herkkujen välille. Kun lapsella on jokin mielihäiriö, annetaan jotain makeaa herkkua lohdutukseksi ja mielihyvän tuojaksi. Henkistä pahaa oloa koetetaan hoitaa syömällä jotain hyvää, josta tulisi parempi olo. Lasta myös palkitaan ja hemmotellaan herkuilla hänen onnistuessaan tai saavuttaessaan

jotain. Näin lapsi oppii tunnesyömisen. Tunnesyömisen lisäksi on tapasyömistä, syödään esimerkiksi ajankuluksi tai seuraksi. Ruokaa on aina tarjolla kun on jokin tapaaminen tai muu sosiaalisen kanssakäymisen tilanne. Nykykulttuurissa suuri osa ihmisten toiminnasta ja tunteista liikkuu ruoan ja syömisen ympärillä. (Janson & Danielsson 2005, 19, 21; Silvola 2010, 16–19.)

3.1.2 Alakouluikäisen lapsen ravitsemus

Muutokset ravitsemuksessa ovat vaikuttaneet suomalaisen ruoan sisältöön. Kotiruoan osuus on vähentynyt ja valmisruokien käyttö on lisääntynyt. Koululaiset saavat suuren osan ravinnostaan kouluissa, vapaa-aikana käydään joskus hampurilaisravintoloissa ja pizzerioissa. (Salo 2004b, 74.)

Kouluille laaditut ruokasuositukset pohjautuvat yleisiin ravitsemussuosituksiin terveyttä edistävästä ravitsemuksesta. Koulun tarjoaman aterian tulee kattaa noin kolmanneksen päivän ravinnon tarpeesta. Sen tulee lisäksi olla tarkoituksenmukaisesti järjestetty, ohjattu ja täysipainoinen. Keskimäärin 95 % alakoululaisista syö koululounaan jokaisena koulupäivänä. Suurin osa myös piti kouluruuasta. Kaksi kolmasosaa jättää kuitenkin jonkin osan kouluruuasta syömättä. (Ovaskainen & Virtanen 2010, 95, 97–98; Salo 2004b, 67; Valtion ravitsemusneuvontakunta 2008, 3, 8.)

Kotonaan alakouluikäisistä lapsista lähes kaikki syövät keskimäärin viisi ateriaa päivässä. Lapsen kasvaessa ateriat muuttuvat epäsäännöllisimmiksi. Ensimmäisen luokan lapsista 96 % syö aamupalan, viidennen luokan lapsista 84 %. Lähes kaikki syövät lounaan. Iltapäivän välipalan syö ykkösluokkalaisista 78 %, viidesluokkalaisista enää hieman yli puolet. Päivällisen alakouluikäisistä lapsista syö 89 %. Iltapalan syö ykkösluokkalaisista 94 %, viidesluokkalaisista 84 %. Lähes joka neljäs syö jotain päivällisen ja iltapalan välillä. Joka kymmenes alakouluikäinen napostelee päivän aikana. Perheen yhteiset ateriat iltaisin vähenivät lapsen kasvaessa. (Ovaskainen & Virtanen 2010, 95, 100.)

Alakouluikäiset lapset joivat yleisimmin maitolaaduista rasvatonta ja kevytmaitoa. Noin 6–12 % alakouluikäisistä ei juonut maitoa ollenkaan. Viidesluokkalaisista joi täysmehuja päivittäin noin 40 %, hedelmiä söi päivittäin vain hieman reilu 20 %. Sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia viidesluokkalaisista joi päivittäin 19 %, 3–5 päivänä viikossa 32 %. Makeisia söi viidesluokkalaisista suurin osa 1–2 kertaa viikossa. Sokeroituja elintarvikkeita nautittiin usein väli- ja iltapaloilla. Koululaisista kuudesosa söi liha-, kana- tai makkararuokaa vähintään joka toinen päivä. Neljäsosa söi vähintään kerran viikossa kala- tai kasvispääruokaa. Kasvis-ten käyttö oli vähäistä. Lähes joka toinen viidesluokkalainen söi pizzaa 1–2 kertaa viikossa. Hampurilaisia söi yhtä usein puolet viidesluokkalaisista. (Ovaskainen & Virtanen 2010, 96–99, 148.)

3.2 Liikunnan merkitys

Ihmisen energiatasapaino vaikuttaa painonhallintaan ja lihomiseen. Energiatasapaino syntyy energiansaannin ja energiankulutuksen ollessa sopusuhtaisessa suhteessa. Liikunta edistää painonhallintaa, mutta sen lisäksi sillä on myönteisiä vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Kouluikäisten liikuntaa ja fyysistä aktiivisuutta tulee edistää, koska lapsista yhä useampi on ylipainoinen tai lihava ja heidän fyysinen kuntonsa on heikentynyt. (Nuori Suomi 2008, 10; Mustajoki 2007, 62, 76.)

3.2.1 Alakouluikäisten lasten ajankäyttö

Moni asia vaikuttaa liikunnan, ulkoilun ja fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen. Maailma on muuttunut niin, ettei liikunta sisälly jokaisen koululaisen päivään luonnostaan. Arkiliikunta on vähentynyt ja istuminen television ja tietokoneen ääressä lisääntynyt voimakkaasti. Samaan aikaan lihavuus on yleistynyt. Nykyisin suurin osa alakoululaisista katsoo tv:tä tai käyttää tietokonetta 1–2 tuntia arkipäivisin, viikonloppuisin aikaa kuluu vielä enemmän. Suositus korkeintaan kahden tunnin päivittäisestä tietokoneen ja tv:n ääressä olemisesta toteutuu viikonloppuisin 64 % ykkösluokkalaisista ja 25 % viidesluokkalaisilla. Lisäksi koulujen liikuntaan käytettyä tuntimäärää on vähennetty puolella. Lapsille ennen niin perinteiset

pihaleikit ovat harvinaistuneet ja sen lisäksi ympäristöt, joissa lasten olisi turvallista leikkiä, liikkua ja ulkoilla, ovat vähentyneet. Lyhyetkin matkat kuljetaan auton kyydissä ja koulumatkojen kulkeminen pyörällä tai jalkaisin on vähentynyt. Kavereihin ollaan yhteydessä kännykällä tai Internetin kautta, jolloin kavereita ei enää mennä yhtä usein tapaamaan omin jaloin. (Lagström 2006, 291; Nuori Suomi 2008; 10, 12; Mäki 2010, 101, 105–106; Pääkkönen 2007, 228.)

Vuosina 2007–2008 suurin osa ensimmäisen luokan koululaisista liikkui arkisin virallisen liikuntasuosituksen mukaan eli yli kaksi tuntia päivässä, 10 % tästä ryhmästä liikkui alle suosituksen. Keskimäärin 86 % 5.luokkalaisista harrasti vähintään puoli tuntia lievästi hengästyttävää liikuntaa ainakin 2–3 kertaa viikossa. Vähintään viitenä päivänä viikossa vastaava luku on noin 50 %. Vastaavasti 10 % harrasti hengästyttävää ja hikoiluttavaa liikuntaa vain kerran viikossa tai harvemmin. (Mäki 2010, 104; Tammelin 2008a, 12.)

3.2.2 Liikunnan terveystvaikutukset

Lapsilla on luontainen tarve liikkua. Liikkuessaan lapsi kehittää motoriikkaansa ja oppii uusia asioita itsestään ja ympäristöstään. Liikunta tukee lapsen fyysistä kasvua ja kehitystä sekä terveen itsetunnon ja persoonallisuuden kehitystä. Se vaikuttaa myönteisesti myös mielialaan ja vireystasoon. Säännöllisellä liikunnalla voidaan alentaa stressitasoa ja ehkäistä masennusoireiden ilmaantumista sekä lieventää ahdistuksen oireita. Liikkumisesta ja leikistä lapsi saa iloa ja hyvää oloa ja siksi onkin tärkeää kannustaa lapsia liikkumaan ja urheilemaan. Liikunnan kautta lapsi saa myös mahdollisuuksia ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja sen opeteluun, toisten kanssa työskentelyyn, auttamiskäyttäytymisen kehittämiseen ja uusien kaverisuhteiden luomiseen. Erilaisten liikuntapelien ja leikkien kautta lapsi voi kehittää moraalista ajatteluaan, ristiriitojen ratkaisutaitojaan, itseilmaisutaitojaan, luovuuttaan ja kognitiivisia taitojaan. (Janson & Danielsson 2005, 79, 81; Laakso 2008, 64–65; Mustajoki 2007, 76–77; Mäki 2010, 104; Nuori Suomi 2008, 79.)

Liikunta ei ole tärkeää vain energiankulutuksen ja painonhallinnan kannalta. Liikunnan harrastaminen on yhteydessä somaattisten vaivojen sekä tarkkaavaisuuden ja keskittymisen häiriöiden vähäisyyteen. Omasta kunnostaan huolehtiminen on tärkeää muun muassa sydämen ja verisuonten sekä toimintakyvyn ja liikkeiden hallinnan kannalta. Fyysinen aktiivisuus lisää ja ylläpitää luun tiheyttä ja siten ehkäisee osteoporoosia. Sillä voidaan parantaa yöunen laatua ja vatsan toimintaa. Hyvä terveys ja hyvä fyysinen kunto lapsena ennustaa hyvää terveyttä ja fyysistä aktiivisuutta aikuisiällä. (Mustajoki 2007, 76–77; Nuori Suomi 2008, 79; Tamme-
lin, 2008b, 53; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42–43.)

3.3 Ympäristötekijöiden merkitys

Ympäristötekijöillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ylipainoisen lapsen perhettä, koulua, kulttuuria ja elinympäristöä.

3.3.1 Perhe

Vanhempien paino on yksi tekijä lapsen lihavuudessa. Perheissä, joissa vanhemmilla on ylipainoa, lapset ovat myös useammin ylipainoisia kuin jos vanhemmat ovat normaalipainoisia. Alakouluikäisten lasten äideistä noin 40 % on ylipainoisia ja noin 10 % lihavia, isistä ylipainoisia on lähes 60 % ja lihavia noin 10 %. Vaikeasti lihavista lapsista noin 80 %:lla ainakin toinen vanhemmista on lihava ja noin 30 %:lla molemmat vanhemmista ovat lihavia. Äidin ylipaino ennen raskautta on yksi riskitekijä lapsen ylipainoisuudelle. Vielä ei ole varsinaisesti löydetty ylipainoa ja lihomista aikaansaavaa geeniä, jolla voitaisiin todistaa lihavuuden periytyminen, mutta mm. kaksos-, adoptio- ja perhetutkimukset ovat osoittaneet, että geenit vaikuttavat alttiuteen lihoa ja saada ylipainoa. (Koponen & Hakulinen-Viitanen 2010, 135, Käypä hoito -suositus 2005; Lagström 2006, 288; Mustajoki 2007, 18–19, Uusitupa 2006, 88–89.)

Lapsi oppii perheen ruokailu- ja liikuntatottumukset ja ne vaikuttavat lapsen painoon ja mahdolliseen lihomiseen. Usein myös lapsuudessa opitut tavat ja tottumukset siirtyvät aikuiselämään. Lapset, joiden vanhemmat ovat liikunnallisesti

passiivisia, liikkuvat myös keskimääräistä vähemmän. (Käypä hoito-suositus 2005; Mustajoki 2007, 20–21.)

Perheen sosiaaliluokalla ja koulutuksella on vaikutusta lapsen ylipainoon. Vanhempien lyhyellä koulutuksella nähdään olevan vaikutus mm. terveystietämisen ymmärtämiseen. Verrattaessa eri koulutusryhmien välisiä ravitsemussuositusten mukaisia ruokailutottumuksia, ylimmässä koulutusryhmässä useammat kuin muissa ryhmissä noudattavat niitä. Ylin koulutusryhmä myös omaksuu nopeiten ravitsemussuositukset. Myös heidän lapsensa syövät terveellisemmin kuin vähemmän koulutettujen perheiden lapset. Alhaisessa sosiaaliluokassa olevalla perheellä ei kenties ole taloudellisia mahdollisuuksia harrastuksiin tai kaikkiin terveellisen ruoan ainesosiin kuten hedelmiin, kasviksiin ja marjoihin. Terveystietämisen merkitys saattaa jäädä muiden huolien kuten päivittäisen toimeentulon turvaamisen alle. (Lagström 2006, 290; Rissanen & Fogelholm 2006, 20; THL 2008.)

Myös perheen koko vaikuttaa lapsen lihavuusriskiin. Yhden lapsen perheissä lapsella on suurempi riski altistua ylipainon saamiselle kuin monilapsisen perheen lapsella. Yksinhuoltajan lapsella ylipainoisuus on yleisempää kuin kahden vanhemman perheissä. (Lagström 2006, 290.)

3.3.2 Koulu

Suomessa on tarjottu jo 60 vuoden ajan maksuton kouluruokailu kaikille oppivelvollisuusikäisten oppilaille. Kouluruokailusta säädetään muun muassa opetuslaissa ja lisäksi vuonna 2008 julkaistiin kouluruokailusuositus. Sen tarkoituksena on antaa ohjeet kouluruokailun järjestämisestä niin, että oppilaiden ravitsemukselliset tarpeet koulupäivän aikana tulevat täytetyksi edistämällä heidän kasvuaan ja kehitystään sekä varmistamalla osaltaan oppilaiden työvireyden koulupäivän aikana. Kouluruoan ravintosisällön ja ateriamallin perustana on suomalainen ravitsemussuositus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 3, 5, 7, 10.)

Kouluruokailu on osa opetusta ja sen mm. tarkoituksesta, merkityksestä tulee tiedottaa oppilaille. Opettajien kuuluu antaa mallia omalla ruokailullaan sekä ohjata

ja valvoa lapsen itsenäistä ruoan annostelua ja ruokailutapoja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 6.)

Mikäli koulun oppitunnit jatkuvat pidempään kuin kolme tuntia koululounaan jälkeen, tulee oppilaille tarjota mahdollisuus ravitsevaan välipalaan. Opetushallitus ja Kansanterveyslaitos suosittelevat lisäksi ettei kouluissa ja oppilaitoksissa olisi myynnissä makeisia, virvoitusjuonia tai sokeroituja mehuja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 7; THL 2009.)

Koulu on kouluikäisen liikunnan edistämässä tärkeä tekijä, koska se saavuttaa kaikki kouluikäiset lapset. Nykyisin peruskoulussa on keskimäärin kaksi 45 minuutin liikuntatuntia viikossa. Koulut ovat vähentäneet viimeisen kymmenen vuoden aikana liikuntaan käytettävää tuntimäärää puolella. Koululiikunnalla on kuitenkin tärkeä tehtävä kasvattaa lapsia liikkumaan sekä vaikuttaa myönteisesti koululaisten fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Liikunnan tulee olla kivaa ja antaa lapselle iloa ja elämyksiä, kilpailun korostamista tulisi välttää. Virallisessa koululiikuntasuosituksessa vaaditaan lisää liikuntaa kaikille luokka-asteille tunnin verran viikossa ja ehdotetaan jokapäiväisen puolen tunnin mittaisen liikuntavälitunnin perustamista. Lisäksi siinä ohjastetaan kouluterveydenhuoltoa seuraamaan koululaisten liikunnan laatua ja määrää ja tekemään tarvittaessa kirjallinen liikuntasuunnitelma koululaisen kanssa. (Karvinen 2008, 33–34, 37, 40; Lagström 2009, 291; Nuori Suomi 2008, 21; Tammelin 2008a, 13; Tammelin 2008b, 47.)

3.3.3 Kulttuuri

Suomen ruokakulttuuri on muuttunut viimeisten vuosikymmenten aikana suuresti. Vaikka osa muutoksista on ollut terveyttä edistäviä, muun muassa hedelmien ja kasvien käyttö on lisääntynyt ja rasvan osuus ruoan energiamäärästä on pienentynyt, on osa muutoksista ollut ylipainolle altistavia ja siten terveydelle haitallisia. Pikaruokakulttuuri on yleistynyt ja hinnaltaan edullisten herkullisten ruokien valikoima sekä napostelu lisääntynyt ja mm. nämä tekijät voivat johtaa liialliseen energiansaantiin. (Mustajoki 2007, 54.)

3.3.4 Elinympäristö

Asuinympäristöjen muutoksella on oma osuutensa lasten ylipainoon ja lihomiseen. Ennen lapsilla oli enemmän tilaa ja mahdollisuuksia leikkiä ja liikkua ulkona. Nyt mm. liikenne on muuttunut, niin ettei lasta uskalla päästää sekaan pyöräilemään. Liikenne ei ole ainut turvattomuuden tunnetta tuova asia. Myös ihmiset ovat muuttuneet niin että on paikkoja joissa edes isoja, kouluikäisiä lapsia ei ole turvallista päästää leikkimään ilman aikuisen valvontaa. Lapsia myös kuljetetaan autolla paikasta toiseen, koska vanhemmilla on kiire töihin tai lasten on liian vaarallista taittaa matkaa kävellen. (Janson & Danielsson 2005, 16–17.)

Kodeissa on nykyään puoleensavetäviä uusia leluja kuten televisio, tietokone, Internet, tv- ja tietokonepelit sekä DVD- ja videofilmit. Lapset saattavat leikkiä niillä useita tunteja päivässä liikkumatta lainkaan. Television ääressä lapset törmäävät myös tekijöihin, jotka vaikuttavat syömiseen ja herkutteluun. Nykypäivän elintarviketeollisuus sekä makeis- ja virvoitusjuomavalmistajat ovat yksi suurimpia mainostajia ja markkinoijia. Lapset ovat erityisen alttiita mainoksille, koska heidän tiedollinen ja psykologinen kehityksensä on vielä kesken. Lapset eivät ymmärrä mainosten pyrkimystä myydä vaan hyväksyvät niiden väitteet tosina. Mainokset vaikuttavat ja muuttavat lasten ruokavalintoja. Joissakin maissa lapsille suunnattua mainontaa on rajoitettu ja Ruotsissa ja Norjassa on jopa kielletty kaikki mainostaminen alle 12-vuotiaille. (Janson & Danielsson 2005, 16; Mustajoki 2007, 230–231; Silvola 2010, 38.)

4 ALAKOULUIKÄISEN LAPSEN YLIPAINON HOITO KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA

4.1 Kouluterveydenhuolto

Kansanterveyslaissa määritellään kouluterveydenhuollon järjestäminen kuntien tehtäväksi. Kouluterveydenhuoltoon sisältyy mm. perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta, koulujen oppilaiden terveydenhoito sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus. Kouluterveydenhuollon palvelut ovat oppilaille maksuttomia (Terho 2002, 18). (Kouluterveydenhuolto 2002, 27, 29, 98.)

Kouluterveydenhuollossa työskentelevät kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri. Heidän vastuullaan on kouluterveydenhuollon toteuttaminen ja kehittäminen kouluissaan kunnan kouluterveydenhuoltosuunnitelman sekä koulun opetussuunnitelman mukaisesti. (Kouluterveydenhuolto 2002, 31.)

Kouluterveydenhuollon keskimääräiseksi henkilöstömääräksi suositellaan kokonaista terveydenhoitajaa 600, korkeintaan 700 oppilasta kohden tai 140 oppilasta/viikkotyöpäivä. Jos kouluterveydenhoitaja työskentelee useammassa koulussa, tulee oppilaita olla vähemmän. Jos koulun oppilasmäärä ylittää 800 oppilasta, tulee koulussa olla kaksi päätoimista kouluterveydenhoitajaa. Koululääkäriin tulee työskennellä vähintään yksi viikkotyöpäivä koululla noin 500 oppilasta kohden. Jos lääkäri työskentelee kokopäiväisesti kouluterveydenhuollossa vastaten osittain myös sairaanhoidosta, oppilasmäärä saa olla noin 2100. (Kouluterveydenhuolto 2002, 32.)

4.1.1 Kouluterveydenhuollon tehtävät ja tavoitteet

Kouluterveydenhuollon toteuttamista ja kehittämistä ohjaavat muun muassa kouluterveydenhuollon laatusuositus ja asetus. Niiden tavoitteena on, että koululaiset saisivat yhtä laadukkaita ja suunnitelmallisia kouluterveydenhuollon palveluita asuinpaikasta riippumatta. Laatusuositus asettaa myös kunnille kehittämistavoit-

teet koskien kouluterveydenhuoltoa ja koulu yhteisöä ja lisäksi se auttaa suosituksen toteuttamisen seurannassa ja arvioinnissa. Sen lisäksi, että suositus on tarkoitettu kouluterveydenhuollosta vastaavalle johdolle ja kunnan päättäjille, siitä on myös ammattihenkilöstölle hyötyä mm. palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä. Lisäksi kouluterveydenhuoltoa ohjaa Kouluterveydenhuolto 2002 -opas joka käsittää kouluterveydenhuollon sisällön ja tehtävät. (A380/2009; Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004, 9.)

Kouluterveydenhuollon palveluiden tulee olla helposti saatavilla ja niistä tulee tiedottaa koululaisille, huoltajille sekä kouluille. Kouluterveydenhuollon toteuttaminen kuuluu olla keskeinen osa oppilashuoltoa. Kouluterveydenhuollon tavoitteena on koko koulu yhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Sen tulee valvoa ja edistää koulujen työolojen ja koulutyön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Lisäksi kouluterveydenhuolto osallistuu muun oppilashuoltohenkilöstön ja opetushenkilöstön kanssa tunnistamaan ja selvittämään oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia. Kouluterveydenhuolto vaatii riittävästi pätevää ja pysyvää henkilökuntaa sekä asianmukaiset toimitilat ja välineet toimiakseen. (Kouluterveydenhuolto 2002, 28; Kouluterveydenhuoltosuositus 2004, 35–37.)

Kouluterveydenhuollon tehtäviin kuuluu myös oppilaiden terveyden, terveen kasvun ja kehityksen sekä hyvinvoinnin tukeminen, seuranta, arviointi ja edistäminen sekä terveystietojen vahvistaminen. Uusi kouluterveydenhuoltoasetus velvoittaa kouluterveydenhuollon tekemään alakouluikäiselle lapselle terveystarkastuksen jokaisella vuosiluokalla, niistä ensimmäisellä ja viidennellä vuosiluokalla tarkastuksen tulee olla laaja. Terveystarkastaja toteuttaa terveystapaamiset ja lääkäri terveystarkastajan kanssa yhteistyössä laajat terveystarkastukset (Kouluterveydenhuolto 2002, 37). Terveystarkastukseen kuuluu tarkastettavan ikävaiheen ja yksilöllisen tarpeen mukaan kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin selvittämistä haastattelemalla, kliinisillä tutkimuksilla ja tarpeen tullen muilla menetelmillä. Laajassa terveystarkastuksessa haastatellaan lisäksi vanhempia ja selvitetään koko perheen hyvinvointia hoidon ja tuen järjestämisen kannalta välttämättömin osin sekä huoltajien luvalla opettaja arvioi oppilaan selviytymistä koulussa.

(A380/2009; Kouluterveydenhuolto 2002, 28; Kouluterveydenhuoltosuositus 2004, 35–37.)

4.1.2 Kouluterveydenhoitajan työ

Kouluterveydenhoitaja on terveyden edistämisen ja hoitotyön asiantuntija koulu-yhteisössä ja vastaa kouluterveydenhuollosta. Kouluterveydenhoitajan työnkuvaan kuuluu oppilaiden kasvun ja kehityksen seuranta, oppilaiden ja heidän vanhempien tukeminen, oppilaiden mahdollisten ongelmien selvittely heidän kanssaan sekä seulontatutkimuksista huolehtiminen. Kouluterveydenhoitaja huolehtii myös oppilaiden vuosittaisista terveystapaamisista, ensiavusta ja siihen liittyvästä hoitotyöstä koulussa sekä tarvittaessa oppilaiden ohjaamisesta koululääkäriin tai muiden asiantuntijoiden jatkotutkimuksiin. Kouluterveydenhoitaja on terveyden edistämisen asiantuntijana mukana myös opetussuunnitelman valmistelussa, terveystiedon opetuksessa, oppilashuollon toiminnassa ja koulun sisäisessä ja ulkoisessa arvioinnissa sekä oppilaskohtaisessa yhteistyössä vanhempien ja opettajien kanssa. Lisäksi hänen kuuluu tiedottaa kouluterveydenhuollosta oppilaille, vanhemmille ja opettajille. (Kouluterveydenhuolto 2002, 31.)

4.2 Alakouluikäisen lapsen ylipainon hoito

Alakouluikäisen ylipainon ja lihavuuden hoidon tulee lähteä ennaltaehkäisystä. Kouluterveydenhuollossa tapahtuvaa ennaltaehkäisyä on ravinto- ja liikuntaohjaus, jonka yhtenä tavoitteena on lapsen normaalipainon säilyttäminen ja terveen kasvun tukeminen. Lapsen ja hänen perheensä tukeminen ja kannustaminen terveellisiin elämäntapoihin on helpompaa silloin kun lapsen suhteellinen paino on vasta kasvussa kuin lapsen ollessa jo lihava. Kouluterveydenhuollon tulee tunnistaa lihomassa olevat ja lihavuuden riskiryhmään kuuluvat lapset, jotka erityisesti tarvitsevat lihomista ehkäisevää ravitsemus- ja liikuntaohjausta. Neuvonnan ja ohjauksen tulee koskea sekä lasta että hänen vanhempiaan, jotta saataisiin koko perheen ravintotottumukset terveellisiksi. Vanhempia tulee ohjata tukemaan muutoksien edistymistä kotona ja antamaan muutosten onnistuessa kannustavaa palautetta lapselle. Lapsen ohjauksessa tulee huomioida hänen kehitystasonsa. 8-

vuotias ymmärtää jo syy–seuraus-suhteita ja siten osaa yhdistää ruoan vaikutuksen hyvinvointiin. Ohjaus on pääasiallisesti toiminnallista ja leikinomaista. 12-vuotias alkaa jo ymmärtää abstrakteja käsitteitä ja siten hän käsittää oman käyttäytymisen vaikutukset hyvinvointiinsa. Lapsen kanssa voi jo keskustella terveyden edistämisestä ja hänen ajatuksistaan siihen liittyen. Hoidon onnistuminen vaatii myös lapsen ja perheen pitkäaikaista tukea ja seurantaa, syömisen hallintaa harjoittavia ja omia ratkaisuja tukevia hoitomenetelmiä. Hoidon tulee olla yksilöllistä ja perhekeskeistä. Myös ryhmähoidoista on saatu hyviä kokemuksia. (Ivanoff ym. 2001, 100; Käypä hoito -suositus 2005; Lautala & Ala-Laurila 2002, 311; Lyytikäinen 2001, 161–162; Nuutinen 2006, 320.)

Lasten lihavuuden hoidosta on tehty Käypä hoito -suositus, jonka tavoitteena on ehkäistä lasten lihavuutta ja edistää lihavuuden hoitoa ja sillä tavoin vähentää lapsuusiän lihavuutta ja siihen liittyviä ongelmia. Se on suunnattu lihavia lapsia hoitavilla terveydenhuollon ammattilaisille, neuvoloiden, kouluterveydenhuollon, päivähoidon sekä opetus- ja liikuntatoimen työntekijöille, jotka ovat merkittävässä asemassa lihomisen ehkäisytyössä. Suositus sisältää selkeät ohjeet muun muassa ylipainon ja lihavuuden määritelmästä ja diagnostiikasta sekä lihavuuden ehkäisyssä ja hoidosta. Esimerkiksi kouluterveydenhoitaja voi käyttää sitä työvälineenä ylipainoisen tai lihavan lapsen hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2005.)

Lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisy, seulonta ja hoito kuuluvat perusterveydenhuollolle. Koululaisen ylipainon ja lihavuuden hoito toteutetaan yhteistyönä ja siinä ovat mukana lapsen ja hänen vanhempiensa lisäksi kouluterveydenhoitaja, koululääkäri ja tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan myös opettajat. Yleensä hoidon ensisijainen toteuttaja on kouluterveydenhoitaja. Lihavuuden hoito ja siihen kuuluvat liikunta-, ruokavalio- ja muu elämäntapaohjaus voidaan toteuttaa moniammatillisena yhteistyönä niin, että kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin lisäksi mukana ovat tarvittaessa ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja psykologi. Lasten lihavuuden hoitamisesta tulisi kehittää alueelliset hoitoketjut. (Käypä hoito -suositus 2005; Lautala & Ala-Laurila 2002, 313–314.)

4.3 Lapsen ylipainon ja lihavuuden arviointi sekä tutkiminen

Suomessa kouluikäisen lapsen ylipaino ja lihavuus perustuu pituuden ja painon mittaamiseen sekä pituuspainon eli pituuteen suhteutetun painon määrittämiseen. Kouluikäinen on ylipainoinen ja lihavuuden aste on lievä, jos hänen pituuspaino on 20–40 %. Jos pituuspaino ylittää 40 %, kyseessä on merkittävä lihavuus. Vaikeasta lihavuudesta voidaan puhua pituuspainon ylittäessä 60 %. Keskeisin tutkimusmenetelmä on haastatella vanhempia huolellisesti lapsen ja perheen elintavoista, ruokailu- ja liikuntatottumuksista, harrastuksista, kehitysaikataulusta, sosiaalista suhteista ja perhetaustasta. Ennen ylipainon tai lihavuuden diagnosointia tulee varmistaa, ettei lapsella ole muita lihomista aiheuttavia sairauksia. Kliinisessä tutkimuksessa tulee huomioida lapsen ruumiinrakenne, rasvakudoksen jakautuminen, mahdollisten aineenvaihduntasairauksien merkkeihin ja ulkonäköpiirteisiin. Lisäksi tulee tarkastella lapsen kasvukäyriä, joiden avulla voidaan löytää ylipainon kehittymisen ajankohta ja nopeus sekä syitä lihavuuteen. (Käypä hoito -suositus 2005; Korhonen, Anna-Leena ym. 1999, 4; Saukkonen 2006, 299, 301–302.)

4.3.1 Erotusdiagnoosi ja muiden sairauksien poissulkeminen

Lapsen ylipainon tai lihavuuden syynä on sairaus harvemmin kuin yhdessä tapauksessa sadasta. Tällainen mahdollisuus tulee kuitenkin pois sulkea ennen hoidon aloittamista. Lisäksi tulee kartoittaa muut mahdolliset lihavuuteen liittyvät sairaudet. Tavanomaisessa lihavuudessa pituuskasvu kiihtyy pituuspainon noustessa, mutta jos kasvuikäisen pituuskasvu on hidastunut jatkuvasti lihomisen yhteydessä, on syytä epäillä aineenvaihdunnallista sairautta ja tutkia sen mahdollisuus. Lihomisen tavallisin aineenvaihdunnallinen syy on kilpirauhasen vajaatoiminta, jonka merkkejä ovat muun muassa ihon kuivuus ja hidas syke. Muita mahdollisia kasvua hidastavia ja lihomista aiheuttavia häiriöitä ovat kortisolin liikaeritys, jonka merkkejä ovat kuukasvoisuus, vartalolihavuus ja kohonnut verenpaine. Myös kortisonihoito voi aiheuttaa lihomista. Lapsesta tulee tarkastaa onko hänellä poikkeavia piirteitä kuten lyhytsormisuutta, lyhytkasvuisuutta tai kehityksen viivästy-

mä, jotka ovat merkkejä lihavuuteen liittyvästä oireyhtymästä. Murrosiän varhaisuus voi aiheuttaa lihomista ja pituuskasvun lievää kiihtymistä. (Saukkonen 2006, 299, 301–302; Käypä hoito -suositus 2005.)

Lisäksi lihavilta lapsilta tulee tarkistaa, esiintyykö taipeiden alueella harmaanruskea pigmentaatio, Acanthosis nigricans, joka liittyy insuliiniresistenssiin, jonka toteamista varten tulee tehdä oraalinen glukoosirasituskoet. Tulee myös selvittää onko lapsella ahmimishäiriö tai unenaikaisia hengityshäiriöitä tai jos tytöllä on jo alkanut kuukautiset, onko niissä häiriöitä. (Käypä hoito -suositus 2005.)

Erikoissairaanhoidon tutkimuksia tarvitaan jos lapsella on vaikea-asteinen lihavuus, metabolisen oireyhtymän merkit tai epäily aineenvaihduntasairaudesta. Jos haastattelu ja kliiniset tutkimukset viittaavat tavanomaiseen lihavuuteen, lisätutkimuksille ei ole tarvetta. Jos lapsella on vaikea lihavuus eli pituuspaino ylittää 60 % tai jos lapsi on lihava ja suvussa on tyypin kaksi diabetesta tai sydän- ja verisuonisairauksia, on syytä kontrolloida kolesteroliarvot, paastoverensokeri ja veren maksa-arvot. (Käypä hoito -suositus 2005; Saukkonen 2006, 299, 302–303.)

4.3.2 Hoidon edellytykset

Sen lisäksi, että lapsella on diagnosoitu ylipainoisuus tai lihavuus, josta on hänelle haittaa tai että lapsen paino on nousussa ja hänellä on erityinen alttius lihavuuden komplikaatioille sukuanamneesinsa vuoksi, on hoidon edellytyksenä se, että lapsi ja perhe ovat halukkaita ja motivoituneita hoitoon. Jos hoito ei ole oikea-aikaista eli lapsen ylipainoa ei ole huomattu riittävän varhaisessa vaiheessa ja vanhemmat ja lapsi ovat haluttomia hoitoon, hoito ei tule onnistumaan eikä sitä tällöin tule aloittaa. On myös huomioitava perheen voimavarat ja senhetkinen tilanne. Jos perheessä on vaikea psykososiaalinen tilanne, keskitytään lapsen tukemiseen eikä lihavuuden hoitoon. Hoidon onnistumista tukee perheen elämäntilanteen huomiointi, elämäntapojen muuttamisen tarve sekä perheen halukkuus muutoksiin. (Käypä hoito -suositus 2005; Korhonen, Anna-Leena ym. 1999, 8; Nuutinen, Outi 2006, 310.)

4.4 Ylipainon ja lihavuuden hoidon kulmakivet

Lapsen ylipainon hoidossa ja painonhallinnassa ei ole kyse normaalipainon saavuttamisesta vaan pysyvistä elintapojen muuttamisesta. Painonhallinnan avulla pyritään saavuttamaan hyvinvointia edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset, vahvistamaan lapsen itsetuntoa ja tyytyväisyyttä omaan kehonkuvaan. (Huttunen 2002, 56; Kouluterveydenhuolto 2002, 67.)

Ylipainon ja lihavuuden hoidon tulee olla yksilöllistä, perhekeskeistä ja tarpeeksi pitkäkestoista. Vanhemmat tulee osallistuttaa hoitoon alusta lähtien sekä ohjauksen kohteina että hoidon toteuttajina. Vanhemmillahan on päävastuu ruokatalouden hoidosta ja sen terveellisyydestä. Vanhempien tietoja ja taitoja tulee lisätä niin, että he kykenevät muuttamaan lapsen elinympäristön painonhallintaa tukevaksi sekä toimimaan terveyttä edistävien elämäntapojen mallina lapselleen. Vanhemmilla on suuri vaikutus etenkin alle 12-vuotiaiden eli alakouluikäisten lasten tietoihin, taitoihin, asenteisiin, uskomuksiin sekä ruoka- ja liikuntatottumuksiin. Tärkeää on, että vanhemmat toimivat lapsen tukijoina ja opastajina lapsen painonhallinnassa. Tämä vaatii onnistuakseen sen, että vanhemmat kypsyttävät tulevat muutokset mielessään läpi, jonka jälkeen he voivat sitoutua hoitoon ja tehtävänsä siinä. (Käypä hoito -suositus 2005; Nuutinen, Outi 2006, 312; Silvola 2010, 23, 25.)

Hoidon tavoitteita laatiessa tulee huomioida lapsen ikä ja kehitystaso, lihavuuden aste ja lihavuuden aiheuttamat haitat sekä riskit. Keskeisimmät tavoitteet ovat ruokailutottumusten ja syömiskäyttäytymisen pysyvät muutokset, liikuntatottumusten ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen, sekä lapsen hyvinvointi ja terveys. Muina tärkeinä tavoitteina ovat yksilöllinen painotavoite ja lihavuuden liitännäissairauksien välttäminen. Lapsen ja vanhempien tulee itse asettaa hoidon tavoitteet, jotta he voisivat sitoutua niihin paremmin. Tavoitteisiin sitoutumisesta on hyvä käydä keskustelua. Kun lapsi ja vanhempi perustelevat tavoitteensa, heidän sitoutumisensa tavoitteen toteuttamiseen vahvistuu ja se näkyy käytännön tasolla. Ohjaaja tukee tavoitteiden tekemisessä kertomalla rakentavasti ovatko tavoitteet rea-

listisia ja suositustenmukaisia. Ohjaajan ei pidä antaa valmiita ratkaisuja perheelle vaan ohjauksellaan auttaa heitä itse löytämään heille parhaiten sopivat ja toteutettavissa olevat ratkaisumenetelmät. Ohjauksen tulee olla tasavertaista, neuvottelevaa ja valmentavaa otetta soveltavaa sekä lähteä perheen tarpeista. Tavoitteiden lisäksi hoidon alussa sovitaan lapsen ja perheen kanssa hoidon kesto, luottamuksellisuus, ohjaajan ja perheen roolit hoidossa, vanhempien hoitoon osallistumistapa, kotitehtävät ja painoseurannan toteuttamistapa. (Käypä hoito -suositus 2005; Nuutinen 2006, 314; Salo 2004a, 321, 323.)

Lapsen painotavoitteena on suhteellisen painon pieneneminen. Jos lapsella on lievä ylipaino, voidaan tavoitteeksi ottaa suhteellisen painon pitäminen vakaana ennallaan. Tällöin paino pyritään pitämään sen hetkisellä tasolla tai painoa voidaan pyrkiä pudottamaan maltillisesti, joka lapsella tarkoittaa enintään 0,5 kg kuukaudessa. Painotavoitteeksi saattaa riittää painon pitäminen nykyisellä tasolla, jolloin lapsi hoikistuu kasvaessaan pituutta ja suhteellinen paino pienenee. (Kouluterveydenhuolto 2002, 67.)

Hoitomuoto tulisi valita yhdessä lapsen ja perheen kanssa. Ensisijaiset hoitomuodot ovat oman kouluterveydenhoitajan antama yksilöohjaus tai ryhmäohjaus painonhallinnan perheryhmässä tai niiden yhdistelmä. Tarvittaessa perhe voidaan ohjata ravitsemusterapeutille yksilölliseen ravitsemusterapiaan. Lääkehoito ja erityisdietit lasten lihavuuden yhteydessä tulevat kysymykseen ainoastaan poikkeustapauksissa ja jos asiantunteva elämäntapamuutoksiin perustuva hoito ei ole tuottanut tulosta. Myös leikkaushoito tulee kyseeseen ainoastaan jos kasvunsa päättäneellä nuorella on erittäin vaikea lihavuus. (Kouluterveydenhuolto 2002, 68; Käypä hoito -suositus 2005; Mustajoki 2007, 212.)

Pelkät tietopaketit painonhallinnasta ja terveyden edistämisestä eivät riitä muutoksen aikaansaamiseksi, vaan tarvitaan käyttäytymisen muutoksiin tähtääviä ohjausmenetelmiä, joita ovat muun muassa käyttäytymisterapia, ongelmanratkaisumenetelmä ja ratkaisukeskeinen työote. Käyttäytymisterapia ja ratkaisukeskeisyys ovat muutosta tukevia ohjausmenetelmiä, joiden avulla ylipainoisen tai lihavan

lapsen ruoka- ja liikuntakäyttäytymistä pyritään muuttamaan. Lähtökohtana on pyrkiä löytämään lapsen ja perheen nykyisistä elämäntavoista onnistunutta, painonhallintaa tukevaa käyttäytymistä. Ohjaajan avulla perhe löytää itse painonhallinnan kannalta hyvät sekä kehitystä ja muutosta kaipaavat asiat ja ohjaajan antama kannustava palaute toimii voimakkaana perheen käyttäytymisen muutosvoimana. (Käypä hoito -suositus 2005; Nuutinen 2006, 320–321.)

Lihavuuden hoidossa on tärkeää säännöllinen hoitokontakti saman henkilökunnan kanssa. Hoidon alussa tapaamiskerroilla syvennyttään perheen tarpeen ja tilanteen arviointiin ja asetetaan lapsen painotavoite sekä mietitään yhdessä ratkaisuja perheen elämäntapamuutoksiin. Jatkokäynneillä tiedustellaan perheen arviota tilanteesta ja elämäntapamuutoksista, miten niissä on onnistuttu, mitä ongelmia on ilmennyt, onko perhe valmiina tekemään lisää muutoksia. Lisäksi seurataan painon kehitystä ja täydennetään kasvukäyrää. Etenkin alussa tapaamisia on hyvä olla tiheästi, esimerkiksi 2–4 viikon välein ja myöhemmin 2–6 kuukauden välein. Seurannassa käytettäviä työvälineitä ovat kirjallisesti tehdyt ruokavalio-, syömis- käyttäytymis- ja liikuntamuutokset sekä kotiseurannassa tehtävä kirjaaminen painosta, toteutuneista muutoksista ja omista tuntemuksista. Erityisen tärkeää on antaa myönteistä palautetta onnistuneista muutoksista ja kannustaa jatkamiseen. Kun hoidon tavoitteeseen on päästy, jatketaan seurantaa tarpeen mukaan. Hoidon pitkäaikaistuloksia pystytään arvioimaan vasta pituuskasvupyrähdyksen jälkeen (Lyytikäinen 2001, 162). (Kouluterveydenhuolto 2002, 68; Korhonen, Anna-Leena ym. 1999, 18; Salo 2004a, 321–322.)

4.4.1 Lapsen ja perheen motivaatio ja sen lisääminen

Koska lihavuuden hoidon aloittaminen ja onnistuminen vaativat sekä lapsen että vanhempien motivaatiota, tulee sen vahvuutta arvioida etenkin hoidon alussa. Jos hoito aloitetaan ilman perheen motivaatiota ja hoito epäonnistuu, saattaa lapsen itsetunto heikentyä sekä tapahtunut vaikuttaa negatiivisesti seuraavaan hoitoyritykseen. Jos siis halukkuutta hoidon aloittamiseen ja läpikäymiseen ei ole, on parempi palata asiaan myöhemmin uudelleen. (Nuutinen, Outi 2006, 310–311.)

Joskus perheen hoitohalukkuutta tulee herätellä. On hyvä selvittää mitä mieltä lapsi ja vanhemmat ovat paino-ongelmasta ja sen hetkisestä tilanteesta, millaisia voimavaroja perheellä on painonhallintaan ja mitä sen eteen ollaan valmiita tekemään ja mitä hyötyjä tai haittoja perhe siinä näkee. Lisäksi on hyvä miettiä yhdessä, millainen lapsen painonkehitys tulee olemaan, jos asialle ei tehdä mitään ja minkälaisia terveystriskejä se aiheuttaisi. On myös syytä käydä läpi vanhempien omat kokemukset laihduttamisesta, koska ne saattavat aiheuttaa heidän mahdollisesti pessimistisen ennakoasenteen ja motivaation puutteen. Motivaatio saattaa herätä sukuanamneesia tehdessä, jos suvussa on lihavuuteen liittyvää sepelvaltimotautia, diabetesta tai muita lihavuuden seurannaissairauksia. Asiakaslähtöisyyteen sekä tukevaan ja valmentavaan tukeen tulee panostaa eikä lasta ja perhettä tule kritisoida. Asiakaslähtöisessä hoidossa tavoitteet tehdään yhdessä perheen kanssa ja huomioidaan heidän tilanteensa sekä toiveensa hoidon sisällöstä ja toteuttamisesta. (Kouluterveydenhuolto 2002, 67–68; Käypä hoito -suositus 2005; Nuutinen, Outi 2006, 311–312; Salo 2004a, 321.)

4.4.2 Ruokavalio painonhallintaan ja syömiskäyttäytymisen muutokset

Lasta lihottavat ruoan suuri energiapitoisuus ja annoskoko, sokeripitoiset juomat sekä tiheä napostelu. Energiasaantia vähennetään pienentämällä ruoan energiatiheyttä muun muassa valitsemalla vähärasvaisia ja -sokerisia vaihtoehtoja, pienentämällä ruoka-annosten kokoa, rajoittamalla napostelua, vähentämällä rasvansaantia sekä lisäämällä kasvien käyttöä. (Ihanainen ym. 2004, 92–93; Mustajoki 2007, 212; Salo 2004a, 321.)

Ruokavalio-ohjaus perustuu suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Ohjauksen tulee kohdistua koko perheeseen, koska hoidossa on tärkeää pyrkiä vaikuttamaan koko perheen ruokailutottumuksiin. Se on tärkeää myös siksi, että vanhemmat ovat vastuussa perheen ruokavalinnoista ja heidän tulee ohjata lasten ruokatottumuksia terveyttä edistäviksi ja edistää lasten omaa ruokamäärän säännöstelykykyä. Vanhempien ja lapsen tulee ohjauksen avulla sisäistää omat vastuualueensa: vanhemmat ovat vastuussa tarjottavan ruoan laadusta ja terveellisestä ateriarytmistä ja

lapsi on vastuussa siitä, syökö hän aterialla ja kuinka paljon. Lapsen kyky syödä näläntunteen mukaan energiapitoista ruokaa vaihtelee yksilöllisesti, jonka vuoksi vanhempien on tärkeää tarjota pääsääntöisesti vähärasvaista ja -sokerista ruokaa sekä huolehtia lapsen sopivasta annoskoosta. (Käypä hoito -suositus 2005; Nuutinen 2006, 312, 317–318.)

Vanhemmilta on hyvä selvittää lapsen tavallisen päivän ravintoanamneesi, joka sisältää ateriaritmin, ruoan laadun, ruokamäärät sekä naposteltavat. Sen pohjalta voi kysellä vanhempien näkemystä lapsen ruokavaliosta, mitä hyvää siinä on ja mitä muutoksia on jo tehty sekä kuinka niiden toteuttamisessa on onnistuttu. Tämän jälkeen ohjaajan on hyvä arvioida lapsen ravintoanamneesia suhteessa painotavoitteeseen. Erityisesti tulee huomioida ateriaritmin säännöllisyys tai sen puuttuminen, ylimääräiset syömiset ja juomiset, ruoan rasvan, sokerin ja kuidun määrä sekä ruoan määrä. Muutokset lapsen ruokavalioon mietitään yhdessä perheen kanssa. (Korhonen, Anna-Leena ym. 1999, 13–15.)

Muutoksia, joita tulisi tehdä ruokavalioon, ovat ruoan laadullinen ja määrällinen muutos, ruokailun rytmin muutos sekä kypsennysmenetelmien muutos. Ruoan laatuun voidaan vaikuttaa valitsemalla energiamäärältään pienempiä tuotteita kuten vähärasvaisia ja rasvattomia tuotteita ja lisäämällä vihannesten, juuresten, hedelmien ja marjojen käyttöä sekä suosimalla täysjyväviljavalmisteita valkoisen viljan sijasta. Näkyvän rasvan osuutta tulee vähentää sekä välttää kovien rasvojen käyttöä. Ruoan määrään vaikutetaan vähentämällä aterialla syötävää energiapitoista ruokaa ja korvaamalla se vähän energiaa sisältävillä kasviksilla. Ruoan energiapitoisuutta ikään kuin laimennetaan ilman, että annoskokoa tarvitsee pienentää ja niin vatsa tulee kylläiseksi. Kasvun turvaamiseksi lasten ruokamäärää ei pienennetä, ellei lapsi ole vaikeasti lihava jolloin ruokamäärän vähentämisen ja ruokavalion tarkka energiamäärän arviointi saattaa olla tarpeen (Nuutinen 2006, 317). Ruokailun rytmin on oltava säännöllinen niin, ettei ole liian pitkiä taukoja aterioiden välillä, eikä aterioita jätetä väliin. Säännöllisen ateriaritmin avulla verenokeri pysyy tasaisena jolloin kyetään välttämään hallitsematonta nälkää, maahanhimoa, ärtyymistä ja väsymystä. Hyvän ateriaritmin mukainen ruokavalio

koostuu aamiaisesta, lounaasta, kevyestä välipalasta, päivällisestä ja kevyestä ilta-palasta. Ruokaväli on hyvä pitää 2–4 tunnissa. Ruoan valmistuksessa tulee suosia rasvattomia kypsennysmenetelmiä kuten keittämistä, hauduttamista, teflonpannun ja uunin tai mikroaaltouunin käyttöä. (Korhonen, Anna-Leena ym. 1999, 37; Mustajoki 2007, 224; Salo 2004a, 322; Silvola 2010, 51, 54, 95.)

Ruokailutilanteiden ilmapiiriin ja vuorovaikutukseen tulee kiinnittää huomiota. Perheen tulisi pyrkiä yhteisiin aterioihin, joiden aikana ei tehdä muuta, esimerkiksi katsota televisiota. Ruokavalinnat ja rajoitukset tulee tehdä etukäteen eikä ruokapöydässä. Esillä tulisi olla vain sen verran ruokaa kun on tarkoitettu sillä kertaa syötäväksi. Näin ruokatilanne on mukava perheen yhteinen hetki, jolloin keskitytään muuhun kuin mitä ja kuinka paljon saa syödä. Ylipainoista lasta ei saa asettaa silmätikuksi ja tarkkailun alaiseksi ruokapöydässä. Suositeltavaa onkin, että koko perhe noudattaa samaa ruokavaliota ja syö samaa ruokaa. Makeisten, leivonnais-ten ja jäätelön syöminen tulisi rajoittaa juhlapäiviin. Ruokaa ei tule käyttää palkin-tona eikä emotionaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. Ruoalla palkitsemiseen liittyy ristiriita, kun vanhemmat yrittävät tukea lasta syömään terveellisesti ja samalla he palkitsevat lasta ruoalla, usein herkulla, josta lapsi pitää ja joka on energiapitoista ja painonhallinnan kannalta ongelmallista. Vaarana on, että lapsi ei opi erottamaan terveellistä ja epäterveellistä. Niin sanotun tunnesyömisen ehkäisyssä tulee herkut ja muut korvata jollain muulla kuten yhteisellä ajalla ja mukavalla yhdessä teke-misellä. (Käypä hoito -suositus 2005; Mustajoki 2007, 216; Salo 2004a, 322; Sil-vola 2010, 27, 106–107.)

Lapselle muutoksiin tottuminen vaatii aikaa. Esimerkiksi makeaan mieltyneelle lapselle muihin makuihin kuten kasviksiin tottuminen vie 10–15-maistamiskertaa. Parhaimpaan tulokseen pääsee, kun lasta ei pakoteta syömään koko annosta, vaan ollaan tyytyväisiä siihen, että lapsi maistaa edes vähän. Syömiseen pakottaminen ei edistä muutosta, vaan lisää lapsen mahdollisesti kokemaa inhoa uutta ruokaa kohtaan. Myös vanhempien esimerkkinä toimiminen kasvisten ja vihannesten syönnissä auttaa lasta uusiin makuihin opettelussa. (Mustajoki 2007, 212–215.)

4.4.3 Suomalainen ravitsemussuositus

Suomalaiset ravitsemussuositukset on luotu ohjaamaan suomalaisten ruokatottumuksia sekä ylläpitämään ja edistämään terveyttä, ehkäisemään keskeisimpiä kansansairauksia ja takaamaan elimistölle välttämättömien ravintoaineiden riittävä saanti. (Ihanainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2004, 19; Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 35.)

Keskeistä ravitsemussuosituksessa on tasapainoinen ravintoaineiden saanti sekä energiansaannin ja -kulutuksen tasapainottaminen. Energiaravintoaineiksi luetaan rasva, hiilihydraatit ja proteiinit. Suomalaisen ravitsemussuosituksen mukaan aikuisten ja yli 2-vuotiaiden lasten päivittäisessä kokonaisenergiansaannissa (E %) rasvan osuus tulisi olla 25–35 %, hiilihydraattien osuus 50–60 % ja proteiinien osuus 10–20 %. Kouluikäisen lapsen vuorokauden energiantarve ravitsemussuositusten mukaan on tytöillä 7,5 MJ/1800 kcal ja pojilla 8,5 MJ/2000 kcal. (Ihanainen ym. 2004, 19; Ivanoff ym. 2001, 100; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 12, 14, 17, 20.)

Ravinnon sisältämän rasvan määrään ja laatuun tulee kiinnittää huomiota: kovien rasvojen eli tyydyttyneiden ja transrasvahappojen saantia tulee vähentää ja niiden sijasta pehmeiden rasvojen eli tyydyttymättömien rasvahappojen käyttöä tulee suosia. Rasvoissa kannattaa suosia kasviöljyjä ja niitä sisältäviä rasiamargariineja ja levitteitä. Hiilihydraatit ovat ravintoaineita, jotka pilkkoutuvat ruoansulatuskanavassa imeytyviksi sokereiksi ja ovat elintarvikkeissa tärkkelyksenä, sokerina ja ravintokuituna. Ravintokuitujen kohtuullinen saanti on tärkeää myös lapsille, joita koskien ei kuitenkaan ole tarkkoja määräsuosituksia. Ravintokuituja saadaan kokoviljatuotteista, vihanneksista, hedelmistä ja marjoista. Kuidun määrää voi kasvattaa pikkuhiljaa lapsen kasvaessa niin, että se murrosiässä saavuttaa aikuisille suositetun tason 25–35 g päivässä. Puhdistetun sokerin määrän ei tulisi ylittää 10E % ja makean syöminen tulisi rajoittaa aterioiden tai välipalojen yhteyteen. Hyviä proteiinin lähteitä ovat eläinkunnan tuotteet eli maitovalmisteet, liha, kala ja kananmuna. Kasvisruokavaliota noudattavan tulee huomioida, että proteiinin

saanti on suosituksen mukaista käyttämällä kasviperäisiä proteiinien lähteitä kuten herneitä, papuja ja soijatuotteita. Ruokavaliossa tulee myös huomioida suolan määrä, jonka saannin suositus on korkeintaan 5 g/vrk. (Huttunen 2002, 50–51, 53; Ihanainen ym. 2004, 38, 44, 49, 192; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14, 17–18, 20, 32, 38.)

Ravitsemussuosituksen mukainen ruokavalio on monipuolinen ja siihen kuuluu täysjyväviljavalmisteita, kasviksia, hedelmiä, marjoja ja perunaa. Täysjyvävalmisteita tulisi nauttia joka aterialla, esimerkiksi puurona, tummana pastana tai täysjyväisenä riisinä. Etenkin marjojen, kasvien ja hedelmien saantiin tulisi kiinnittää huomiota ja jotakin niistä tulisi nauttia ainakin viidesti päivässä vähintään syöjän oman nyrkin kokoisina annoksina (Nuutinen 2006, 317). Maitovalmisteista tulisi valita rasvattomat tai vähärasvaiset, lihoista vähärasvaiset. Kalaa tulisi nauttia ainakin kaksi kertaa viikossa eri kalalajeja vaihtelevasti käyttäen. Myös kananmuna sekä kasviöljyt ja niitä sisältävät levitteet sisältyvät myös hyvään ruokavalioon. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 35–38.)

Hyvässä ravitsemuksessa myös aterian koolla ja koostumuksella on merkitystä. Ateriamalliksi voi ottaa lautasmallin, jonka mukaan ensin täytetään puolet lautasesta kasviksilla, sen jälkeen neljännes perunalla, pastalla tai riisillä ja viimeinen neljännes lautasesta täydennetään kala-, liha- tai munaruualla, joka voidaan korvata myös kasvisruoalla, joka sisältää palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä (ks. liite 1). Ruokajuomaksi sopii parhaiten vähärasvainen maito tai piimä tai vesi. Leivän päälle sopii kevyt sipaisu pehmeää kasvirasvavalevitettä. Marjat tai hedelmä voidaan nauttia jälkiruokana tai myöhemmin välipalana. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 35.)

Kouluikäisen lapsen perheessä tulisi noudattaa säännöllisiä, yhteisiä ruoka-aikoja jolloin turhien välipalojen syönti vähenee ja lapsi oppii säännölliseen ateriarytmiin. Ruuasta saatavan energian tulisi jakautua tasaisesti pää- ja väliaterioiden kesken, koska lapset eivät kykene syömään kerrallaan suuria annoksia ja eivätkä

he pysty käyttämään hyväkseen elimistön energiavarastoja yhtä tehokkaasti kuin aikuiset. (Ivanoff ym. 2001, 100; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 36.)

4.4.4 Fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja lasten liikuntasuositus

Arkiliikunnan ja fyysisen aktiivisuuden väheneminen ovat yksi syy lasten ylipainoon ja lihavuuteen ja lasten fyysisen kunnon heikkenemiseen. Positiivista on, että lasten liikunnallinen harrastaminen on lisääntynyt hieman viime vuosikymmenten aikana ja kouluikäisistä lapsista noin puolet osallistuu urheiluseurojen toimintaan. On kuitenkin huomioitava, että jos lapsen fyysinen aktiivisuus rajoittuu ainoastaan 1–2 kertaa viikossa oleviin liikuntaharjoituksiin, niin urheilevankin lapsen liikkuminen jää alle terveyttä edistävän liikunnan minimirajan. (Nuori Suomi 2008, 10, 13, 43.)

Koululainen tarvitsee fyysistä aktiivisuutta joka päivä. Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan suosituksen mukaan kouluikäisten 7–18-vuotiaiden lasten tulisi liikkua vähintään 1–2 tuntia päivässä. Pitkäjaksoista istumista tulisi välttää ja aika tietokoneella tai tv:n ääressä tulisi rajoittaa korkeintaan kahteen tuntiin päivässä. Liiallinen istuminen ja liikkumattomuus altistavat terveyshaitoille kuten liialliselle lihasjännitykselle, tuki- ja liikuntaelinoireille ja lihavuudelle. Liikunnan monipuolisuuteen tulisi kiinnittää huomiota, koska siten kaikki fyysisen kunnon osatekijät kuten sydämen ja keuhkojen kunto, lihasvoima, notkeus, nopeus, liikkuvuus, reaktioaika ja koordinaatio kehittyvät. Liikunta voi olla lapselle terveysriski ainoastaan, jos se on yksipuolista tai se sisältää pitkiä yhtäjaksoisia rasittavan liikunnan jaksoja tai jos liikunnan kilpailullisuutta korostetaan liikaa ja lapsi kokee, että häneen kohdistuu kohtuuttomia odotuksia. Luonnollista liikuntaa ei kuitenkaan tarvitse rajoittaa, koska terve lapsi osaa pitää tauon luonnostaan sitä tarvitessaan. Liikunnan lisäksi tulee huolehtia palautumisajasta ja riittävästä unen määrästä. (Mäki 2010, 104–105; Nuori Suomi 2008, 18–19, 23–24, 79; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42.)

Kouluikäisen lapsen tulisi harrastaa päivittäin reipasta liikuntaa, jonka aikana sydämen syke ja hengitys kiihtyvät ainakin jonkin verran, esimerkiksi kävellä ripe-

ästi tai pyöräillä. Lisäksi päivittäisen liikunnan tulisi sisältää tehokasta, rasittavaa liikuntaa, jonka aikana sydämen syke ja hengitys kiihtyvät huomattavasti, esimerkiksi pallopelit, vauhdikkaat pelit ja leikit tai juoksu. Suurin hyöty liikunnasta saadaan kun vähintään puolet päivän fyysisestä aktiivisuudesta on yli 10 minuutin kestoisia reippaan liikunnan jaksoja. Parhainta liikuntaa kasvuiässä olevalle lapselle on erilaiset hyppyt ja nopeita suunnanmuutoksia sisältävät leikit, pelit ja urheilulajit, jotka vahvistavat luustoa. Venyttely ja voimistelu eri muodoissa kehittävät ja ylläpitävät liikkuvuutta ja nivelten liikelaajuuksia. Jo ennen murrosikää tulisi aloittaa lihaskunnan vahvistaminen eli lihasvoiman ja -kestävyyden kehittäminen, esimerkiksi jumpalla, aerobicilla tai kuntopiirillä. (Nuori Suomi 2008, 19–20, 22–23.)

Vanhemmilla on suuri vaikutus lapsen liikunnalliseen aktiivisuuteen. Vanhempien antama malli ja kiinnostus liikuntaan motivoivat lastakin liikkumaan. Lapsen ja vanhempien näkemystä lapsen liikkuvuudesta voi selvittää kysymällä lapsen harrastamasta arkiliikunnasta ja päivittäisestä ulkoilusta, mahdollisesta liikuntaharrastuksesta ja sen määrästä sekä perheen yhteisestä liikunnasta. Lisäksi on hyvä selvittää mitä lapsi mieluiten puuhaa ja kuinka paljon hänellä menee aikaa television ja tietokoneen ääressä päivittäin. Vanhempi ja lapsi voivat yhdessä keksiä liikunnallisen harrastuksen, jota he toteuttaisivat mielellään päivittäin, esimerkiksi kävelyn, hölkän tai uinnin. Lisäksi hyviin liikuntavälineisiin panostaminen kannustaa lasta liikkumaan. Fyysisen aktiivisuuden lisäämisen ohjauksessa voi apuna käyttää lasten liikuntasuosituksia. Lapsi, jonka liikkuminen ja fyysinen aktiivisuus ovat olleet vähäistä, tarvitsee aikaa päästäkseen liikuntasuositusten minimitasolle. Siksi onkin hyvä aloittaa pienillä päivittäisillä liikunnan lisäyksillä, esimerkiksi ensimmäisen kuukauden ajan riittää noin 20 minuutin pätkä reipasta liikuntaa ja 10 minuuttia tehokasta liikuntaa. Joka kuukausi lisätään liikunnallista aikaa 15 minuuttia kunnes päästään vähintään 90 minuuttiin liikuntaa päivässä. Sopivia lajeja ovat esimerkiksi pyöräily, portaiden kiipeäminen, ripeä kävely, rullaluistelu. (Käypä hoito -suositus 2005; Korhonen, Anna-Leena ym. 1999, 16; Nuori Suomi 2008, 24–25; 42; Nuutinen 2006, 319; Salo 2004a, 322.)

4.5 Alakouluikäisen lapsen ylipainon hoitomalli Vaasassa

Vaasassa alakouluikäisen lapsen ylipainon ja lihavuuden hoidosta on tehty hoitomalli vuonna 2007 (ks. liite 2). Siinä käsitellään diagnostiikka, hoidon tavoitteet ja edellytykset sekä indikaatiot erikoissairaanhoidon läheteeseen. Nämä aihealueet on myös käyty tässä opinnäytetyössä läpi. Vaasan hoitomallissa on lisäksi eritelty kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin tehtävät sekä yhteistyötahot ja määritelty hoitokäynnit, niiden sisältö, määrä ja tiheys. Lisäksi Vaasassa kerätään tilastotietoja alakouluikäisten lasten ylipainon esiintyvyydestä (ks. liite 3). Viimeisimmissä tilastoissa näkyy Vaasan alakoulujen 1.luokkalaisista olevan ylipainoisia 10 %. Lisäksi tilastoissa näkyy kuinka ylipainoisten määrä lisääntyy alakoululaisten kasvaessa, 5.luokkalaisista jo reilu 15 % on ylipainoisia. (Lapsen lihavuus -toimintamalli 2007; Perusohjausmalli 2007.)

4.5.1 Kouluterveydenhoitaja ja muut hoidon toteuttajat

Vaasan hoitomallissa kouluterveydenhoitaja määrittellään ensisijaiseksi ylipainon hoidon toteuttajaksi. Hänen tehtävänä on lapsen ja perheen motivointi, neuvominen ja kannustaminen sekä perhetilanteen, suvun sairauksien ja elämäntapojen kartoittaminen. Terveystenhoitaja toteuttaa hoidon suunnittelun ja arvioinnin yhdessä perheen kanssa. Ohjausmenetelmänä tulee käyttää perhekeskeistä työtapaa. Koululääkärin tehtävänä on ylipainoisen lapsen tarkastus ja motivointi ainakin jos pituuspaino ylittää 40 %. (Lapsen lihavuus -toimintamalli 2007; Perusohjausmalli 2007.)

Yhteistyötahot ylipainoisen lapsen hoidossa ovat pediatri, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja Mahtavat muksut -ryhmä. Pediatrille ohjataan tarvittaessa lisää tukea seurantaan ja motivaatioon liittyen. Ravitsemusterapeutille ohjataan ravitsemusohjausta ja ruokavalion kartoitusta varten, jos perheellä on vaikeuksia tehdä muutoksia ruokatottumuksiinsa tai jos lapsella on vaikea lihavuus tai hänen painonsa on nopeassa nousussa. Fysioterapeutille ohjataan, jos epäillään lapsella olevan vaikeuksia motoriikassa. Mahtavat muksut -ryhmään osallistumista tarjo-

taan 1.- 3. luokkalaisille ja heidän perheilleen. (Lapsen lihavuus -toimintamalli 2007; Perusohjausmalli 2007.)

4.5.2 Hoitomallin toteuttaminen

Alakouluikäisen lapsen ylipainoon tulee puuttua ensimmäisestä vastaanottokäynnistä, jolloin ylipaino todetaan. Hoidon aloittamisen edellytyksenä on lapsen ja perheen motivaatio. Hoidon alkukäynneillä (1–2 kertaa) annetaan tietoa ylipainon aiheuttamista riskeistä ja motivoidaan perhettä ylipainon hoitoon. Lisäksi kartoitetaan tilannetta ja selvitetään pitäisikö esimerkiksi isovanhempien olla ohjauksessa mukana, jos lapsi viettää heidän luonaan paljon aikaa. Perheelle annetaan elämäntapamuutoksista kertova esite mukaan, johon he saavat tutustua kotona. 2–4 viikon kuluttua keskustellaan erityisesti liikunnasta ja selvitetään yhdessä, miten perhe nykyisin liikkuu ja miten perhe olisi valmis lisäämään liikkumista. Perhe saa liikuntapäiväkirjan täytettäväksi seuraavan kahden kuukauden ajalle. Kuukauden päästä tästä käydään läpi liikuntapäiväkirja ja aloitetaan ravitsemusohjaus. Tällöin ohjauksessa keskitytään etenkin perheen ruokatottumuksissa oleviin heikkoihin kohtiin ja mietitään yhdessä muutoksia niihin. Kotitehtävänä perhe saa suunnitella viikon ruokalistan. Kuukauden päästä tavataan perhe käyden läpi perheen tekemät muutokset ja kerrataan liikunta- ja ravitsemusasiaa. Lisäksi mietitään yhdessä tulevat haasteet sekä jatkohoitosuunnitelma ja kontrollikäynnejä, joita tulisi olla 1–6 kuukauden välein ainakin yhden vuoden ajan. Tässä vaiheessa voidaan tarvittaessa ohjata ravitsemusterapeutille. (Lapsen lihavuus -toimintamalli 2007; Perusohjausmalli 2007.) (ks. liite)

4.6 Hoidon tulokset

Lasten lihavuuden hoitotulokset eivät ole olleet erityisen hyviä. Kuitenkin koulu-terveydenhuollossa toteutettu ylipainon ja lihavuuden hoito on todettu tehokkaaksi, hoidon ja seurannan tulee vain olla yksilöllistä, riittävän pitkäjänteistä ja aktiivista, jotta päästään pysyviin hoitotuloksiin. (Lautala & Ala-Laurila 2002; 314.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineisto

Tämä tutkimus on toteutettu kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on tutkia tutkimuskohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152.)

Tutkimuksen aineiston teoritieto on kerätty aiheeseen liittyvästä suomalaisesta kirjallisuudesta sekä Internetistä ja artikkeleista. Teoritieto on ajankohtaisista lähteistä ja se on varmistettu rajaamalla aineistohaku koskemaan materiaalia vuosilta 1999–2010. Sen lisäksi ylipainoiset lapset -käsite on rajattu koskemaan alakouluikäisiä lapsia.

Tutkimusaineiston empiirinen osuus on kerätty teemahaastattelulla. Teemahaastattelulla on kartoitettu vaasalaisten kouluterveydenhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia omista valmiuksistaan kohdatessaan ja hoitaessaan ylipainoista lasta ja samalla hänen perhettään.

5.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jota ohjaa ennalta valitut keskeiset teemat. Haastattelijalla on vapaus muokata kysymysten muotoa ja järjestystä tilanteen mukaan ja haastateltavat vastaavat kysymyksiin vapaasti omin sanoin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.)

Teemahaastattelun tarkoituksena on saada monipuolista ja syventävää tietoa alakouluikäisten lasten ylipainon hoidosta kouluterveydenhoitajan näkökulmasta. Kouluterveydenhoitajia haastatteleamalla vastataan myös tutkimuskysymykseen: minkälaiseksi kouluterveydenhoitajat kokevat kykynsä ja keinonsa hoitaessa ylipainoista alakouluikäistä lasta ja hänen perhettään.

5.2.1 Teemahaastattelun kohderyhmä

Teemahaastattelun kohderyhmänä olivat Vaasan alakoulujen kouluterveydenhoitajat. Haastateltavien valinnassa vaikutti oma äidinkieleni suomi, joka sulki haastattelusta pois ruotsinkielisten alakoulujen kouluterveydenhoitajat, koska heidän omana äidinkielenään on ruotsi. Suomenkielisten alakoulujen terveydenhoitajia oli tutkimuksen tekohetkellä 11. Tavoitteena oli saada haastatella heistä viittä, mutta koska kaikilla kouluterveydenhoitajilla ei ollut mahdollista osallistua haastatteluun sen ajanjakson aikana, jonka olin päättänyt haastatteluita tekeväni, kohderyhmäksi rajautui neljä kouluterveydenhoitajaa. Tämä ei kuitenkaan vaikuta tutkimuksen laatuun tai edustavuuteen, koska sen tarkoituksena tilastollisten yleistysten luomisen sijasta on saada tietoa kokemuksista ja näkemyksistä ja pyrkiä siten ymmärtämään tutkimusongelmaa syvällisemmin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa jo muutamaa henkilöä haastatteleamalla saadaan merkittävää tietoa ja mahdollisuus tutkia tietoa yksityiskohtaisesti. Lisäksi huomasin neljää kouluterveydenhoitajaa haastateltuani vastausten kylläytymistä eli saadut tiedot alkoivat toistua haastatteluissa joten tämän perusteella voidaan olettaa, etten olisi saanut enempää uutta tietoa, vaikka haastateltavia olisi ollut useampi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). (Hirsjärvi & Hurme 2009, 59.)

5.2.2 Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurungon laatimista ohjasi keräämäni teoriaosuus ja tutkimuskysymykset. Niiden kautta valitsin haastatteluteemoiksi seuraavat teemat: alakouluikäisen lapsen ylipaino, sen toteaminen ja puheeksi ottaminen, ylipainon hoidon toteuttaminen ja menetelmät, ylipainoisen lapsen vanhempien suhtautuminen ja reaktiot, yhteistyötahot hoidossa sekä koulutustarve ja kehitysidealat. Teemoihin liittyen tein 31 valmista haastattelukysymystä (ks. liite 4). Haastattelun tavoitteena oli erityisesti saada esiin kouluterveydenhoitajien omia kokemuksia ja näkemyksiä alakouluikäisen lapsen ylipainon hoidosta ja siten syventää tutkimuksen teoriapohjan kautta saatavaa tietoa.

5.2.3 Teemahaastattelun suorittaminen ja sisällönanalysointi

Toteutin teemahaastattelut yksilöhaastatteluina. Sovin jokaisen valitsemani koulu-terveydenhoitajan kanssa tunnin mittaisen haastatteluajan heidän kouluillensa. Haastattelussa käytin Vaasan ammattikorkeakoulusta lainaan saamaani nauhuria.

Haastattelut tehtyänä aloitin aineiston sisällönanalysoinnin. Sisällönanalysoimisen tarkoituksena on järjestää aineisto, tässä tapauksessa haastatteluiden kautta kerätty materiaali, tiiviiseen ja selkeään muotoon säilyttäen samalla sen sisältämä informaatio, jonka pohjalta voidaan luoda johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Aloitin sisällönanalysoinnin purkamalla jokaisen nauhurille tallentamani haastattelun litteroimalla eli puhtaaksikirjoittamalla haastattelun sanasta sanaan tietokoneella. Jokainen haastattelu muodosti oman tiedoston.

Tämän jälkeen jatkoin sisällönanalysointia aineiston redusoinnilla eli pelkistämällä, jonka tarkoituksena on karsia tutkimukselle epäoleellinen osa aineistosta pois. Tämän suoritin luomalla strukturoidun analysointirungon, jonka perusteella keräsin aineistosta vain analysointirunkoon sopivia asioita. Analysointirunko koostui kuudesta teema-alueesta, jotka olin valinnut jo ennalta, ja ne olivat lähes samat kuin haastattelussa käyttämäni teema-alueet: alakouluikäisen lapsen ylipaino, lapsen ylipainon toteaminen ja puheeksi ottaminen, vanhempien reaktiot ja suhtautuminen, yhteistyötahot lapsen ylipainon hoidossa, lapsen ylipainon hoidon toteuttaminen ja onnistuminen sekä koulutustarve ja kehitysideoita. Koska analyysia ohjasivat aikaisemman tiedon perusteella valitut teemat, sisällönanalyysi määritellään deduktiiviseksi eli teorialähtöiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113, 115). Tein omat tiedostot kuudelle teema-alueelle, joihin liitin jokaisesta haastattelutiedostosta kuhunkin teema-alueeseen ja niissä olevien kysymysten alle niihin kuuluvat vastaukset. Aineiston redusointiin yhdistyi siis myös aineiston klusterointi eli ryhmittely, jossa tietyn ryhmän, tässä tapauksessa teema-alueen alle ryhmitellään siihen sisällöltään kuuluvat, samaa asiaa käsittelevät ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113).

Tämän jälkeen sisällönanalyysissa seurasi aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa järjestetään tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan tämän pohjalta teoreettisia käsitteitä sekä tulkintoja ja päätelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111–112).

6 TUTKIMUSTULOKSET

Haastattelun tarkoituksena oli erityisesti kerätä kouluterveydenhoitajien omia näkemyksiä ja kokemuksia lapsen ylipainon hoitoon liittyen. Haastattelun tavoitteena oli myös saada vastauksia ja syventävää tietoa seuraaviin tutkimuskysymyksiin: minkälaiseksi kouluterveydenhoitajat kokevat kykynsä ja keinonsa hoitaessa ylipainoista alakouluikäistä lasta ja hänen perhettään ja miten lasten ylipainoa hoidetaan kouluterveydenhoidossa? Lisäksi halusin ilmi heidän näkemyksiään siitä, mistä lapsen ylipaino johtuu. Haastateltavani olivat olleet hoitoalalla neljästä vuodesta lähes 20 vuoteen, alakoulujen kouluterveydenhoitajina he olivat toimineet 1–12 vuotta.

6.1 Alakouluikäisen lapsen ylipaino

Kouluterveydenhoitajat arvioivat, että ylipainoisia lapsia oli heidän kouluillansa muutama per luokka, keskimäärin kaksi. Suurin osa heistä oli ylipainoisia lapsia, joiden painoprosentti oli 20–40 %. Vaikeasti lihaviksi määriteltäviä (painoprosentti yli 60 %) oli koulutasolla keskimäärin 3–6 oppilasta terveydenhoitajien arvioon mukaan.

Kouluterveydenhoitajat näkivät lasten ylipainon syiksi epäterveellisen ruokavalioidon, liikunnan vähyyden, perheiden elämäntilanteet ja vanhempien asettamien rajojen puuttumisen. Erityisinä epäkohtina ruokavaliossa nähtiin huonot ruokatottumukset, säännöllisen ateriarhythmin puuttuminen, liiallinen syöminen ja ”santsaaminen”. Lapsi saattaa olla syömättä aamupalaa ja kunnan koululounasta ja päästessään kotiin ruokaa syödään kerralla paljon ja pitkin iltaa liikaa. Myös liiallisen makean syönnin ja napostelun kouluterveydenhoitajat kokivat ongelmana. Energiapitoisten juomien, kuten mehujen ja virvoitusjuomien nauttiminen on valitettava muoti-ilmiö myös alakouluikäisten lasten keskuudessa. Jokaviikkoisena karkkipäivänä nautittava herkku- ja sen myötä energiamäärä voi olla todella suuri; lapsi saattaa syödä karkkipussin lisäksi yksin myös kokonaisen sipsipussin. Jos kaapeissa on keksejä ja muita houkutusia, ei lapsi osaa hallita mielitekojaan tai

mieltä saako hän syödä niitä, vaan vanhempien ollessa töissä lapsi saa yksin kotona ollessaan syödä kontrolloimatta.

Liikunnan vähyys ylipainoisilla lapsilla koettiin yleiseksi ongelmaksi ja siihen yhtenä syynä mainittiin tietokoneet ja niiden parissa vietettävä aika.

Monen kohdalla se on se ravinto ja liikunta. Jos lapsella ei ole tarpeeksi liikuntaa. Yleensä se on se herkuttelu, liika makean syönti, huonot ruokatottumukset ja ateriaritmit eivät ole kohdallaan perheessä. Herkun syönti ja napostelu. Tää tietokoneaika tekee sen, että ne jotka liikkuu, liikkuu paljon, mutta sitten on se toinen äärilaita jotka liikkuu vaan sen pakollisen yhden liikuntatunnin verran viikossa ja välitunnit.

Perheiden elämäntilanteet ja niissä tapahtuvat muutokset koettiin yhdeksi ylipainoa aiheuttavaksi tekijäksi. Esimerkiksi avioero ja talonrakennus tai muut perheen sisäiset ongelmat saattavat saada aikaan sen, että lapselle alkaa, mahdollisesti ns. tunnesyömisen kautta, kehittyä ylipainoa eikä sen hoitoon ole voimavaroja. Lapsen ylipaino saatetaan nähdä perheessä pienimpänä ongelmana. Vanhemmilla saattaa myös olla vaikeuksia asettaa rajoja lapsen syömiselle tai heillä ei ole tarpeeksi aikaa laittaa terveellistä kotiruokaa. Ravitsemustietous voi olla vähäistä.

Nykyaikana karkkipäivä, se on älytöntä se määrä millä ne saa ostaa sitä karkkia, siihen ei riitä mikään 1,50 euroa, että niitä ostetaan heti suuria määriä ja yleensä siihen karkkipäivään liittyy sipsit ja lapsi saa syödä yksin koko pussin. Ja kun se toistuu joka viikko niin se on jo iso tekijä. Tietenkin on perheitä joissa ihan nää perusasiat, että ei ole kauheasti kevyttöotteita käytössä, on paljon kovia rasvoja ja syödään paljon pikaruokaravintoloissa... Ehkä enemmänkin tämmönen herkkupuoli, kun siitä lähtee ja sen saa kuntoon, siinä saadaan jo näkyviä tuloksia aikaan.

6.2 Lapsen ylipainon toteaminen ja puheeksi ottaminen

Se on arka asia ja se on yksi hankalimmista tällä puolella. Sen kanssa pitää tehdä töitä ja miettii niitä sanoja aina vähän vanhemmasta riippuen. Vaatii tuntosarvia, että mitenkä sen sitten ottaa puheeksi.

Kouluterveydenhoitajat kokivat lapsen ylipainon puheeksi ottamisen haastavaksi ja araksi aiheeksi. Osa kertoi, että olivat kuulleet monien muidenkin kouluterveydenhoitajien kokevan lapsen ylipainon puheeksi ottamisen hankalaksi ja epämiellyttäväksi. He kuitenkin kokivat, että ajan myötä ja kokemusten karttuessa asia on helpompi ottaa esille. Lisäksi he kokivat puheeksi ottamisen velvollisuudekseen ja tärkeäksi asiaksi sekä osaksi työtään.

Mulla on omat keinoni ottaa se puheeksi, mutta ei se aina kaikkia miellytä. Mut mä koen velvollisuudekseni ottaa sen puheeksi, sen on mun tehtävä sanoa se ääneen, että täällä on tällainen nousu, et jos mä alan hyssyttelee ja sanomaan, että ei se mitään niin enhän mä sitten tee työtäni ollenkaan.

Kaikki kouluterveydenhoitajat käyttivät puheeksi ottamisessa apunaan lapsen kasvukäyriä. Niistä oli helppo konkreettisesti osoittaa vanhemmille painon nousu ja niiden pohjalta oli luontevaa siirtyä keskustelemaan asiasta. Osa terveydenhoitajista teki niin, että lapsen terveystarkastuksen jälkeen lapsi sai lähteä takaisin oppitunnille ja kouluterveydenhoitaja otti asian puheeksi kahden kesken vanhemman kanssa. Osa terveydenhoitajista koki, että tällöin on helpompi ottaa asia puheeksi, sekä kertoa mahdollisista ylipainon seurauksista ja sanoa, että nyt olisi hyvä alkaa seurata tilannetta sekä tehdä muutoksia.

Jos vanhempi ei ollut ylipainon toteamishetkellä mukana vastaanotolla, suurin osa kouluterveydenhoitajista soitti käynnin jälkeen, lapsen lähdettyä, lapsen vanhemmalle ilmoittaakseen huolestuttavasta painon noususta. Yhdellä terveydenhoitajalla oli tapana laittaa lapsen mukaan kasvukäyrä saatekirjeen kera vanhemmille, jossa otti ylipainon puheeksi. Jos ylipainoa oli kuitenkin niin paljon, että paino-

prosentti ylitti 40 %, silloin hänkin soitti asiasta lapsen vanhemmille, etenkin sen vuoksi, että tällöin lapsen tulisi käydä lääkärin määräämissä verikokeissa.

Lapselle kouluterveydenhoitajat eivät ylipainosta alkaneet yleensä puhumaan. Moni koki sillä aiheuttavansa tarpeettomasti pahaa mieltä lapselle, joka voi ottaa asian hyvin raskaasti.

Sun pitää vaan terkkarina aavistaa, minkälainen lapsi siinä on ja millä tavalla mun pitäis sanoa. Ja yritän aina sanoa jotain positiivista, yritän löytää jotakin kivaa, että se ei tunnu niin kamalalta se käynti täällä.

Sekä lapsen että vanhempien kanssa kouluterveydenhoitajat pyrkivät hienovaraisuuteen ja siihen, että kukaan ei loukkaantuisi. Jos lapsi tai perhe ei ollut tuttu aiemmilta käynneiltä, kouluterveydenhoitaja yritti ikään kuin aavistella millä tavalla asia olisi hyvä esittää.

Se on tavallaan se kinkkisin asia. Se pitää vähän niin kuin kautta rantain, vähän tunnustellen, että jos sä et tunne perhettä aikaisemmin niin kyllä se pitää aika varovaisesti ottaa. Et se pitää hyvin hienovaraisesti sanoa, että nyt olen huolissani tästä asiasta, että painokäyrä on näin nyt nousussa, että mitä voitais asialle tehdä. Totta kai se on lapsen paras aina.

6.3 Vanhempien reaktiot ja suhtautuminen

Vanhempien reaktiot ja suhtautuminen lapsen ylipainon puheeksi ottamiseen koettiin vaihtelevaksi ja yksilölliseksi. Suurin osa vanhemmista suhtautui hyvin ja oli itsekin asian huomannut ja huolissaan sekä otti mielellään apua vastaan. Nämä vanhemmat olivat kiinnostuneita ylipainon hoidosta ja alkoivat itsekin aktiivisesti miettiä mitä asialle voitaisiin tehdä. Osa vanhemmista saattoi aluksi suhtautua asiaan kielteisesti, mutta he suostuivat kuitenkin seurantaan ja hoitoon.

Se vähän riippuu vanhemmista. On sellaisia vanhempia jotka ottaa sen tosi pahasti, se on joku henkilökohtainen puukko selkään tai muuta sellaista, vaikka ihan samoilla sanoilla yleensä sen aloitan.

Toiset vanhemmat on sitten sitä mieltä, ettei mielellään ollenkaan kontrolliin, on niitäkin vanhempia jotka ei halua että lapselle tuotetaan pahaa mieltä sit sillä ylimääräisellä punnituksella. Sitten on niitä perheitä et heti tehdään jotakin ja sitten näkyy selkeästi ne tulokset puolen vuoden päästä.

Osa vanhemmista ei ollut vielä valmis aloittamaan lapsen ylipainon seuranta ja hoitoa kouluterveydenhuollossa, vaan halusi kokeilla vielä tehdä muutoksia itse. Osa vanhemmista koki korkeammaksi kynnykseksi mennä ravitsemusterapeutille tai koululääkärille ja halusi vielä välttää sitä tekemällä muutoksia kotona. On myös vanhempia, jotka ovat kiinnostuneita hoidosta ja haluaisivat tehdä muutoksia, mutta joilta ei löydy juuri siinä elämäntilanteessa voimavaroja keskittyä ylipainon hoitoon. Näissä tapauksissa kouluterveydenhoitaja sanoi palaavansa asiaan uudelleen hieman myöhemmin.

Suurin osa on kiinnostuneita ja suostuu, suurin osa haluaa tehdä muutoksia, mut sitten onko voimavaroja siihen niin, että pystyykö tekemään mitään, niin se on sitten eri asia. Mut kyllä suurin osa, sanoisin ainakin 80 %, on totta kai lapsensa terveydestä kiinnostuneita ja huolissaan.

Kouluterveydenhoitajista osa mainitsi myös tavanneensa vanhempia, jotka heti tuodessaan lasta terveystarkastukseen, sanovat suoraan tietävänsä paino-ongelmasta mutteivät halua asiasta keskusteltavan. Tällöin tehdään normaali terveystarkastus, mutta pakonomaisesti ei asiaa aleta käsittelemään. Jotkut vanhemmat ovat vedonneet siihen, että suvussa kaikki ovat isokokoisia. On myös niitä, jotka eivät näe ruokailutottumuksissaan mitään vikaa eivätkä ymmärrä pienten, jokapäiväisten ravitsemuksessa olevien epäkohtien vaikutusta painoon. Osa ei myöskään ymmärrä ylipainon vaikutusta terveyteen.

Ehkä he ei jotenkin kerta kaikkiaan ymmärrä jotenkin sitä sen vaikutusta terveyteen, ne ei näe sitä yhteyttä. Lapsellakin voi olla rasvamaksa, korkeat kolesteroliarvot, että ne ei näitä tällöisiä yhteyksiä ymmärrä. Laitetaan sen lapsen ruumiinrakenteen piikkiin, et on vähän tämmönen isoluinen tai

kaikki suvussa on tän kokoisia, jotenkin näin sitä perustellaan. Et jotenkin ei ymmärretä sitä asian vakavuutta.

Vanhempien kiinnostumattomuus lapsen ylipainon seurantaan ja hoitoa kohtaan voi johtua siitä, ettei vanhempi halua tuottaa lapselle pahaa mieltä vaan haluaa suojata lastaan. Vanhemmalla saattaa myös olla omakohtaisia negatiivisia kokemuksia kouluterveydenhuollosta, jotka vaikuttavat hänen suhtautumiseensa.

Osa kouluterveydenhoitajista kertoi, että on myös ollut muutama tapaus, jossa vanhemmat eivät ole vastanneet yhteydenottoihin koskien lapsen ylipainoa eivätkä ole tehneet lapsen vaikean ylipainon hoidon eteen mitään ja siten laiminlyöneet lapsensa terveyttä törkeästi. Kouluterveydenhoitajan on tällöin täytynyt miettiä jopa lastensuojeluilmoituksen tekoa.

6.4 Yhteistyötahot lapsen ylipainon hoidossa

Kouluterveydenhoitajat nimesivät yhteistyötahoikseen lapsen ylipainon hoidossa koululääkäriin, ravitsemusterapeutin, keskussairaalan painohoitajan sekä Action -liikuntaryhmät ja Mahtavat muksut -ryhmän. Osa terveydenhoitajista kertoi tekevänsä jonkin verran yhteistyötä koulun kanssa.

Koululääkäri koettiin yhteistyötahoksi jolta kouluterveydenhoitaja etenkin sai lisätukea perheen motivoimisessa. Koululääkärillä käynnillä saattoi olla voimakkaampi vaikutus perheisiin ja koettiin, että koululääkärillä on enemmän välineitä, joita käyttää perheen motivoimiseen kuin terveydenhoitajalla.

Lääkärikäynti voi monesti enemmän herättää vielä niitä perheitä ja lääkäri voi vähän napakammin jonkun asian esittää. Kun mun pitää tavallaan pitää se ns. sopu, semmoinen hyvä yhteistyö, ettei tavallaan sitä tuhoa millään... Joskus tuntuu, että lääkärin sana puree paremmin, kun se puhuu näistä rasvamaksasta ja korkeasta kolesterolista.

Ravitsemusterapeutin palvelut koettiin tärkeiksi ja hyödyllisiksi. Vaikka kouluterveydenhoitajat kokivat kykenevänsä antamaan ravitsemusohjausta, he kokivat

ravitsemusterapeutilla olevan siihen enemmän tietotaitoa ja välineitä, etenkin jos lapsella oli paljon ylipainoa ja ravitsemusasioissa paljon muutettavaa. Keskussairaalan painohoitajalle kouluterveydenhoitajat ohjasivat lapset, joiden painoprosentti ylitti 60 %. Yleensä koululääkäri teki lähetteen ja lapsen ylipainon seuranta ja hoito siirtyi sen jälkeen kouluterveydenhuollosta keskussairaalalle. Kouluterveydenhoitajilla ei ollut tarkkaa tietoa painohoitajan palveluiden sisällöstä, mutta he näkivät, että painohoitajalla on parempi osaaminen hoitaa hyvin ylipainoista lasta.

Toisaalta välillä toivois, että otettais enemmänkin vastaan tätä ravitsemusterapeuttia ja liikuntaneuvojan palveluita, että niihin vähän sellaista intoa toivois. Jotenkin se ehkä koetaan semmoiseksi aika korkeaksi kynnykseksi ottaa sellaista apua vastaan. Jotenkin ne kokee sen, ettei meillä niin huonosti nämä ruokavalioasiat ole, että mitään ravitsemusterapeuttia tähän tarvitaan.

Osa kouluterveydenhoitajista mainitsi yhteistyötahokseen Action -liikuntaryhmät, joita järjestetään monilla Vaasan alakouluilla erityisesti lapsille, jotka liikkuvat liian vähän. Muun muassa yrittäessä löytää jotain liikunnallista harrastusta ylipainoiselle lapselle kouluterveydenhoitajat yrittivät kannustaa lasta osallistumaan Action -toimintaan. Kaksi kouluterveydenhoitajaa kertoi saattavansa myös kysyä koulun liikuntaopettajalta sopivia liikuntalajeja tai -kerhoa lapselle, jolla oli vaikeuksia keksiä omaa liikuntaharrastusta. Muuten yhteistyö koulun kanssa ylipainoisen lapsen hoidossa oli vähäistä. Joskus opettajat saattoivat esittää huolensa oppilaan ylipainosta kouluterveydenhoitajalle. Yksi terveydenhoitaja sanoi myös joidenkin opettajien hieman tarkkailevan lasten kouluruokailua ja antavansa tietoa annosmääristä jos ne olivat esimerkiksi huolestuttavan isot. Terveydenhoitaja koki tämän tiedon hyväksi, koska vanhemmat eivät yleensä tiedä miten lapsi syö päivän aikana. Yksi kouluterveydenhoitaja taas koki, ettei koulun kanssa ole minikäänlaista yhteistyötä eikä opettajien tehtävä ole esimerkiksi tarkkailla kouluruokailua. Yksi terveydenhoitaja mainitsi kokevansa koulun jakaman terveystiedon avuksi itselleen toivoen sen kenties vaikuttavan myönteisesti lasten terveyteen.

Joskus olen vanhempien luvalla kysynyt opettajilta – kun neidän tietää todella hyvin näistä liikuntakerhoista ja harrastusmahdollisuuksista – et jos ne vois vähän auttaa harrastuksen löytämisessä. Ja hyvin se yhteistyö on sujunut.

Mahtavat muksut -ryhmän mainitsivat kaikki haastateltavat kouluterveydenhoitajat yhteistyötahokseen. Ryhmä koettiin todella hyödylliseksi ja josta perhe sai hyviä neuvoja ja keinoja lapsen painonhallintaan. Positiiviseksi ryhmän toiminnassa koettiin myös se, että siellä lapset saivat vertaistukea ja saivat liikkua ns. liikunnallisesti samantasoisten seurassa. Ryhmään sitoutuminen vaati kuitenkin perheiltä hyvää motivaatiota ja lisäksi osa terveydenhoitajista oli huomannut, että perhe tarvitsi vielä paljon tukea ja kannustusta, koska usein ryhmän loputtua lapsen paino saattoi taas nousta.

Koen, että on aina paikka mihin ohjata ja tukea saa, semmoinen moniammatillinen tiimi on tämän asian ympärillä kyllä työskentelemässä.

6.5 Lapsen ylipainon hoidon toteuttaminen ja onnistuminen

Lapsen ylipainon hoito ja seuranta oli kaikille kouluterveydenhoitajilla lähes samankaltaista. Kouluterveydenhoitajat antoivat neuvoja ja ohjeita, mutta yrittivät myös saada perheitä itse löytämään ratkaisuja ja muutoksia kaipaavia kohteita elintavoissaan. Vanhempien kanssa keskusteltiin ruokailutottumuksista, liikuntaharrastuksista ja herkuttelusta sekä ylipainoon liittyvistä terveysriskeistä. Lautasmalli, santsaamisen lopettaminen, sopivat välipalavaihtoehdot, karkkipäivän sisältö ja määrät, kaapeista löytyvien herkkujen tarpeellisuus, virvoitusjuomien ja mehujen välttäminen, perheen yhteiseen liikuntaan kannustaminen olivat muun muassa asioita joita terveydenhoitajat kävivät vanhempien kanssa läpi. Kuitenkin alkuun aloitettiin pienistä muutoksista ja turhien energian tuojien poisjättämisestä, jonka koettiin olevan onnistumisen kannalta parempi menetelmä.

Yksi menetelmä on, että kysyn vanhemmilta mitä he ajattelevat, et mitä vois tehdä. Yleensä vanhemmillä on itsellä ne parhaimmat aheet, et mitä he voi

tehdä. On niitäkin jotka tarvii sit melkein niinku piirroksen siitä, ettei niitä keksejä ja kakkuja voi syödä joka päivä.

Loppujen lopuksi ne on aika pieniä tekoja mitä perhe voi tehdä, mistä se voi aloittaa. Ei kannata yrittää heti liian paljon kerralla. Ei ole tarkoitus, että lasta laitetaan syyniin ja laihdutetaan, lapsilla paljon se pituuskasvu korjaa, mutta ihan pienillä teoilla jätettäisi niitä turhia energian tuojia pois.

Yleensä terveydenhoitajat keskustelivat painoasioista vain vanhempien kanssa ja lapsi lähetettiin sen ajaksi takaisin oppitunnille. Kouluterveydenhoitajat kokivat, että alakouluikäiselle lapselle, etenkin ensimmäisillä vuosiluokilla oleville, ei ole vielä syytä puhua hänen ylipainostaan. Kouluterveydenhoitajat myös kokivat, että lapsen kanssa painoon liittyvistä asioista tulee puhua varoen. Lisäksi nähtiin, että lapsen ylipaino ei ollut lapsen aikaansaannosta vaan vanhemmilla oli siihen suurempi vaikutus. Lapsen kanssa saatettiin kuitenkin keskustella hieman lautasmallin mukaan syömisestä, ruoka-annoksen sopivasta koosta, liikuntaharrastuksista ja liikunnan lisäämisestä, karkkipäivästä, ja janojuomista, lapsen iästä riippuen.

Hoitokäyntien järjestämisessä oli vaihtelua ja niiden tiheyteen vaikutti eniten lapsen painoprosentti: mitä korkeampi se oli, sitä useammin lapsen painoa kontrolloitiin. Yleisintä oli, että ensimmäinen hoito- ja ohjauskäynti oli yhteinen lapselle ja vanhemmille. Silloin kartoitettiin perheen elintavat, ravitsemus- ja liikuntatottumukset ja annettiin ohjausta liittyen painonhallintaan. Seuraavat käynnit olivat painokontrolleja, joihin lapsi osallistui yleensä ilman vanhempiaan ja joiden jälkeen kouluterveydenhoitaja oli yhteydessä vanhempiin puhelimitse, yksi kouluterveydenhoitaja oli yleensä yhteydessä kirjeitse. Vanhemmat kutsuttiin paikalle vain tarvittaessa. Lääkärinkäynneillä vanhempien tuli olla lapsen mukana. Keskimäärin kouluterveydenhoitajat pitivät painokontrolleja 3–6 kuukauden välein.

Jotenkin mä koitan tehdä sen mittaustilanteen semmoiseksi, että esim. kun ne astuu siihen vaakaan, niin juttelen muista asioista, niitä näitä ettei siihen tulokseen niin keskityttäisi. Ja aina jos on saatu tuloksia aikaan, paino on lopettanut nousunsa käyrästäöllä tai vaikka lähtenyt laskuun, niin siitä annan

kannustavaa palautetta ja sen näkee heti niiden kasvoilta, et ne on iloisia siitä.

Vaasan ylipainoisen lapsen hoitomalli koettiin ihan hyväksi, mutta kuitenkin sen toteuttaminen käytännössä hankalaksi. Hoitomallin mukaan tehtävät tiheät painokontrollit ja perheen tapaamiset eivät kouluterveydenhoitajien mukaan olleet mahdollisia ajan puutteen vuoksi. Lisäksi osa kouluterveydenhoitajista koki, että liian tiheistä painokontroleista saattaisi olla lapselle enemmän haittaa kuin hyötyä. Myöskään myönteisiä muutoksia painokäyrässä ei näkyisi yhtä selkeästi tiheämmillä kuin hieman harvemmin olevilla painomittauksilla. Muuten ohjeistus koettiin selkeäksi, muun muassa niiltä osin milloin ylipainoon tuli puuttua, milloin lapsi pitää ohjata lääkärille, verikokeisiin tai keskussairaalan painohoitajalle.

Mutta jos niitä pyytäis tähän, ehkä se motivois vanhempia vielä enemmän, jos ne sais ite käydä tässä ja katsoa ne käyrät tässä mun kanssa, ja vois puhua... näyttää oikein lautasmallin ja niistä herkutteluista ja tällasesta, niin ehkä se vois motivoida enemmän. Mut jotenkin tuntuu, ettei aina oo aikaa sellaiseen, että kiirettä pitää täällä töissä, niin helpompi on tehdä se kontrolli tässä ja soittaa, helpostikin vierähtää pidempikin tovi kun vanhempi tulee tähän mukaan.

Helpoksi lapsen ylipainon hoidossa koettiin painonhallintaan liittyvien ohjeiden antaminen. Haastavaksi tai vaikeaksi hoidossa koettiin ylipainon puheeksi ottaminen ja vanhempien motivaation herättäminen ja lisääminen. Vaikeaksi koettiin myös saada perhe tekemään sovittuja muutoksia ja ymmärtämään niiden tärkeys.

Hyvin yksilöllistähän se on. Joillakin se lähtee yhdestä kerrasta. Että näkee heti, kun lapsi tulee seuraavaan kontrolliin, että asioilla on tehty jotain. Että perheessä on vain ollut yksittäinen epäkohta, joku viikoittainen sipsipussi, johon on puututtu. Sitten taas on taas näitä... aivan tulee sellainen epätoivo itsellekin, että ne käy keskussairaalassa ja sitten välillä katot täällä mikä on tilanne ja ei ne muutu siitä mihinkään. Vanhemmat saattaa olla hyvin mu-

kavia ja hyvässä yhteistyössä, kun sinne soittaa, mutta jollakin tavalla tuntuu, ettei ne ota sitä tarpeeksi tosissaan.

Hoidon onnistumisen kannalta tärkeiksi asioiksi kouluterveydenhoitajat nimesivät vanhempien motivaation, avoimen vuorovaikutuksen ja yhteyden vanhempiin, perheen kannustamisen ja tukemisen sekä perheen hoitoon osallistuttamisen ja huomioimisen ja positiivisen asenteen.

Vaikeinta on, että sä saat niitä muutoksia perheen ruokatavoissa aikaan, se tuntuu todella haastavalta joskus, et ne ei jotenkin näe sitä et siellä on niitä epäkohtia eikä nähdä sitä että kun ne pienetkin epäkohdat toistuu päivästä, viikosta, kuukaudesta toiseen niin ne onkin isoja tekijöitä. Se on vaikeaa saada perhe ymmärtämään, että pienilläkin asioilla on merkitystä.

Onhan se aina omalla tavallaan haastavaa ottaa se ekaluokkalainen tyttö kontrolliin ja sille sanoa minkä takia täällä käyt. Ja jos se paino jatkaakin nousuaan, niin se on niin turhauttava tunne, että voi että kun ne vanhemmat nyt tajuis et tekis siellä niitä pieniä muutoksia niin... Et tavallaan semmoinen sääli sitä lasta kohtaan joka tässä käy, ja vaikei sitä sille tuokkaan esille, sen koen välillä riipaisevan sydäntä.

Kouluterveydenhoitajat kokivat lapsen ylipainon hoitoprosessin ja sen toteuttamisen hyödylliseksi, tarpeelliseksi ja tärkeäksi. Hoidon onnistuminen ja tuloksellisuus oli vaihtelevaa. Ylipainon hoito koettiin turhauttavaksi, jos seurannasta, ohjeistuksesta ja kannustuksesta huolimatta minkäänlaista myönteistä muutosta ei tapahdu vaan paino saattaa päinvastoin vain nousta. Kuitenkin onnistumisen kokemukset koettiin kannustaviksi.

Kyllä mä sanoisin, et siitä on hyötyä, et on tällaisia ammattilaisia jotka ottaa sen puheeksi. Et monesti sekin tekee paljon, kun sen kerran sanoo ääneen, niin monet vanhemmat siitä jotenkin herää et hei, me syödään jotakin keksejä aina välipaloilla, et miks me syödään keksejä välipaloilla, ne pitää nyt ehdottomasti jättää pois. Ja se voi jo olla se mikä tekee paljon siinä lap-

sen ylipainon kehityksessä, jos ei se lähde laskuun niin ainakin se pysähtyy. Kyllä mä koen mun työn merkityksellisenä. Että siitä on hyötyä, että me tätä työtä tehdään. Että sit se on se 10–20 % joka koulusta mikä on ylipainoisia kun niitä on ehkä vaikee saada parannettua tai ainakaan mitenkään sillai... mut on siitä hyötyä.

6.6 Koulutustarve ja kehitysideat

Puolet haastattelemistani kouluterveydenhoitajista kertoi, ettei ollut kouluterveydenhoitajana työskennellessään saanut lisäkoulutusta lapsen ylipainoon liittyen. Toisaalta koulutuksia eri aiheisiin liittyen oli paljon, joten kaikkeen ei voinut osallistua. Yksi kouluterveydenhoitaja kertoi olleensa Mahtavat muksut -ryhmään liittyvässä koulutuksessa. Yksi kouluterveydenhoitaja kertoi olleensa Vaasan keskussairaalan lastenlääkärin lasten ylipainoon liittyvän tutkimuksen luento-/koulutustilaisuudessa, jossa käsiteltiin Neuvokas perhe -työvälineitä joilla pystytään puuttumaan aikaisessa vaiheessa perheen elintapoihin, ravitsemukseen ja liikuntaan. Hän kertoi, että pian pitäisi tulla myös Neuvokas perhe -koulutusta kouluterveydenhuoltoon.

Kaikki kouluterveydenhoitajat kokivat, että lasten ylipainon hoitoon liittyen olisi hyödyllistä saada lisää koulutusta. Kouluterveydenhoitajat kaipasivat etenkin työvälineitä ja -menetelmiä perheen tukemiseen ja motivoimiseen, jotta he kiinnostuisivat enemmän ja sitoutuisivat paremmin lapsen ylipainon hoitoon. Lisäksi halettiin lisää tarkempaa tietoa ylipainon terveydellisistä vaikutuksista, jota voisi myös jakaa perheille ja jonka kautta olisi mahdollista vaikuttaa paremmin mm. perheen motivaatioon. Yhtenä ehdotuksena oli kouluterveydenhoitajien yhteinen tilaisuus, jossa käytäisiin läpi mitä menetelmiä kukin terveydenhoitaja lapsen ylipainon hoidossa käyttää, mitä esitteitä heille jakaa sekä kuinka usein kouluterveydenhoitajat tapaavat perhettä ja järjestävät painokontrolleja.

No kyllä se mun mielestä ihan hyödyllistä ja hedelmällistä olis. Vois miettiä tätä puuttumisen perusmallia uusiksi, että tää on aika tiivis tällä lailla, että olis niin kun kahden–neljän viikon kuluttua ja taas kuukauden päästä niin

eihän se tuu onnistuu eikä se oo kauheen kiva sille lapsellekaan et se ihan älyttömän usein joutuu täällä käymään.

Kehitysideoita lapsen ylipainon hoitoon liittyen olivat lapsen ylipainon hoitomallin kehittäminen, uusien esitteiden laatiminen mm. energiajuomien käyttöä koskien, vanhempien kutsuminen useammin mukaan painokontrolleihin ja Mahtavat muksut -ryhmien lisääminen. Lisäksi koettiin, ettei ylipainon seuranta ole mahdollista toteuttaa hoitomallin mukaan, koska kouluterveydenhoitajilla ei ole tarpeeksi aikaa tavata lasta tai perhettä niin tiheästi kuin hoitomallissa suositellaan. Toisaalta yksi kouluterveydenhoitaja mainitsi uuden kouluterveydenhuoltoasetuksen ja sen myötä pidettävien jokavuotisten terveystarkastusten auttavan terveydenhoitajaa, koska kaikki oppilaat tulee silloin tarkistettua, nekin joiden vanhemmat eivät ole suostuneet lapsen ylimääräisiin painokontrolleihin. Myös uusien kouluterveydenhoitajien virkojen perustamisen kautta saataisiin enemmän aikaa jokaiselle kouluterveydenhoitajalle muun muassa lasten ylipainon hoidon järjestämiseen tiheämmin. Lisäksi kouluterveydenhoitajat kaipasivat tietoa yhteistyötoimien palveluista, mm. painohoitajan palveluiden tarkemmasta sisällöstä.

Et joskus sitä toivoo, et ylipainoista lasta vois punnita kolmen kuukauden välein, et sen sais sillee pysyy, jos siinä sitten lipsahtaakin... Pitäis olla sitä aikaa enemmän.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kouluterveydenhoitajien haastatteluilla sain paljon monipuolista, hyödyllistä ja syventävää tietoa kouluterveydenhoitajien omista näkemyksistä ja kokemuksista lapsen ylipainon ja sen hoitoon liittyen sekä kouluterveydenhoitajien valmiuksista lapsen ylipainon hoidossa. Lisäksi sain vastauksia tutkimuskysymyksiini, eli minkälaiseksi kouluterveydenhoitajat kokevat kykynsä ja keinonsa hoitaessaan ylipainoista alakouluikäistä lasta ja hänen perhettään ja miten lasten ylipainoa hoidetaan kouluterveydenhoidossa. Lisäksi sain esille heidän näkemyksiään siitä, mistä lapsen ylipaino johtuu.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Kouluterveydenhoitajat kokivat lapsen ylipainon hoidon tärkeäksi ja kertoivat saaneensa hyviä hoitotuloksia, mutta myös turhauttavia, tuloksettomia hoitokokemuksia oli paljon. Tämä tukee aikaisempaa tutkimustietoa siitä, että lasten ylipainon hoidossa ei ole päästy yleisesti hyviin hoitotuloksiin (Lautala & Alalaurila 2002; 314). Se kertoo myös siitä, että kouluterveydenhoitajien toteuttama ylipainon hoito kaipaa kehitystä, jotta siihen saataisiin lisää vaikuttavuutta ja aikaan parempia hoitotuloksia.

Kouluterveydenhoitajat näkivät syyt lapsen ylipainon kehittymiseen realistisesti ja vastaten yleistä tietoa. Heillä oli lisäksi omia, mielenkiintoisia näkemyksiä lapsen ylipainoa aiheuttavista syistä kuten vanhempien asettamien rajojen puute, perheen elämäntilanteet ja niiden muutoksista aiheutuva tunnesyöminen sekä karkkipäivinä nautittavien herkkujen suurentunut määrä. Nämä syyt vaikuttavat järkeenkäyviltä ja olisi mielenkiintoista saada tutkimustietoa niiden vaikutuksesta lapsen ylipainon kehittymiseen.

Kouluterveydenhoitajista lähes kaikki ilmaisivat lapsen ylipainon hoidossa haastavimmaksi lapsen ylipainon puheeksi ottamisen. Kuitenkin se koettiin tärkeäksi velvollisuudeksi ja osaksi terveydenhoitajan työtä. Osa kouluterveydenhoitajista koki, että kokemuksen karttuessa puheeksi ottaminen kävi helpommaksi eikä ku-

kaan ilmaissut tarvetta aiheeseen liittyvään lisäkoulutukseen. Kouluterveydenhoitajat pyrkivät perheen huomioimiseen, hienovaraisuuteen ja asian ilmaisemiseen niin, ettei kenenkään tunteita tahallisesti satutettaisi. Tämä osoittaa kouluterveydenhoitajilta hienoa ammattimaisuutta ja ihmisläheisen sekä perhekeskeisen työotteen omaamista, joka on erittäin tärkeää terveydenhoitajan työssä. Vanhempien suhtautumisen lapsensa ylipainon puheeksi ottamiseen kerrottiin olevan yksilöllistä ja vaihtelevaa eikä kouluterveydenhoitajan tavalla ottaa asia esiin näyttäisi olevan negatiivista vaikutusta siihen. Enemmänkin vaikuttaisi siltä, että vanhempien reaktioihin vaikuttavat vanhempien oma suhtautuminen ylipainoon, motivaatio, tiedot ja kokemukset asiaan puuttumisen tärkeydestä sekä omat aikaisemmat kokemukset kouluterveydenhuollosta. Näiden kaikkien seikkojen perusteella kouluterveydenhoitajilla on hyvät valmiudet ylipainon puheeksi ottamisessa eikä näe erityisen tarpeelliseksi kehittää tätä osa-aluetta.

Kouluterveydenhoitajat kertoivat, että vanhempien suhtautuminen lapsensa ylipainon hoitoon ja seurantaan vaihteli suuresti. Osa vanhemmista oli yhteistyöhaluisia ja motivoituneita lapsen ylipainon hoitoon, mutta paljon oli myös vanhempia, joiden motivaatio oli vähäistä tai olematonta tai joilla ei ollut voimavaroja keskittyä hoitoon ja elintapamuutosten tekoon. Kouluterveydenhoitajat kokivat perheen elintapamuutosten aikaansaamisen vaativaksi ja vaikeaksikin. Vanhempien kiinnostuksen lisääminen hoitoa kohtaan ja vanhempien osallistuttaminen hoitoon koettiin ongelmalliseksi etenkin jos vanhemmilta puuttui motivaatiota. Kouluterveydenhoitajat kaipasivat lisää työvälineitä, joilla edistää vanhempien motivaatiota ja sitoutumista lapsen ylipainon hoitoon, koska juuri sillä on erityisen suuri merkitys hoidon onnistumiselle. Vanhempien tukemisen tekee myös haastavaksi se, että vanhemmilla saattaa olla paljon muitakin voimavaroja vieviä asioita ja ongelmia elämässään, jolloin lapsen painonhallinnalle ei tahdo riittää aikaa ja jaksamista. Lapsen ei kuitenkaan tulisi kärsiä vanhempiensa ongelmista eikä lapsen tarpeita tulisi sivuuttaa vanhempien ongelmien takia. Olisi erittäin tärkeää luoda uusia työvälineitä kouluterveydenhoitajien avuksi vanhempien tukemisessa

sekä järjestää niihin liittyen koulutusta. Tässä asiassa kouluterveydenhoitajien valmiuksissa on siis kehittämistä.

Kouluterveydenhoitajat kokivat kykenevänsä antamaan hyviä ohjeita ja neuvoja painonhallintaan eli muun muassa terveelliseen ravitsemukseen ja liikuntaan liittyen. Aihealueet, joita he kertoivat ohjauksikäynneillä käsittelevänsä, olivat lapsen ylipainon hoidossa oleellisia ja yleisten suositusten mukaisia. Lisäksi he huomioivat perheen tarpeet ja antoivat niiden mukaista ohjausta sekä pyrkivät saamaan perheen itse löytämään elintavoistaan muutoksia kaipaavia asioita. Juuri tällaista ratkaisu- ja perhekeskeistä työtapaa suositellaankin lapsen ylipainon hoidossa. Kouluterveydenhoitajat pyrkivät kannustamaan perhettä aloittamaan muutokset pienistä asioista eivätkä asettaneet liian montaa muutostarvetta perheelle kerralla. Täten voidaan tulkita, että kouluterveydenhoitajien antaman ohjauksen sisältö on ylipainon hoitoa ja sen onnistumista tukevaa ja tällä hoidon osa-alueella terveydenhoitajien valmiudet ovat hyvät.

Kouluterveydenhoitajat kertoivat kohdistavansa painonhallintaa koskevan ohjauksen lähinnä vanhempiin ja välttävänsä ylipainosta keskustelua alakouluikäisen lapsen kanssa. Terveydenhoitajat kokivat, että vanhemmat ovat enemmän lapsen ylipainosta vastuussa ja että lapsi saattaisi ottaa asian turhan raskaasti, kun ei sitä vielä voi ymmärtää. Tämän lisäksi lapset kävivät yleensä painokontrolleissa ilman vanhempiaan ja kouluterveydenhoitajat olivat käynnin jälkeen vanhempiin yhteydessä puhelimitse tai kirjeitse kertoen painon kehityksestä. Tämä saattaa vaikuttaa negatiivisesti hoidon vaikuttavuuteen, koska voidaan olettaa, ettei puhelimitse saati kirjeitse saavuteta samanlaista kontaktia ja yhteyttä vanhempiin kuin kasvotusten asiaa käsiteltäessä. Kun lisäksi haastatteluissa ilmeni, että kouluterveydenhoitajat järjestivät ylipainon hoitokäynnit harvemmin kuin Vaasan hoitomallissa ja Käypä hoito -suosituksessa, ja että varsinaisia ohjaus- ja neuvontakäyntejä saattoi olla vain yksi ja sen jälkeen painoa seurattiin 3–6 kuukauden välein eli joidenkin lasten tapauksessa vain pari kertaa vuodessa, voidaan tämän olettaa vaikuttavan hyvin haitallisesti hoidon onnistumiseen, etenkin niiden perheiden kohdalla, joiden hoitomotivaatio on alhainen. Tässä huolestuttavassa seikassa on kuitenkin

huomioitava kouluterveydenhoitajien ajalliset resurssit ja niiden vähyys, jonka vuoksi heidän ei ole mahdollista toteuttaa alakouluikäisen lapsen ylipainon hoitoa suositusten mukaisesti ja järjestää tapaamisia tiheämmin.

Kouluterveydenhoitajista osa oli sitä mieltä, että lapsen ylipainon hoitomallia tulisi kehittää sellaiseksi, että sen toteuttaminen heidän resurssien puitteissa olisi mahdollista. Mielestäni kuitenkin tärkeämpää olisi kehittää ja lisätä kouluterveydenhoitajien resursseja, jolloin lapsen ylipainoa voitaisiin hoitaa yleisten suositusten mukaisesti. Samalla parannettaisiin hoidon vaikuttavuutta ja onnistumisen mahdollisuutta sekä kouluterveydenhoitajien valmiuksia tällä hoidon osa-alueella. Ehdotustani tukee myös se, että aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että ne perheet jotka ovat saaneet paljon monipuolista ja säännöllistä terveelliseen ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvää ohjausta, saavat paremmin aikaan muutoksia elintavoissaan (STRIP 2008; Taulu 2010). Lisäksi kouluterveydenhuollossa toteutettu ylipainon ja lihavuuden hoito on todettu tehokkaaksi kunhan hoito ja seuranta ovat yksilöllistä, riittävän pitkäjänteistä ja aktiivista (Lautala & Ala-Laurila 2002; 314).

Lisäksi olisi syytä tutkia, onko siitä, että kouluterveydenhoitaja välttää keskustelemasta ylipainosta alakouluikäisen lapsen kanssa hyötyä vai haittaa ja riittääkö, että ylipainoisen lapsen kanssa keskustellaan mm. lautasmallista, karkkipäivien sisällöstä ja liikunnan tärkeydestä ilman, että myös keskustellaan niiden vaikutuksesta lapsen painoon. On varmasti hyvä, että kouluterveydenhoitajat ottavat lapsen tunteet huomioon ollessaan hyvin varovaisia lapsen ylipainon mainitsemisen suhteen, mutta mennäänkö ns. lapsen suojelussa liian pitkälle ja voiko tämä vaikuttaa hoidon onnistumiseen? Olisiko se vahingollista lapselle ja esimerkiksi hänen psyykkiselle kehitykselle jos hänen kanssaan keskusteltaisiin hienovaraisesti, mutta suoraan hänen ylipainostaan? Nämä seikat olisi mielenkiintoista tietää ja hyödyllistä selvittää.

Vaikka kouluterveydenhoitajat eivät olleet täysin tyytyväisiä Vaasan lapsen ylipainon hoitomalliin, koettiin siihen liittyvät ohjeistukset selkeiksi muun muassa

sen osalta, milloin hoito tulee aloittaa ja milloin lapsi tarvitsee lääkärin, keskussairaalan tai muun yhteistyötahon palveluita ylipainon hoidon tueksi. Kouluterveydenhoitajat kokivat lapsen ylipainon hoidossa käytettävät yhteistyötahot hyviksi ja hyödyllisiksi, mutta esimerkiksi keskussairaalan painohoitajan palveluiden tarkemman sisällön osa kouluterveydenhoitajista mainitsi vieraiksi. Välit yhteistyötahoihin tulisi siis saada avoimmiksi ja kaikkien tietoisuuteen niin, että yhteistyötahojen tehtävät ja tarjoamat palvelut sekä niiden sisällöt lapsen ylipainon hoitoprosessissa ovat kaikille selvillä, jolloin osataan varmemmin hyödyntää oikeita palveluita niitä tarvittaessa ja siten lisätä hoidon vaikuttavuutta. Lisäksi Mahtavat muksut -ryhmä koettiin yhdeksi hyvin tärkeäksi yhteistyötahoksi ja ehdotettiin, että ryhmiä pitäisi järjestää useampia kuin kaksi vuodessa.

Osa kouluterveydenhoitajista mainitsi vanhempien kokevan muihin kuin kouluterveydenhoitajan palveluihin menemisen korkeaksi kynnykseksi ja kertoi, että osa vanhemmista halusi välttää esimerkiksi ravitsemusterapeutille tai lääkärille menoa mahdollisimman pitkään. Ravitsemusterapeutin ja muiden ns. korkean kynnyksen palveluiden sisältöä tulisi kenties tuoda tutummiksi ja niiden hyödyntämistä luoda luonnollisemmaksi vanhemmille, jolloin he kokisivat niiden palveluiden vastaanottamisen helpommaksi. Terveystenhoitajat eivät juuri kokeneet koulua yhteistyötahokseen lapsen ylipainon hoidossa. Kun lapset kuitenkin viettävät suuren osan päivästä koulussa, olisi koulun ja kouluterveydenhuollon hyvä tehdä tässäkin asiassa yhteistyötä. Ehdotukseni on, että kouluterveydenhoitaja voisi omalla koulullaan kannustaa opettajia mukaan yhteistyöhön ja pyytää opettajia seuraamaan ja opastamaan lasten ruokailua. Kouluruokailu on osa opetusta ja opettajien kuuluu ohjata ja valvoa lapsen itsenäistä ruoan annostelua ja ruokailutapoja sekä tiedottaa kouluruoan tarkoituksesta ja merkityksestä oppilaille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 6).

Kouluterveydenhoitajat ilmaisivat kiinnostuksensa lisäkoulutusta kohtaan liittyen lapsen ylipainon hoitoon. Olen sitä mieltä, että olisi erityisen hyödyllistä toteuttaa erään haastatteleman kouluterveydenhoitajan ehdotus kouluterveydenhoitajien yhteisestä kokouksesta, jossa käytyä läpi kunkin kouluterveydenhoitajan käyt-

tämät menetelmät, esitteet sekä hoitokäyntien määrä ja tiheys lapsen ylipainon hoidossa. Tällaiseen tapahtumaan voisi yhdistää myös jonkin uuden työväliseen koulutuksen, jonka avulla kouluterveydenhoitajat saisivat lisää keinoja perheen tukemiseen ja motivoimiseen ja sitä kautta hoidon vaikuttavuuden parantamiseen.

Tutkimukseni alkuoletuksena oli, että useat kouluterveydenhoitajat kaipaavat lisää perehdyttämistä sekä taitojen ja tietojen täydennystä koskien alakouluikäisten lasten ylipainon hoitoa, ja tutkimukseni tulokset osoittivat oletukseni olevan totta. Lapsen ylipainon hoito on tärkeää, koska ylipaino on merkittävä terveysriski ja sen onnistuneella hoidolla voidaan ehkäistä monia kansansairauksiamme sekä muita terveydellisiä ongelmia. Tutkimukseni tulokset ovat siten merkityksellisiä, että ne osoittavat Vaasan kouluterveydenhoitajilla olevan osittain hyvät valmiudet alakouluikäisten lasten ylipainon hoidossa, mutta tuloksien perusteella löytyy myös kehitystä kaipaavia kohtia kouluterveydenhoitajien valmiuksissa ja hoidon toteuttamisessa (ks. taulukko 1). Jos niihin puututaan, vaikutetaan samalla myönteisesti monen lapsen terveyteen ja tulevaisuuteen.

Taulukko 1. Kouluterveydenhoitajien valmiudet lapsen ylipainon hoidossa

Hyvät valmiudet	Kehitystä kaipaavat valmiudet
Puheeksi ottaminen: taidot ja tavat	Työvälineiden tarve perheen motivoimisessa, tukemisessa, elintapamuutosten aikaansaamisessa
Perhe- ja ratkaisukeskeinen työote	Hoitomallin noudattaminen: hoitokäytien määrä, vanhempien mukanaolo ohjauksikäynneillä
Kouluterveydenhoitajan antaman ohjauksen sisältö	Kouluterveydenhoitajan resurssit ja käytössä oleva aika
Ohjeistuksen ymmärtäminen	Yhteistyötahot: tiedot palveluista ja koulun + kouluterveydenhuollon välinen yhteistyö
Monipuoliset yhteistyötahot	Koulutustarve

7.2 Pohdintaa tutkimuksen luotettavuudesta ja eettisyydestä

Opinnäytetyötä tehdessäni pyrin huomioimaan ja toteuttamaan tutkimukseni niin, että se tarjoaisi mahdollisimman luotettavaa ja eettistä tietoa. Huomioin luotettavuuden takaamisen muun muassa lähteiden valinnassa. Työssä on käytetty paljon monipuolista, ajan tasalla olevaa tietoa ja tämä lisää työn luotettavuutta. Lisäksi olen valinnut lähteeni kriittisesti ja hyväksynyt ainoastaan luotettavaksi luokiteltavan aineiston eli julkaistut teokset, tieteellisten lehtien artikkelit sekä Internet-lähteet, joiden julkaisijana on ollut jokin laitos (esimerkiksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos) tai asiantuntijaelin (esimerkiksi Valtion ravitsemusneuvottelukunta). Teemahaastatteluiden avulla saamani tieto syventää katsausta aiheeseen ja antaa paljon mielenkiintoista tietoa. Teemahaastattelun pohjalta ilmeni myös kehitystä vaativia seikkoja alakouluikäisen lapsen ylipainon hoidossa Vaasassa. Suun-

nitelmani oli haastatella viittä kouluterveydenhoitajaa, mutta minun ja kouluterveydenhoitajien aikataulujen yhteensovittamisongelmien vuoksi haastateltavien määrä jäi neljään. Vaikka haastateltavien määrä oli pieni, haastatteluiden kautta saadut tulokset ovat mielestäni uskottavia ja luotettavia, koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa jo muutaman haastattelun kautta saatu tieto on merkittävää. Haastatteluissa käyttämäni kysymykset olivat ymmärrettäviä ja tarkensin niitä tarvittaessa. Myös se, että haastatteluiden vastaukset toistivat paljon toisiaan, osoittaa mielestäni sen, että haastatteleamalla useampia kouluterveydenhoitajia en olisi saanut uutta tai muista poikkeavaa tietoa. Lisäksi olen dokumentoinut haastatteluni alusta loppuun saakka huolellisesti. Näiden seikkojen pohjalta tutkimukseni reliabiliteetti on mielestäni hyvä. Tutkimukseni on myös mielestäni validiteetiltaan onnistunut, koska se saavutti tarkoituksensa eli sain vastaukset tutkimusongelmieni.

Tutkimusta toteuttaessani olen huomionut eettiset seikat. Olen kunnioittanut tutkittavien anonymiteettiä siten, etten ole maininnut tutkimuksessani haastateltavieni sukupuolta, ikää, työpaikkaa eli koulua, jolla he työskentelevät, enkä muitakaan tietoja, joiden kautta heidät voitaisiin tunnistaa. Suorat lainaukset työssäni olen valinnut jokaiselta haastateltavaltaani, eikä niistäkään voi tunnistaa haastateltavia. Haastattelemani henkilöt ovat tienneet tutkimukseni tarkoituksen ja sain luvan heidän haastatteluunsa heidän esimieheltään sekä heiltä itseltään (ks. liite 5). Tutkimukseni eettisyyttä tukee myös se, että julkaisen tutkimuksen avoimesti ja rehellisesti.

7.3 Tutkimuksen hyödyntäminen tulevaisuudessa

Tutkimustuloksiani voidaan hyödyntää käytännössä kehittämällä kouluterveydenhoitajien työtä ja panostamalla lasten ylipainon hoitoon. Käytännön kehitysehdoituksiani ovat vanhempien motivointia ja tukemista lisäävien ja helpottavien työvälineiden ja -menetelmien luominen ja käyttöönotto sekä niihin liittyvät koulutukset, kouluterveydenhoitajien resurssien lisäys terveydenhoitajien virkoja perustamalla ja lasten ylipainon hoidon yhteistyötahojen välisen yhteydenpidon paranta-

minen. Näillä parannuksilla uskon lasten ylipainon hoidon vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden paranevan huomattavasti.

Tutkimushankkeiksi tulevaisuutta varten ehdottaisin samankaltaisen tutkimuksen tekoa yläkoulun tai toisen asteen oppilaitosten kouluterveydenhoitajille. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia ylipainoisen lapsen ja hänen perheensä näkemyksiä ja kokemuksia lapsen ylipainon hoidosta ja sen vaikuttavuudesta.

LÄHDELUETTELO

A380/2009. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 28.5.2009. [viitattu 24.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090380>](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090380).

Etelson, D., Brand, D. A., Patrick, P. A. & Shirali, A. 2003. Childhood Obesity: Do Parents Recognize This Health Risk? *Obesity Research* 2003 Vol. 11, 1362–1368. [viitattu 26.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.nature.com/oby/journal/v11/n11/abs/oby2003184a.html>](http://www.nature.com/oby/journal/v11/n11/abs/oby2003184a.html).

Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K. S., Caterson, I. D. & Hill, A. J. 2004. Obesity and Risk of Low Self-esteem: A Statewide survey of Australian Children. *Pediatrics* vol. 118, nro 6, 2481–2487. [viitattu 26.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/118/6/2481>](http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/118/6/2481).

Fogelholm, M., Nuutinen, O., Pasanen, M., Myöhänen E. & Säätelä T. 1999. Parent-child Relationship of Physical Activity Patterns and Obesity. *International journal of obesity and related metabolic disorders*. Vol. 12, 1262–1268. [viitattu 27.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10643682>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10643682).

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10 p. Helsinki. Tammi.

Huttunen, N.-P. 2002. Ravitseminen. Teoksessa Huttunen, N.-P. (toim.), Lasten ja nuorten sairaudet. 47–57. Helsinki. WSOY.

Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A. & Toponen, T. 2004. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki. WSOY.

Ivanoff, P., Kitinoja, H., Rahko, R., Risku, A. & Vuori, A. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Janson, A. & Danielsson, P. 2005. Painonsa arvoiset. Lasten ylipainosta vanhemmille ja ammattilaisille. Helsinki. Edita Prima Oy.

Karvinen, J. 2008. Koulu suositusten toteuttajana. Teoksessa Nuori Suomi ry, lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. 32–41. Helsinki. Opetusministeriö ja Nuori Suomi. [viitattu 18.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.nuorisuomi.fi>](http://www.nuorisuomi.fi).

[http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja\(kevyt\)_08.pdf](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja(kevyt)_08.pdf)>.

Koponen, P. & Hakulinen-Viitanen, T. 2010. Perheiden terveys ja terveystottumukset. Teoksessa LATE-työryhmä (toim.), Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. 131–139. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Koskenkorva, J. 2009. Neuvokas perhe -työvälineitä lapsiperheiden liikunta- ja ravitsemusohjaukseen. Terveystieteitä. Vol. 42, nro 3, 24–25.

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

Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 24.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://pre20090115.stm.fi/pr1092909444623/passthru.pdf>](http://pre20090115.stm.fi/pr1092909444623/passthru.pdf).

Käypä hoito -suositus 2005. Lasten lihavuus. Duodecim & Lasten lääkäriyhdistys ry. [viitattu 17.10.2010.] Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50034>](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50034).

Laakso, L. 2008. Sosiaalinen ja eettinen kehitys. Teoksessa Nuori Suomi ry, lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. 64–66. Helsinki. Opetusministeriö ja Nuori Suomi. [viitattu 18.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja\(kevyt\)_08.pdf>](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja(kevyt)_08.pdf).

Lagström, H. 2006. Yleisyys ja muutokset Suomessa. Teoksessa Fagerholm, M., Mustajoki, P. ym. (toim.), Lihavuus. Ongelma ja hoito. 284–298. 3 p. Helsinki. Duodecim.

Lapsen lihavuus -toimintamalli 2007. Vaasa. Saatavilla [pyydettaessa tarja.paikkala@vaasa.fi](mailto:pyydettaessa_tarja.paikkala@vaasa.fi).

Lautala, P., Ala-Laurila, E.-L. 2002. Lihavuus. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E.-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.), Kouluterveydenhuolto. 311–315. Helsinki. Duodecim.

Lenko, H.-L. 2002. Fyysinen kasvu. Teoksessa Huttunen, N.-P. (toim.), Lasten ja nuorten sairaudet. 9–22. Helsinki. WSOY.

Lyytikäinen, A. 2001. Kouluikäisten ravitsemuskasvatus. Teoksessa Fogelholm, M. (toim.), Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari. 143–167. Helsinki. Palmenia.

Korhonen, A.-L., Kalavainen, M., Ihanainen, M. & Nuutinen, O. 1999. Mahtavat muksut. Ratkaisuja lihavan lapsen hoitoon. Helsinki. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki. Duodecim.

Mäki, P. 2010. Muut terveystottumukset. Teoksessa LATE-työryhmä (toim.), Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. 101–111. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Nuori Suomi ry, lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. Helsinki. Opetusministeriö ja Nuori Suomi. [viitattu 18.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja\(kevyt\)_08.pdf>](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja(kevyt)_08.pdf).

Nurttila, A. 2001. Ravitsemuskasvatus lapsiperheissä. Teoksessa Fogelholm, M. (toim.), Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari. 99–142. Helsinki. Palmenia.

Nuutinen, O. 2006. Lasten ja nuorten lihavuuden hoito. Teoksessa Fagerholm, M., Mustajoki, P. ym. (toim.), Lihavuus. Ongelma ja hoito. 304–326. 3 p. Helsinki. Duodecim.

Ovaskainen, M.-L. & Virtanen, S. 2010. Lasten ateriointi ja ruokavalinnat. Teoksessa LATE-työryhmä (toim.), Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. 88–100. Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Perusohjausmalli 2007. Neuvola ja alakouluikäisten lasten perheille. Vaasa. Saatavilla pyydettäessä tarja.paikkala@vaasa.fi.

Pääkkönen, H. 2007. Lasten ajankäyttö ja harrastukset. Teoksessa Stakes (toim.), Suomalainen lapsi 2007. 221–244. Helsinki. Tilastokeskus ja Stakes.

Rautanen, R. 2007. Lasten koulunkäynti. Teoksessa Stakes (toim.), Suomalainen lapsi 2007. 183–205. Helsinki. Tilastokeskus ja Stakes.

- Rissanen, A. & Fogelholm, M. 2006. Aikuisten lihavuus Suomessa ja muualla. Teoksessa Fagerholm, M., Mustajoki, P. ym. (toim.), Lihavuus. Ongelma ja hoito. 14–23. 3 p. Helsinki. Duodecim.
- Rissanen A. & Mustajoki, P. 2006. Lihavuuden ja syömisen psykologiaa. Teoksessa F., Mikael; Mustajoki, P. ym. (toim.), Lihavuus. Ongelma ja hoito. 119–127. 3 p. Helsinki. Duodecim.
- Salo, M. 2004a. Lihavuus. Teoksessa Petäjä, J., Siimes, M. A. (toim.), Lastentaudit. 318–323. 3 p. Helsinki. Duodecim.
- Salo, M. 2004b. Ravinto. Teoksessa Petäjä, J., Siimes, M. A. (toim.), Lastentaudit. 67–76. 3 p. Helsinki. Duodecim.
- Salo, M. & Mäkinen, M. 2006. Lihavuuden vaikutukset lapseen ja nuoriin. Teoksessa Fagerholm, M., Mustajoki, P. ym. (toim.), Lihavuus. Ongelma ja hoito. 292–298. 3 p. Helsinki. Duodecim.
- Saukkonen, T. 2006. Lasten lihavuuden arviointi. Teoksessa Fagerholm, M., Mustajoki, P. ym. (toim.), Lihavuus. Ongelma ja hoito. 299–303. 3 p. Helsinki. Duodecim.
- Silvola, K. 2010. Joka karkkia säästää se lastaan rakastaa. Käytännön ohjeita lapsen painonhallintaan. Helsinki. Tammi.
- Story, M. T., Neumark-Stzainer, D. R., Sherwood, N. E., Holt, K., Sofka, D., Trowbridge, F. L. & Barlow, S. E. 2002. Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills, and Training Needs Among Health Care Professionals. *Pediatrics*. Vol. 110, nro 1, 210–214. [viitattu 27.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/110/1/S1/210>](http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/110/1/S1/210).
- STRIP-projekti 2008. Varhaislapsuudessa alkanut sydän- ja verisuonisairastavuuden ehkäisyprojekti. Turun yliopiston sydäntutkimuskeskus. [viitattu 28.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://stripstudy.utu.fi/tutkimus.html>](http://stripstudy.utu.fi/tutkimus.html).
- Tammelin, T. 2008a. Johdatus suomalaisten kouluikäisten fyysiseen aktiivisuuteen. Teoksessa Nuori Suomi ry, lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. 12–15. Helsinki. Opetusministeriö ja Nuori Suomi. [viitattu 18.10.2010] Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja\(kevyt\)_08.pdf>](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja(kevyt)_08.pdf).
- Tammelin, T. 2008b. Kouluikäisten liikunta-aktiivisuuden vaikuttavat tekijät. Teoksessa Nuori Suomi ry, lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008. Fyy-

sisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. 47–50. Helsinki. Opetusministeriö ja Nuori Suomi. [viitattu 18.10.2010] Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuosituskirja\(kevyt\)_08.pdf>](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuosituskirja(kevyt)_08.pdf).

Tapanainen, P. 2004. Normaali kasvu. Teoksessa Petäjä, J., Siimes, M. A. (toim.), Lastentaudit. 33–47. 3 p. Helsinki. Duodecim.

Taalu, A. 2010. Pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä. Kvasikokeellinen interventiotutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere. [viitattu 26.10.2010] Saatavilla www-muodossa: <URL: http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8097-3.pdf >.

Terho, P. 2002. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho, P.; Ala-Laurila, E.-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.), Koulu-terveydenhuolto. 18–38. Helsinki. Duodecim.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2008. Ravinnon sosioekonomiset erot. Päivitetty 13.3.2008. [viitattu 18.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.ktl.fi/portal/2898/>](http://www.ktl.fi/portal/2898/).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2009. Kouluikäisten ravitsemus. Päivitetty 7.8.2009. [viitattu 17.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.ktl.fi/portal/7058/>](http://www.ktl.fi/portal/7058/).

Tirkkonen, T. 2002. Psykkinen kasvu. Teoksessa Huttunen, N.-P. (toim.), Lasten ja nuorten sairaudet. 28–34. Helsinki. WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Uusitupa, M. 2006. Lihavuus ja terveys. Teoksessa Fagerholm, M., Mustajoki, P. ym. (toim.), Lihavuus. Ongelma ja hoito. 24–38. 3 p. Helsinki. Duodecim.

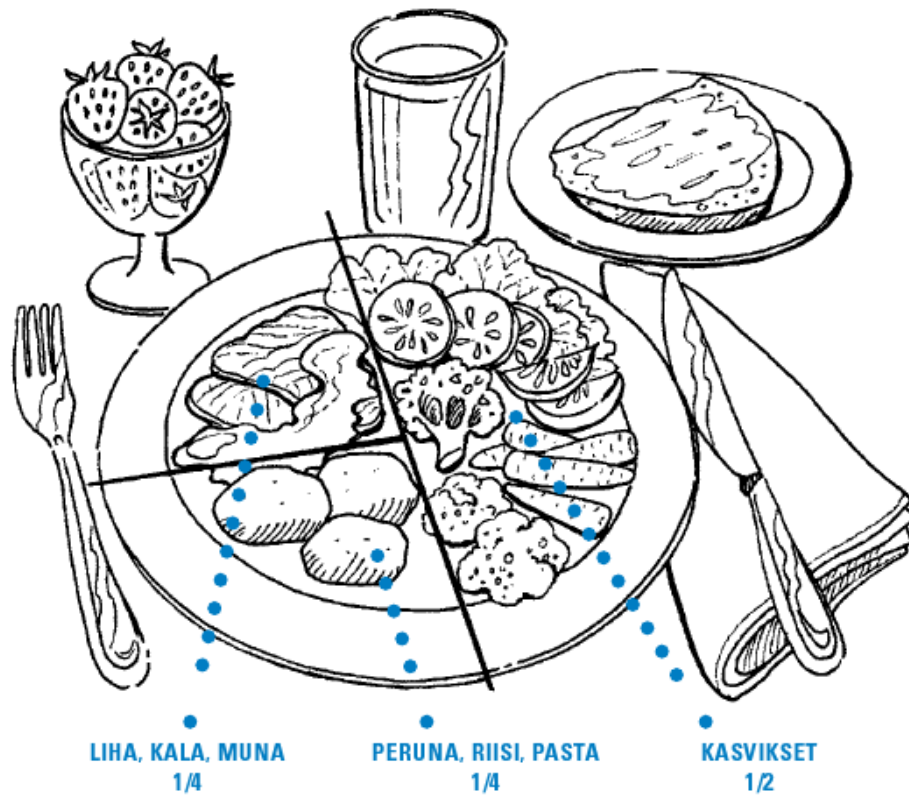
Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki. Edita Publishing. [viitattu 17.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf>](http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf).

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008. Kouluruokailusuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki. [viitattu 17.10.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.minedu.fi/lapset_nuoret_perheet/pdf/Kouluruokailusuositukset2008.pdf>](http://www.minedu.fi/lapset_nuoret_perheet/pdf/Kouluruokailusuositukset2008.pdf).

LIITTEET

LIITE 1. Lautasmalli. (Lähde: Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008.)

Lautasmalli



LIITE 2. Alakouluikäisen lapsen ylipainon hoitomallin tiivistelmä. (Lähde: Tarja Paikkala, sosiaali- ja terveysvirasto, Vaasan kaupunki.)

Perusohjausmalli neuvola- ja alakouluikäisten perheille

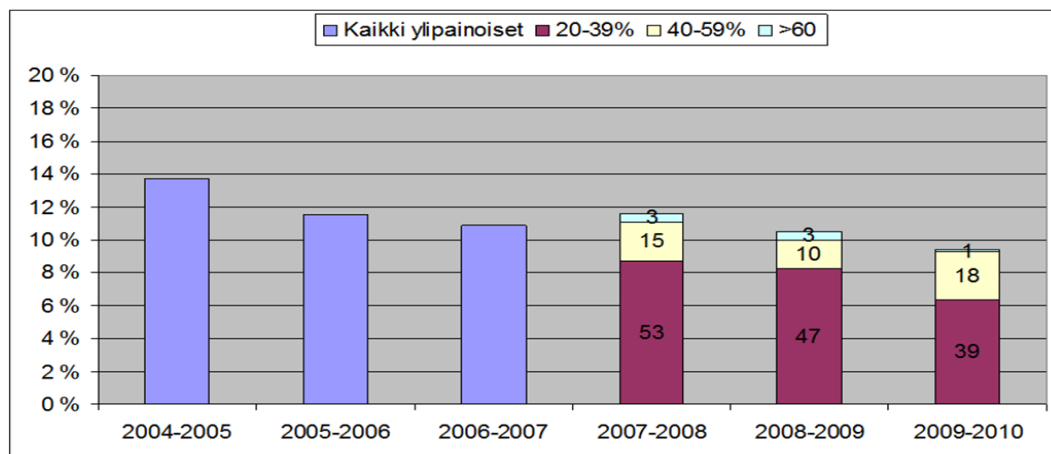
HUOM! lapsen painonhallinnassa käytettävä perhekeskeistä työtapaa. 1-3 lk. perheille tarjotaan mahdollisuutta osallistua Mahtavat Muksut -ryhmään.

Tavallinen vastaanotto-käynti , jolloin todetaan painonnousu, johon puututtava	I lisäkäynti 2-4 viikonkuluttua	II lisäkäynti kuukauden kuluttua	III lisäkäynti kuukauden kuluttua
<ul style="list-style-type: none"> • annetaan perheelle tietoa ylipainon riskeistä • motivoidaan perhettä • annetaan mukaan <i>elämäntapamuutosten hyödyt</i> • mietittävä missä lapsi syö! <p>Huomioitava kenen luona lapsi syö. Esim. mummola – tarvitaanko heille myös ohjausta. Tarvittaessa myös heidät voidaan ottaa vastaanotolle mukaan.</p> <p>ELÄMÄNTAPAOHJAUS -></p>	<ul style="list-style-type: none"> • käydään yhdessä läpi perheen elämäntapa-tehtävä • motivointi • liikuntainfo • selvitetään, miten perheessä nykyisin liikutaan ja mietitään yhdessä millaista liikuntaa perhe olisi valmis lisäämään <p>Annetaan <i>liikuntapäiväkirja</i>, jota perhe/lapsi täyttää seuraavat kaksi kuukautta</p> <p>LIIKUNTAOHJAUS-></p>	<ul style="list-style-type: none"> • käydään läpi liikuntapäiväkirjaa • Ravitsemuksen ohjaus; <ul style="list-style-type: none"> - täytetään s.9 ja käydään yhdessä läpi -> tämän pohjalta nostetaan esille perheen ruokailun heikot kohdat - tehdään sopimuksia yhdessä 2 - ja perhe tekee vielä kotona 2 lisää - mietitään yhdessä välipalalajeita (reseptilehtiöstä) - annetaan kirjanen mukaan <p>Kotiläksyksi <i>viikon ruokailun suunnittelu</i></p> <p>RUOKAILUOHJAUS -></p>	<ul style="list-style-type: none"> • käydään läpi perheen tekemät muutokset - ruokailut; laatu, määrä ja säännöllisyys -> käydään läpi s.9 uudelleen - liikunta • mietitään yhdessä mitä haasteita perheellä vielä on • tehdään jatkohoitosuunnitelma, kuinka usein kontrollikäynnit (tavoite 3–6 kk välein) • Tarvittaessa ohjataan ravitsemusterapeutin vastaanotolle

LIITE 3. Tilastotiedot Vaasan alakouluikäisten ylipainosta. (Lähde: Tarja Paikkala, sosiaali- ja terveystoimisto, Vaasan kaupunki.)

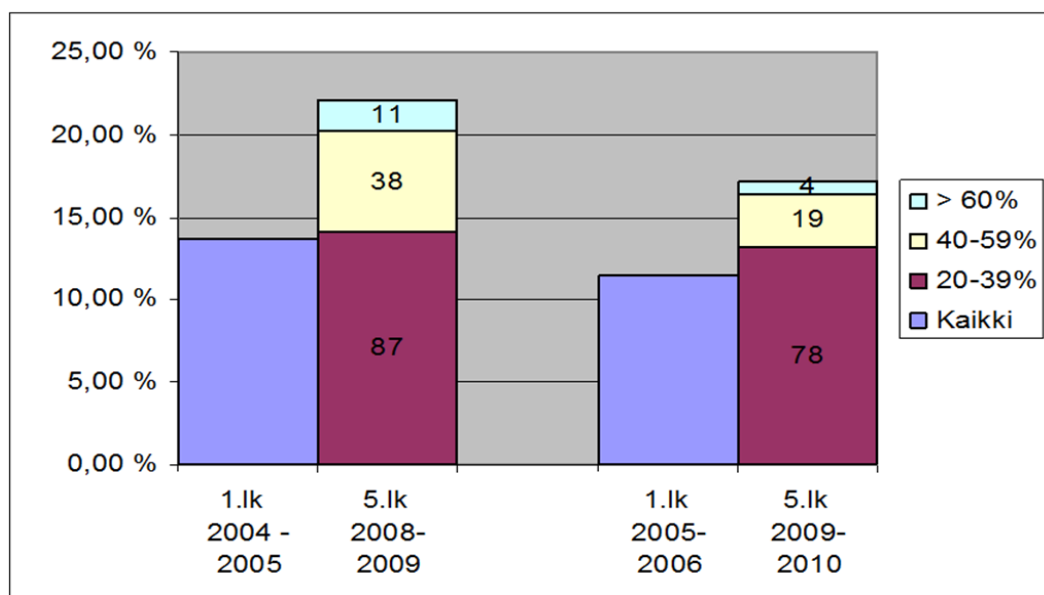
1.lk:n oppilaiden lihavuus

pylväissä olevat numerot = kpl



5 lk verrattuna kun he olivat 1 lk

pylväissä olevat numerot = kpl



LIITE 4. Teemahaastattelun kysymykset

Esitiedot

- Minä vuonna olet valmistunut terveydenhoitajaksi?
- Kuinka kauan olet toiminut alakoulun kouluterveydenhoitajana?
- Oletko saanut lisäkoulutusta lapsen ylipainon hoitoon ollessasi alakoulun terveydenhoitajana? Jos olet, millaista?

Alakouluikäisen lapsen ylipaino

- Kuinka moni alakoulusi oppilaista keskimäärin on ylipainoinen?
- Mikä mielestäsi on syynä alakouluikäisen ylipainoon ja sen lisääntymiseen?

Ylipainon toteaminen ja puheeksi ottaminen

- Miten, millä tavoin toteat ja otat puheeksi alakouluikäisen lapsen ylipainon?
- Miten/millaiseksi koet ylipainon puheeksi ottamisen, onko se helppoa/vaikeaa?

Ylipainon hoidon toteuttaminen ja menetelmät

- Miten toteutat lapsen ylipainon hoidon? Käytätkö lapsen ylipainon hoitomallia hoidon toteuttamisessa?
- Millaiseksi olet kokenut alakouluikäisen lapsen ylipainon hoitomallin?
- Millä keinoin yrität motivoida vanhempia, lasta/perhettä ylipainon hoidossa?
- Miten olet kokenut perheen motivoimisen, kuinka helppoa/vaikeaa se on?
- Miten toteutat hoitokäynnit, ovatko ne yhteiskäyntejä (lapsi ja vanhemmat molemmat mukana) vai käyvätkö lapsi ja vanhemmat luonasi erikseen?
- Mitä menetelmiä käytät ohjauksessa, mitä asioita käyt ohjauksessa läpi?
- Miten itse koet lapsen ylipainon hoitoprosessin? Miten muutokset yleensä toteutuvat, tuleeko onnistumisia kuinka usein?
- Oletko kokenut lapsen ylipainon hoidosta olevan hyötyä?
- Mitkä asiat koet olevan hoidossa helppoja, mitkä haastavia?
- Mitkä asiat mielestäsi ovat hoidon onnistumisen kannalta tärkeitä, erityisesti huomioitavia?

Ylipainoisen lapsen vanhempien suhtautuminen ja reaktiot

- Millaisia ovat lasten vanhempien reaktiot ottaessasi ylipainon puheeksi?
- Kuinka moni on kiinnostunut lapsensa ylipainon hoidosta ja suostuu siihen, moniko ei? Miksi?
- - Millaiseksi olet kokenut vanhempien motivaation?

Yhteistyötahot lapsen ylipainon hoidossa

- Mitä yhteistyötahoja käytät tai koet tärkeäksi lapsen ylipainon hoidossa?
- Onko koulun kanssa yhteistyötä lapsen ylipainon hoidossa?

Koulutustarve ja kehitysideat

- Onko sinusta tuntunut, että olisit tarvinnut tai haluaisit tulevaisuudessa lisäkoulutusta lapsen ylipainon hoitoon liittyen? Millaista?
- Miten lapsen ylipainon hoitoa tulisi mielestäsi kehittää?

LIITE 5. Opinnäytetyön lupa-anomus 25.10.2010

Opiskelija	
Nimi	Reetta Ciccarelli
Osoite	xxxxxxx
Puh.nro	xxxxxxx
Email	xxxxxxx
Vaasan ammattikorkeakoulu	
Terveydenhoitotyön koulutusohjelma	
Opinnäytetyöohjaaja	Ulla Isosaari
puh.nro	xxxxxx
Email	xxxxxx
Opinnäytetyön nimi	
Alakouluikäisen lapsen ylipaino ja kouluterveydenhoitajan valmiudet sen hoidossa.	
<p>Työ on kvalitatiivinen tutkimus. Työ koostuu teoreettisesta viitekehystä, jossa määritellään alakouluikäinen lapsi ja ylipaino, ylipainoon vaikuttavat tekijät, kouluterveydenhuolto ja alakouluikäisen lapsen ylipainon hoito kouluterveydenhuollossa. Lisäksi tutkimusaineistoa on tarkoitus kerätä teemahaastattelulla, joka olisi tarkoitus tehdä osalle Vaasan alakoulujen terveydenhoitajista.</p>	
Opinnäytetyön tarkoitus	
<p>Kouluterveydenhoitajat ovat suuressa roolissa ennaltaehkäistäessä ja hoidettaessa lasten ylipainoisuutta ja lihavuutta. Opinnäytetyöaiheeni on alakouluikäisten lasten ylipaino ja kouluterveydenhoitajien näkemykset heidän valmiuksistaan ennaltaehkäistä ja hoitaa kyseistä ongelmaa. Aihe on hyvin ajankohtainen ja haluan ottaa selvää onko kouluterveydenhoitajilla tarpeeksi valmiuksia ylipainoisten lasten hoitoon ja ylipainon ehkäisyyn. Työlläni toivon saamani kehittämissideita terveydenhoitajien avuksi ja siten lasten terveyden parantamiseksi.</p>	
Tiedonkeruumenetelmät	
<p>Teemahaastattelu, yksilöhaastattelu n. 1h. Sisältää teemat: alakouluikäisen lapsen ylipainon ja lihavuuden toteaminen ja puheeksi ottaminen, ylipainoisen lapsen ja perheen ohjaus, motivoiminen ja tukeminen sekä niissä onnistuminen, kokemukset ja näkemykset ylipainoisen lapsen hoidosta.</p>	
Tiedonkeruuna ajankohta 27.10.–5.11.2010	
Kohderyhmä Vaasan alakoulujen terveydenhoitajat	
Koko viisi (5) kouluterveydenhoitajaa	