

Palveluketjun kehittäminen painonhallintaryhmissä

Sari Helminen

Opinnäytetyö

Liikunnan ja vapaa-ajan koulutus-
ohjelma, monimuoto

2011



<p>Tekijä Sari Helminen</p>	<p>Ryhmä tai aloitusvuosi AMK09/aik</p>
<p>Opinnäytetyön nimi Palveluketjun kehittäminen painonhallintaryhmissä</p>	<p>Sivu- ja liitesivumäärä 40+4</p>
<p>Ohjaaja tai ohjaajat Liisa Kiviluoto</p>	
<p>Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää Tampereen liikuntapalvelujen painonhallintaryhmien lähtökohdat ja kehittää liikunnan palveluketjua painonhallintaryhmille.</p> <p>Syksyllä 2010 käynnistettiin kolme kuntosaliryhmää, jotka suunnattiin terveydenhuollon painonhallintaryhmille. Vuoden kestäviin ohjattuihin kuntosaliryhmiin asiakkaat ovat tulleet terveydenhuollon painonhallintaryhmistä tai jonkun muun terveydenhuollon ammattilaisen lähettämänä. Tutkimus syntyi tarpeesta selvittää, mistä terveydenhuollon eri alueilta asiakkaat tulevat ryhmiin mukaan. Jotta palveluketju olisi toimiva, liikunnanohjaajien on tärkeää tietää miten terveydenhuollon painonhallintaryhmät toimivat. Samansuuntaisen viestin vieminen asiakkaalle tukee hänen askel askeleelta toteutettua elämäntapamuutosta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin joulukuussa 2010 kyselemällä terveydenhoitajilta painonhallintaryhmien sisällöstä. Kyselyä syvennettiin haastattelulla helmikuun 2011 aikana. Painonhallintaryhmistä vastaavien terveydenhoitajien lisäksi tutkimukseen haastateltiin fysioterapeuttia, joka on mukana painonhallintaryhmien toiminnassa, antaa lihavuusleikattujen liikuntaneuvontaa sekä ohjaa ylipainoisten kuntosaliryhmiä.</p> <p>Terveydenhuollon kymmenen kerran painonhallintakurssit alkavat kaksi kertaa vuodessa, helmikuussa ja lokakuussa. Helmikuussa 2011 Tampereen kaupungin terveydenhuollossa käynnistyi 9 painonhallintaryhmää. Suurin osa ryhmäläisistä on ollut 50–70 -vuotiaita naisia. Ryhmiin valittaessa terveydelliset kriteerit ovat etusijalla, myös nuoret hakijat pyritään ottamaan mukaan. Painonhallintakurssin tavoitteena on, että asiakkaat saisivat eväät 5 %:n pysyvään painonpudotukseen. Keinoina käytetään rasvan saannin vähentämistä 30 %:iin kokonaisenergiasta, riittävän kuidun saamista sekä liikunnan lisäämistä yli 30 minuuttiin päivässä.</p> <p>Liikuntapalvelujen painonhallintaryhmiin asiakkaat tulevat terveydenhuollon painonhallintaryhmistä, fysioterapeutin ohjaamasta ylipainoisten kuntosaliryhmästä tai lihavuusleikattujen liikuntaneuvontaryhmästä. Ryhmään on ollut mahdollista tulla myös aikuisneuvolan yksilövastaa- nta- noton sekä avoterveydenhuollon fysioterapian kautta.</p> <p>Kehittämistyön tuotoksena valmistui palveluketjumalli liikuntapalvelujen painonhallintaryhmille.</p>	
<p>painonhallinta, laihdutus, palveluketjut, muutos</p>	

Degree programme

<p>Authors Sari Helminen</p>	<p>Group or year of entry AMK09/aik</p>
<p>The title of thesis The Service Chain Model Development For Weight Control Groups</p>	<p>Number of pages and appendices 40 + 4</p>
<p>Supervisors Liisa Kiviluoto</p>	
<p>The aim of this thesis was to determine a base of the weight control gym groups and to develop service chain model for the weight control groups for the city of Tampere.</p> <p>Three gym groups were started in August 2010, which were meant for weight control groups of a public health care service. The instructed gym group lasted one year and customers came from health service weight control groups or were sent by someone who worked in health care service. There was a need to clarify where the customers came from to the gym groups. In order to get service chain working well, it is important to know how weight control groups work in health care service. Similar communication from different sources supports the customer to change his lifestyle step by step.</p> <p>A questionnaire for this thesis was carried out in December 2010 by asking nurses about the description of program for weight control groups. The enquiry was elaborated by interviewing the nurses in February 2011. Additionally a physical therapist was interviewed. She was working for weight control groups, giving sport guidance to the obesity operated patients and instructing gym groups of overweight.</p> <p>Public health service weight control courses start twice a year, in February and October. 9 weight control groups started in February 2011. The majority of the group members have been women aged 50-70. Selection criteria to the group are health factors and age where young candidates are preferred. The goal of the course is to give advice on 5 % weight decrease. Used method is to reduce fat intake amount of total energy to 30 % a day, ensure adequate amount of fiber and increase physical activities to a minimum of 30 minutes a day.</p> <p>Participants to the weight control gym groups came from health service weight control groups, overweight gym groups or from after obesity operations. Some of participants came from an adult health clinic or physical therapy.</p> <p>The outcome of this thesis was a service chain model for weight control groups for Tampere City Sports Services.</p>	
<p>Key words weight control, slimming, service chain, lifestyle change</p>	

Sisältö

1	Johdanto.....	1
2	Lahduttaminen ja painonhallinta.....	2
2.1	Lihavuuden määritelmä.....	2
2.2	Lihavuuden aiheuttamat sairaudet ja niiden hoitaminen.....	5
2.3	Painon hallitseminen.....	6
3	Ruokavalio ja syömisen hallinta.....	8
3.1	Ateriarytmi.....	8
3.2	Ruokavalion koostumus.....	9
3.2.1	Rasvat.....	9
3.2.2	Hiilihydraatit.....	10
3.2.3	Proteiinit.....	10
3.3	Energiatiheys.....	11
3.4	Lautasmalli.....	11
3.5	Ruokapäiväkirja.....	12
4	Liikunnan merkitys lahduuttamisessa ja painonhallinnassa.....	13
4.1	Liikunnan terveysvaikutukset.....	14
4.2	Terveysliikuntasuositukset.....	14
5	Muutoksen tukeminen.....	16
5.1	Prochaskan muutosvaihemalli.....	16
6	Liikuntapalveluketju.....	19
6.1	Valtakunnalliset ja paikalliset kehittämishankkeet.....	19
6.2	Liikuntalisä -hanke.....	20
6.3	Lahti Liikkeelle -kehittämishanke.....	21
7	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat.....	23
8	Menetelmät.....	24
8.1	Kohdejoukon kuvaus.....	24
8.2	Tutkimusasetelma.....	24
8.3	Kehittämisvaiheet.....	25
9	Tutkimustulokset.....	27
9.1	Painonhallintakurssin sisältö.....	27
9.1.1	Painonhallintakurssin toteuttajat.....	27
9.1.2	Ravinto-ohjauksen mallit.....	28
9.1.3	Mitä asioita terveydenhoitajat kokivat tärkeinä?.....	28

9.2	Minkälainen on painonhallintaryhmän asiakas?	29
9.3	Kuka muu hyötyy liikuntapalvelujen painonhallintaryhmästä?.....	30
9.4	Missä asiakkaan on mahdollista jatkaa harjoittelua?	30
10	Pohdinta	31
10.1	Johtopäätökset	34
10.2	Kehittämisehdotukset	35
	Lähteet	37
	Liitteet	41

1 Johdanto

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä on tammikuussa 2011 päivitettyssä aikuisten lihavuuden käypähoito suosituksessa todennut, että lihavuuden hoidon tulee olla kiinteä osa terveydenhuollon toimintaa. Toteutuakseen lihavuuden hoito vaatii laihdutus- ja painonhallintaryhmien organisointia moniammatillisia palveluketjuja luomalla. Ensisijaisena hoitomuotona tulisi olla ryhmässä toteutettu suunnitelmallinen elintapaohjaus, joka sisältää ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon sekä liikuntaan sisältyvää ohjausta. Jo 5 %:n painon pysyvällä alenemisella on merkitystä lihavuuteen liittyvien sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä. (Käypä hoito -suositus 2011, 2.)

Syksyllä 2010 Tampereen kaupungin liikuntapalveluissa käynnistettiin kolme kuntosaliryhmää, jotka suunnattiin terveydenhuollon painonhallintaryhmille. Vuoden kestäviin ohjattuihin kuntosaliryhmiin asiakkaat ovat tulleet terveydenhuollon painonhallintaryhmistä tai jonkun muun terveydenhuollon ammattilaisen lähettämänä. Jotta palveluketju olisi toimiva, on tärkeää tietää miten terveydenhuollon painonhallintaryhmät toimivat. Minkälainen on painonhallintaryhmän asiakas ja mistä muualta terveydenhuollon puolelta asiakkaita mahdollisesti tulee ryhmiin mukaan?

Tutkimusmenetelmiksi valittiin painonhallintaryhmistä vastaaville terveydenhoitajille suunnattu kysely, jota syvennettiin haastattelulla. Lisäksi tutkimusta varten haastateltiin painonhallintaryhmissä sekä lihavuuden hoidossa mukana olevaa fysioterapeuttia. Kasvotusten tehty haastattelu on tärkeää myös palveluketjuysteistyön kehittämisen kannalta.

Tämän työn tarkoituksena on selvittää kuntosaliryhmiin tulevien asiakkaiden lähtökohdat sekä terveydenhuollon painonhallintakurssin sisältö. Mistä asiakkaat tulevat liikuntapalvelujen painonhallintaryhmiin ja mitä heille tarjotaan vuoden kestävä ohjatun kuntosaliryhmän jälkeen? Tutkimuksen tuotoksena kehitetään palveluketju liikuntapalvelujen painonhallintaryhmille.

Tutkimus on ajankohtainen ja työelämälähtöinen sekä toimii työvälineenä painonhallintaryhmiä ohjaaville liikunnanohjaajille.

2 Laihduttaminen ja painonhallinta

Painonhallinnan ohjauksessa on tärkeää erottaa toisistaan käsitteet laihduttaminen ja painonhallinta. Laihduttamisella tarkoitetaan nimensä mukaan ”painon pudotusta”. Painonhallinta tarkoittaa saavutetun painon pitämistä, laihdutustuloksen ylläpitoa. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 14.) Painonhallinta ei aina edellytä painonpudotusvaihetta eli laihduttamista. Myös lihominen ehkäisevää toimintaa voidaan kutsua painonhallinnaksi. (Ilander 2006, 359.)

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettaman työryhmän mukaan laihduttamiseen ja laihtumistuloksen säilyttämiseen eli painonhallintaan liittyy aina ohjaus käyttäytymisen muutokseen. Muutos vaatii luopumista vanhoista tottumuksista tai niiden muokkaamisen sekä uusien tapojen omaksumisen. Muutoksessa tärkeintä on asiakkaan motivaatio elintapojen muuttamiseen. (Käypä hoito -suositus 2011, 10.)

Syömisen hallinta on painonhallinnan kulmakivi. Painonhallinnassa keskeinen tavoite on vähentää ruoasta ja juomasta saatua energiamäärää. Ruuan energiapitoisuutta voidaan pienentää vähentämällä ruoan rasvaa, lisäämällä kasvisten, hedelmien tai marjojen käyttöä sekä lisäämällä kuitupitoisia tuotteita esimerkiksi kokojyvätuotteita. Päinvastoin kuin monet laihduttajat luulevat, syömällä voi laihtua – säännöllinen ruokailu auttaa niin laihduttamisessa kuin painonhallinnassa ehkäisten ahmimistaipumusta ja pitäen vireystason hyvänä. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 61–62, 83–84; Mustajoki 2007, 167.)

2.1 Lihavuuden määritelmä

Lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen ylimäärää. Normaalipainoisella aikuisella naisella rasvan osuus kehon painosta on noin 25 % ja miehellä noin 15 %. Lihavuudesta puhutaan silloin, kun rasvamäärä suurenee yli normaalin. Lihavuuden astetta voidaan arvioida eri tavoin esimerkiksi mittaamalla kehon rasvaprosenttia joko ihopoimiumittauksella tai bioimpedanssin avulla. Yleisin käytetty lihavuuden mittari on kehon painoindeksin määrittäminen. Kehon painoindeksi on suhteellisen painon mittari, jolla on vahva yhteys rasvakudoksen määrään. Se ei erota turvotusten ja epätavallisen suuren lihasmassan aiheuttamaa liikapainoa, jotka voidaan todeta kliinisessä tutkimuksessa. Painoindeksi saadaan jakamalla paino pituuden neliöllä (paino: pituus²). (Fogelholm & Kaukua 2005, 423–424.) Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt ihannepainoksi painoindeksin 18,5–24,9 välille (Fogelholm 2005, 84).

Suomessa ikääntyneille on määritelty suositeltavaksi painoindeksialueeksi 24–29 kg/m². Suosituksen mukaan yli 60-vuotiailla liikapainoa voidaan pienentää useita kiloja elintapahoidolla. Elintapahoito sisältää ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta. Ikääntyneillä lihavuuden hoitoa suositellaan vain silloin, jos laihtumisella arvioidaan olevan terveyteen ja toimintakykyyn myönteinen vaikutus, eikä siitä ole odotettavissa terveystriskejä. Tällaisia riskejä ovat esimerkiksi lihaskudoksen menetys tai luukato. (Käypä hoito-suositus 2011, 16; Karinkanta 2009, 6–7.)

Karinkanta (2009, 6) toteaa myös, että lihavuudella on vaikutus ikääntyneiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Ikääntyessä fyysinen toimintakyky heikkenee lihasmassan vähetessä, lihasvoiman heikentyessä ja nivelvaivojen lisääntyessä. Tutkimusten mukaan lihavuus näyttää kiihdyttävän ikääntymiseen liittyvää toiminta- ja liikkumiskyvyn heikkenemistä. Puhutaan hauraus-raihnaus -oireyhtymästä, josta käytetään myös lyhennettä HRO.

Taulukko 1. Painoindeksin viitealueet aikuisilla, kg/m² (Fogelholm & Kaukua 2005, 424)

< 18,5	Ihannetta pienempi paino, sairastuvuusriski suurentunut
18,5–24,9	Ihannepaino, ei terveydellistä syytä laihduttamiseen
25,0–29,9	Lievä lihavuus (liikapaino), sairastuvuusriski suurentunut
30,0–34,9	Merkittävä lihavuus, sairastuvuusriski selvästi suurentunut, tavallista suurempi kuolleisuusriski
35,0–39,9	Vaikea lihavuus, riskit ovat merkittävää lihavuutta suuremmat
>40	Sairaalloinen lihavuus, terveydelliset riskit ovat suuret ja liikapaino vaikeuttaa monin tavoin elämää. Huomattava äkkikuoleman vaara.

Kansallisen Finriski-terveystutkimuksen (Peltonen, Harald, Männistö, Saarikoski, Peltomäki, Lund, Sundvall, Juolevi, Laatikainen, Aldén-Nieminen, Luoto, Jousilahti, Salomaa, Taimi & Vartiainen 2008, 11, 19) mukaan vuonna 2007 suomalaisista 25–74-vuotiaista miehistä 34 % ja naisista 47 % oli normaalipainoisia (BMI alle 25 kg/m²). Miesten painoindeksin keskiarvo oli tutkimuksen mukaan 27,0 kg/m² ja naisten 26,5 kg/m². Merkittävästi lihavia (painoindeksi yli 30 kg/m²) oli miehistä 19 % ja naisista 21 %.

Aikuisilla lihavuus lisääntyy iän myötä. Lihavuus on yleisintä keski-ikäisillä (55–64 -vuotiailla) miehillä sekä yli 65-vuotiailla naisilla, jonka jälkeen se vähenee. Naisilla merkittävää ja vaikeaa lihavuutta on enemmän kuin miehillä. Myös koulutuksella on merkitystä naisten lihavuuteen.

Lihominen on yleistä huonommin koulutettujen naisten keskuudessa. Miehillä koulutuksen yhteyttä lihavuuteen ei ole tutkimuksissa todettu. Tulevaisuudessa aikuisten lihavuuden ehkäisy ja hoito tulee olemaan entistä vaikeampaa. (Fogelholm & Kaukua 2005, 425.) Fogelholm (2005, 86) toteaa, että lasten ylipaino on 25 vuoden aikana kaksinkertaistunut, joissakin ikäryhmissä jopa kolminkertaistunut.

Ihmisillä on erilaiset lähtökohdat säädellä omaa energiatasapainoaan. Perimä selittää noin kolmanneksen ihmisten välisestä lihavuuden vaihtelusta. Tämä näkyy tavallista pienempänä energiankulutuksena tai mieltymyksenä rasvaiseen ruokaan. Samoilla elintavoilla toiset lihovat helpommin kuin toiset. Ei ole löydetty yhtä ainoaa geeniä, joka selittäisi lihavuuden. Tällä hetkellä uskotaan, että lihavuudelle altistavat useammat geenit yhdessä. Suurin lihavuuteen vaikuttava tekijä on ympäristö eli ihmisen elintavat, jotka selittävät lihavuuden vaihtelusta kaksi kolmasosaa. (Fogelholm 2003, 52.)

Rasvakudoksen määrän lisäksi sen jakautumisella on merkitystä. Miehillä keskivartalolihavuus ”omena” on yleinen, mutta sitä esiintyy myös naisilla. Toinen lihavuustyyppi ”päärynä” eli alavartalolihavuus on yleisempi naisilla. Vatsaonteloon ja sisäelimiin kertynyt rasvakudos on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa ja siten terveydelle haitallisempaa kuin lantiolle ja reisiin kertyvä ihonalaisrasva. Keskivartalolihavuuteen liittyviä sairauksia ovat sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt sekä kohonnut verenpaine. Vyötärön ympärysmittalla voidaan määrittellä riskiä sairastua edellä mainittuihin sairauksiin. Mittaus tapahtuu seisten alimman kylkiluun ja suoliluun harjun puolivälistä ja sen tulkinta ei ole pituudesta riippuvainen. (Fogelholm & Kaukua 2005, 424.)

Taulukko 2. Suomessa käytössä olevat vyötärön ympärysmittan riskirajat (Fogelholm & Kaukua 2005, 424)

	Miehet	Naiset
ei lihavuuteen liittyviä terveysvaaroja	< 90	< 80
lievästi suurentunut sairausvaara	90 - 99	80 - 89
selvästi suurentunut sairausvaara	>100	>90

2.2 Lihavuuden aiheuttamat sairaudet ja niiden hoitaminen

Lihavuus aiheuttaa runsaasti sairauksia, joita voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa laihduttamalla. Lihavuuden liitännäissairauksia ovat muun muassa tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, sappikivet, lonkan ja polven nivelrikot, syöpäsairaudet sekä uniapnea. Lihavuuden hoito tähtää edellä mainittujen sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Terveydenhuollossa lihavuutta tulee hoitaa aktiivisesti – jo silloin kun sitä ei vielä luokitella vaikeaksi eikä se ole aiheuttanut lisäsairauksia. Terveystyönsä saavuttaminen ei edellytä ihannepainon saavuttamista, vaan jo viiden prosentin painonpudotuksella on terveyttä edistäviä vaikutuksia. (Ilander 2006, 339; Käypä hoito -suositus 2011, 5–7.)

Suomessa on noin 300 000 diabeetikkoa, joista valtaosa sairastaa tyypin 2 diabetesta. Diabeteksessa verensokeri on paastotilassa pysyvästi kohonnut. Diabeteksen esiasteeksi sanotaan insuliiniresistenssiä eli tilaa, jossa verensokeri laskee hitaasti häiriintyneen sokeriaineenvaihdunnan vuoksi. (Mustajoki 2007, 93.) On arvioitu, että tyypin 2 diabetes tulee tulevaisuudessa olemaan yhä kasvava terveysongelma. Tämä johtuu suurelta osin lisääntyvästä lihavuudesta sekä liikkumattomuudesta. Tyypin 2 diabetekselle on tunnusomaista insuliiniresistenssi eli insuliinin heikentynyt vaikutus kudoksissa sekä haiman heikentynyt insuliinieritys. Maksan liiallinen sokerituotanto sekä lihas- ja rasvakudoksen heikentynyt herkkyys insuliinille vaikuttavat tyypin 2 diabeetikon sokeritasapainoon. (Eriksson 2005, 438–439.)

Metabolisessa oireyhtymässä vyötärölihavuuteen liittyvät aineenvaihdunnan muutokset aiheuttavat samalle henkilölle useita häiriöitä yhtä aikaa. Eniten häiriöitä todetaan sokeriaineenvaihdunnassa, verenpaineessa ja veren rasvoissa. Metabolisesta oireyhtymästä puhutaan silloin, kun vyötärölihavuuden lisäksi todetaan häiriöitä vähintään kahdessa edellä mainituista asioista. Oireyhtymään liittyvät muutokset lisäävät vaaraa sairastua valtimotautiin, jonka seurauksena saattaa olla sydäninfarkti tai aivoverenkiertohäiriöt. (Mustajoki 2007, 95–96.)

Lihavuuden hoidon tarkoituksena on ehkäistä ja hoitaa lihavuuteen liittyviä tai lihavuudesta johtuvia sairauksia. Tavoitteena on myös parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua. Lihavuuden hoidon keskeinen osa on elintapaohjaus, joka keskittyy laihdutusta ja terveyttä tukeviin ruokailu- ja liikuntotottumuksiin. Lihavuuden hoidossa voidaan käyttää myös erittäin niukkaenergiasta ruokavaliota (ENE), lääkitystä tai leikkaushoitoa. (Käypä hoito -suositus 2011, 7).

Erittäin niukkaenergisellä dieetillä (ENED) tarkoitetaan ruokavaliota, joka sisältää hyvin vähän energiaa, mutta kuitenkin riittävästi hyvänlaatuista proteiinia, välttämättömiä rasva-

happoja, vitamiineja sekä hivenaineita. Tavoitteena on päivittäisen energian saannin pitäminen 800 kcal:ssa ENE-valmisteita (esim. Nutrillett) nauttimalla. Dieetin käytön alarajana on painoindeksi 30. Sitä käytetään yhdessä elintapahoidon kanssa ja terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksessa yhtäjaksoisesti yleensä 6–12 viikkoa. Dieetin aluksi asiakas laihtuu 1,5–2,5 kg viikossa, mutta loppua kohden laihduminen hidastuu. ENE-ruokavaliolla saavutettu nopea laihduminen saattaa korjata tyypin 2 diabeteksen tasapainoa paremmin kuin vähäenergisellä ruokavaliolla laihduttaminen. (Mustajoki 1998, 120–122; Mustajoki 2007, 133–135.)

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettaman työryhmän (Käypä hoito -suositus 2011, 16–20) mukaan orlistaatti on tällä hetkellä ainoa lihavuuden hoitoon Suomessa tarkoitettu lääke. Lääkkeen tarkoitus on estää haiman lipaasientsyymien toimintaa, jolloin noin 30 % rasvasta jää imeytymättä. Lääkitys ei kuitenkaan ole ensisijainen hoitomenetelmä, vaan sitä käytetään ruoka- ja liikuntatottumusten muutosten tukena (Mustajoki 2007, 197). Leikkausmenetelmistä Suomessa yleisin on mahalaukun ohi-tusleikkaus (Mustajoki 2007, 200).

2.3 Painon hallitseminen

Painonhallinnan kulmakivet ovat järkevä ruoka, syömisen hallinta ja riittävä liikkuminen, joista ruokavalion energiatiheys sekä nälän ja kylläisyyden hallinta nousevat tärkeimmiksi (Fogelholm & Borg 2004, 190). Liikunnan vaikutus painonpudotukseen ilman panostusta järkevään ruokavaliioon on vaatimaton. Terveyttä edistävän, kohtuullisesti rasittavan fyysisen aktiivisuuden vähimmäismääränä pidetään 500 kcal:n energiankulutusta viikossa. Tämä saavutetaan kävelemällä yhteensä 2,5–3 tuntia viikon aikana. Päivittäisen kokonaisenergiankulutuksen kannalta suositeltava aktiivisuus on 2 000 kcal viikossa, joka tarkoittaa kohtuullisen rasittavaa arkiaktiivisuutta noin tunnin verran päivässä tai reipasta kuntoliikuntaa 3–4 tuntia viikossa. Tällöin laihduminen on laadullisesti hyvää, sillä lähes kaikki menetetty paino on rasvakudosta. (Fogelholm & Rissanen 1998, 98; Fogelholm & Borg 2004, 204–205.)

Taulukko 3. Painonhallinnan tehostaminen ravitsemuksen ja liikunnan avulla (Fogelholm & Borg 2004, 198)

Elintapamuutoksen tavoite	Toteutus
Pienennä ruokavalion energiatihelyttä.	Syö runsaasti vihanneksia, hedelmiä ja marjoja. Vähennä selvästi kovan rasvan käyttöä, mutta säilytä pehmeä rasva. Rasvan kokonaisuannin tavoite on 25–30 E %.
Säilytä proteiinien saanti (15–20 E %).	Syö vähärasvaisia ja rasvattomia maito-, liha-, kala- ja kanatuotteita.
Älä syö vahingossa liikaa.	Tarkkaile annoskokoja – älä anna erikoistarjousten ja pakkauskokojen suurentumisen johdattaa harhaan.
Opettele syömisen hallintaa.	Syö säännöllisesti ja riittävän usein. Tunnistane riskitilanteet, joissa helpoiten syöt liikaa. Opettele keinoja selviytymään tilanteista niin, että liikasyöminen tulee parempaan hallintaan.
Lisää energiankulutusta riittävästä fyysisellä aktiivisuudella.	Harrasta 3–4 tuntia viikossa kävelyä tai muuta kohtuullisella teholla tapahtuvaa liikuntaa ja 2–3 tuntia viikossa reipasta pyöräilyä, hölkää, lihaskuntoharjoittelua tms. Vaihtoehtoisesti vähemmän kovaa liikuntaa, yhteensä 6–7 tuntia viikossa kävelyn teholla tapahtuvaa arkiaktiivisuutta.

3 Ruokavalio ja syömisen hallinta

Terveellisen ruokavalion periaatteina voidaan pitää monipuolisuutta ja kohtuullisuutta. Valitsemalla vaihtelevasti erilaisia ruoka-aineita voidaan turvata välttämättömien ravintoaineiden saanti. (Pethman & Ilander 2006, 20–21.)

Normaalipainon ja energian ylläpitämiseksi energian saannin tulisi olla kulutukseen nähden tasapainossa. Ihminen tarvitsee energiaa perusaineenvaihduntaan, ruuan aiheuttamaan lämmöntuottoon sekä liikkumiseen. Suurin osa energian kulutuksesta, aikuisilla 60–80 %, kuluu perusaineenvaihduntaan. Perusaineenvaihdunnalla tarkoitetaan välttämättömien elintoimintojen tarvitsemää energiaa levossa. Sen suuruuteen vaikuttaa eniten rasvattoman kudoksen, lihasmassan, määrä. Lihasmassan määrän lisäksi vaikuttavia tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, perintötekijät, hormonit sekä fyysinen kunto. Ruuan aiheuttaman lämmöntuoton osuus energian kulutuksesta on noin 10 % ja liikunnan osuus keskimäärin 15–30 %. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 10; Ilander 2006, 37.)

Normaalipainoisen aikuisen perusaineenvaihdunnan energiankulutus on noin 1 kcal/kg tunnissa. 60-kiloisella henkilöllä kulutus on noin 1 400 kcal ja 80-kiloisella noin 1 900 kcal vuorokaudessa.

Yhden kilon laihduttamiseen tarvitaan noin 7 000 kcal:n energiavajaus eli 1 000 kcal:n energiavajaus päivittäin johtaa kilon laihtumiseen viikossa. Laihduttamisessa pyritään vähentämään päivittäistä energiansaantia 500–1 000 kcal:a päivässä pienillä elintavan muutoksilla. Pienet muutokset elintavoissa ovat pysyvämpiä kuin suuret. Energiansaantia pienennetään vähentämällä ruuasta ja juomasta saatua energiamäärää. Rasvan vähentämisellä päivittäisestä ruokavaliosta on tärkeä merkitys energiansaannin vähentämisessä. Ruokavalioon perustuvalla ohjauksella saavutetaan keskimäärin 5–6 %:n laihtuminen vuoden aikana. (Fogelholm & Kaukua 2005, 429–431.)

3.1 Ateriarytmi

Ateria-ajat ja tottumukset ovat kulttuurisidonnaisia. Säännöllinen ateriarytmi on terveyden kannalta suositeltavaa. Päivittäin on hyvä syödä säännöllisin väliajoin terveellinen ateria: ainakin aamupala, lounas ja päivällinen sekä tarvittaessa 1–2 välipalaa. Aterioinnin säännöllisyys pitää veren glukoosipitoisuuden tasaisempana, ehkäisee jatkuvaa napostelua sekä auttaa painonhallinnassa. Laihdutusvaiheen aikana ruokavalioidon tavoitteena on motivoida ja opastaa tekemään terveyden kannalta suotuisia muutoksia, joiden seurauksena energian

saanti vähenee ja paino pienenee. Yleisesti suositellaan 0,5–1 kg:n laihtumisnopeutta viikossa, mikä tarkoittaa 500–1 000 kcal:n energiavajausta päivittäin. (Käypä hoito -suositus 2011, 11.)

Painonhallintavaiheessa tavoitteena on syödä energiankulutusta vastaava määrä ruokaa. Silloin saavutetusta laihtumistuloksesta tulee pysyvää. Rasvan saannin rajoittaminen, riittävä proteiinien saanti sekä kuitupitoisten ruoka-aineiden lisääminen ovat painonhallinnan ruokavalion kulmakivet. (Mustajoki 2007, 167–168.)

3.2 Ruokavalion koostumus

Terveellinen painonhallinnan ruokavalio tulisi sisältää energiaravintoaineita tasapainoisessa suhteessa seuraavasti: rasvaa 25–35 E % (osuus energian kokonaissaannista), hiilihydraatteja 40–60 E % ja proteiineja 15–25 E %. Rasvoista enintään 10 E % tulisi olla tyydyttyneitä eli kovaa rasvaa ja sen tulisi sisältää riittävä määrä välttämättömiä rasvahappoja. Hiilihydraateista valtaosan tulisi olla kuitupitoisia hiilihydraatteja: kasviksia, hedelmiä, marjoja sekä täysjyväviljaa. Kuitupitoisuus lisää kylläisyyden tunnetta ja vähentää nälän tunnetta. Proteiini edistää laihtumista ja helpottaa painonhallintaa pitämällä hyvin yllä kylläisyyden tunnetta sekä lisäämällä aterian jälkeistä lämmöntuottoa. (Käypä hoito -suositus 2011, 12–13.)

3.2.1 Rasvat

Rasvojen pääasiallinen tehtävä on toimia energialähteenä ja -varastona. Rasvojen energiatiheys on suuri eli ne tuottavat painoyksikköä kohden yli kaksi kertaa enemmän energiaa kuin hiilihydraatit. Ruoan sisältämien rasvojen mukana elimistöön kulkeutuu tärkeitä rasvaliukoisia vitamiineja, joita hyvin vähärasvaisesta ruokavaliosta on vaikea saada riittävästi. Rasvaliukoisiin vitamiineihin luetaan A-, D-, E- ja K-vitamiini. (Marniemi & Ilander 2006, 97.)

Eri ruoka-aineiden rasvat sisältävät tyydyttyneitä ja tyydyttymättömiä rasvahappoja. Tyydyttyneitä rasvahappoja saadaan erityisesti eläinperäisistä ruoka-aineista. Myös palmuöljyssä, kaakaovoissa ja kookosvalmisteissa on paljon tyydyttyneitä rasvaa. Rasvojen saannin tulisi painottua tyydyttymättömiin rasvahappoihin, jotka voidaan jakaa kerta- ja monitydyttymättömiin. Tyydyttymättömät rasvahapot ovat elimistölle välttämättömiä ja niiden pääasialliset lähteet ovat kasviöljyt, pähkinät, siemenet ja kala. (Marniemi & Ilander 2006, 97–99.)

Painonhallinnan kannalta molemmat rasvatyytit ovat samanarvoisia, sillä kaikki rasva sisältää saman määrän energiaa. Ruoan rasvaa vähentämällä on mahdollista vähentää päivittäistä ener-

giansaantia huomattavasti. Terveyden kannalta kasvikunnan tuotteista peräisin olevat tyydyttymättömät rasvat ovat elimistölle välttämättömiä. (Mustajoki 2007, 140–142.)

3.2.2 Hiilihydraatit

Hiilihydraatit voidaan jakaa kahteen ryhmään: nopeisiin ja kuitupitoisiin hiilihydraatteihin. Nopeat ”yksinkertaiset” hiilihydraatit sisältävät sokereita ja tärkkelystä. Sokereista tärkeimmät ovat glukoosi eli rypälesokeri, fruktoosi eli hedelmäsuokeri sekä galaktoosi. Glukoosin ja fruktoosin pääasiallisia lähteitä ovat hedelmät, marjat ja mehut. Tärkkelys koostuu glukoosin muodostamista pitkistä ketjuista, jonka ruoansulatusentsyymit hajottavat suolistossa elimistöön imeytyväksi sokeriksi. Kuitupitoisissa hiilihydraateissa on tärkkelyksen ohella runsaasti kuitua. Kuidun ansiosta hiilihydraatti hajoaa suolessa hitaasti ja vapautunut sokeri siirtyy hitaammin verenkiertoon. (Marniemi & Ilander 2006, 61; Mustajoki 2007, 142–143.)

Ravintokuidut voidaan jakaa liukoisiin ja liukenemattomiin kuituihin. Liukoiset kuidut aiheuttavat kylläisyyden tunnetta hidastamalla mahan tyhjenemistä ja turpoavat sitoessaan vettä. Liukoiset ravintokuidut pienentävät veren LDL-kolesteroli- ja triglyseriditasoja. Liukoisia kuituja sisältävät kaura, ohra, hedelmät, marjat ja palkokasvit. Liukenemattomien kuitujen lähteitä ovat vehnä, ruis, kasvokset ja juurekset. Liukenemattomat kuidut hidastavat tärkkelyksen pilkkoutumista ja glukoosin imeytymistä, suurentavat ulostemassaa sekä nopeuttavat massan kulkeutumista suoliston läpi. (Marniemi & Ilander 2006, 65.)

Ravinnossa hiilihydraatit ja rasvat ovat yleensä käänteisessä suhteessa toisiinsa. Onnistuneen laihdutuksen ja painonhallinnan kannalta tämä tarkoittaa rasvan vähentämistä hiilihydraattien käyttöä lisäten. Erityisesti kuitupitoisilla hiilihydraateilla on hitaasti imeytyvinä kylläisyyttä aiheuttava vaikutus. Lisäksi suositellaan mahdollisimman vähän jalostettuja ruokia, kuten kasvisia, marjoja, hedelmiä sekä täysjyväviljatuotteita. (Ilander 2006, 350.)

3.2.3 Proteiinit

Proteiinit eli valkuaisaineet koostuvat aminohapoista. Proteiinit säätelevät aineenvaihdunnan kemiallisia reaktioita, toimivat hormoneina sekä muodostavat monia elimistön rakenteita esimerkiksi lihaksissa, jänteissä, luustossa ja ihossa. Ruoka-aineen proteiinipitoisuus ja aminohappokoostumus määrittelevät proteiininlähteen merkityksen. Täydellisessä proteiinissa on ihmiselle välttämättömiä aminohappoja sopivassa suhteessa. Tällaisia elintarvikkeita ovat eläinperäiset proteiininlähteet kuten kananmuna, liha, kala ja maitovalmisteet. Eläinkunnan proteiineista

laadultaan huonompiin kuuluu sidekudosproteiini eli kollageeni, jota on esimerkiksi makkaroidissa ja edullisissa jauhelihoissa. (Ilander 2006, 80–83; Mustajoki 2007, 30–31.)

Kasvikunnan proteiineista paras aminohappokoostumus on soijaproteiineilla. Runsaasti proteiinia sisältävät myös palkokasvit, pähkinät ja täysjyvävilja. Yhdistelemällä eri kasvikunnan tuotteita voidaan kasvisruokavaliostakin saada aminohappokoostumukseltaan hyvä kokonaisuus. Tämä toteutetaan esimerkiksi syömällä viljaa ja palkokasveja samalla aterialla. (Ilander 2006, 84.)

Proteiinipitoisesta ruokavaliosta on hyötyä painonpudotuksessa. Proteiinipitoinen ruoka säilyttää kylläisyyden paremmin kuin hiilihydraatit ja rasva. (Mustajoki 2007, 42.) Lisäksi proteiinin aineenvaihdunta kuluttaa energiaa muita energiaravintoaineita enemmän. Tärkein merkitys proteiiniin saannilla painonpudotuksessa on sen lihasmassan menetystä ehkäisevä vaikutus. (Ilander 2006, 348–349.)

3.3 Energiatiheys

Kun painonpudotus ruokavaliota koostetaan ruoasta, jonka energiatiheys on pieni, voidaan saada kylläisyyden tunne pienellä energiansaannilla. Energiatiheydellä tarkoitetaan ruoan energiasisältöä paino- tai tilavuusyksikköä kohti, esimerkiksi kcal/100g tai kcal/dl. Vesipitoisilla elintarvikkeilla on matala energiatiheys, kuivissa elintarvikkeissa energiatiheys on yleensä suuri. Rasva on ravintoaineista energiapitoisin (9 kcal/g, hiilihydraatit ja proteiinit 4 kcal/g) ja siten rasvaisessa ruoassa on myös suuri energiatiheys. Kuitu on imeytymätöntä, eikä siitä saada energiaa. Mitä enemmän ruoassa on kuitua, sitä pienempi on sen energiatiheys. Yksi keino vähentää ruoan energiatiheyttä on ilman lisääminen ruokaan. Se kuohkeuttaa annosta ja vähentää sen sisältämää energiaa, ollen silti yhtä täyttävää. (Ilander 2006, 345–346.)

3.4 Lautasmalli

Ateriakokonaisuuden koostamisessa lautasmallia voidaan pitää hyvänä ohjeena. Mallissa puolet lautasesta täytetään kasviksilla, esimerkiksi raasteilla, salaateilla tai lämpimällä kasvislisäkkeellä. Noin neljännes on tarkoitettu perunalle, riisille, pastalle tai muulle hiilihydraatin lähteelle. Viimeinen neljännes jää kala- liha tai munaruualle tai vaihtoehtoisesti jollekin muulle proteiinin lähteelle. Ruokajuomana paras vaihtoehto on rasvaton maito, piimä tai vesi. Lisäksi täysipainoiseen ateriaan kuluu mieluiten runsaskuituista täysjyväleipää, jonka

päällä on pehmeää kasvirasvavalevitettä. Jälkiruoaksi on hyvä valita marjoja tai hedelmiä. (Pethman & Ilander 2006, 23.)

Vuonna 2000 Sydänliitto ja Diabetesliitto käynnistivät Raha-automaattiyhdistyksen tuella Sydänmerkki-järjestelmän. Sydänmerkin on tarkoitus kertoa kuluttajalle, että merkitty tuote on tuoteryhmässään rasvan ja suolan kannalta ravitsemuksellisesti parempi valinta. Sydänmerkin myöntämisperusteena on kokonaisrasva ja rasvan laatu eli kovan rasvan ja pehmeän rasvan suhde, natrium, kolesteroli ja kuitu. Leipä ja viljavalmisteissa voidaan runsaskuituisissa tuotteissa käyttää Sydän- ja kuitumerkkiä. (Tyypin 2 ehkäisyohjelma 2003, 22–23.)

3.5 Ruokapäiväkirja

Ruokapäiväkirjan pitäminen laihduttamisen ja painonhallinnan apuna helpottaa hahmottamaan päivittäistä energiansaantia. Ruokapäiväkirjan pitämiseen riittää pieni vihko, johon syöty ruokannos kirjataan ylös välittömästi ruokailun päättymisen jälkeen. Ruokapäiväkirjasta tulee löytyä syöty ruoka, annoskoko, kellonaika sekä ruokailuhetken mieliala. Päiväkirjan pitämiseen riittää muutama päivä ja oman ruokavalion arviointia varten voi hyödyntää Internetin sähköisiä ruokapäiväkirjapalveluita, joista osa on ilmaisia. (Manninen, Holmala & Borg 2004, 77–80.)

Mustajoki (2007, 37) toteaa, että ruokapäiväkirjojen pitäminen on epäluotettava energiansaannin mittari. Ongelmia aiheuttaa ruokamäärien arviointi ilman tarkkoja punnituksia. Lisäksi henkilöt saattavat ruokapäiväkirjaa pitäessään syödä tavallista vähemmän ja terveellisemmin. Osalla ihmisistä saattaa lisäksi esiintyä tiedostamatonta piilosyömistä, jota ei huomata lainkaan. Mustajoki suosittelee haastattelua ruokatottumusten kartoittamisessa.

4 Liikunnan merkitys laihduttamisessa ja painonhallinnassa

Liikapainoisten kestävyyskunto ja painoon suhteutettu lihaskunto ovat yleensä huonompia kuin väestöllä keskimäärin. Rungas liikapaino myös vaikeuttaa monien liikuntamuotojen harrastamista. Silloin kun tavoitteena on laihtua enemmän kuin 2–3 kg, tarvitaan ruokavali-
on muuttamista. Painonpudotuksen jälkeen liikunnan avulla ylläpidetään laihduttamistulos-
ta. (Fogelholm & Kaukua 2005, 427–437.) Liikunnan merkitys onkin suurempi painonhal-
linnassa kuin laihduttamisessa (Ilander 2006, 359; Mustajoki 2007, 180).

Niskanen ja Heinonen (2011) ovat todenneet, että liikunta on laihdutusmenetelmistä ainoa, joka pystyy samanaikaisesti vähentämään rasvakudosta ja lisäämään lihasmassaa. Vaikka paino ei putoaisikaan, tapahtuu kehon koostumuksessa terveydelle suotuisia vaikutuksia.

Painoindeksin ollessa yli 35, on järkevintä tavoitella 10–20 kg:n painonpudotusta ennen varsinaisen liikuntaharrastuksen aloittamista. Tällöin keskitytään pääasiassa ruoan määrään ja laatuun sekä arkiliikunnan lisäämiseen. (Niskanen & Heinonen, 2009.) Mustajoki (2007, 180) toteaa, että painonhallinnassa kymmenen minuutin pätkissä liikkuminen on yhtä tehokasta kuin yhtäjaksoinen liikunta. Hyötyliikunnan ja arkiliikunnan lisääminen saattaa pitkällä tähtäimellä toimia painonhallinnan apuna jopa paremmin kuin vapaa-ajan liikunta. Liikun-
nan terveysvaikutukset tulevat esiin kuitenkin vasta ripeää kävelyä vastaavan kuormituksen ja vähintään 8–10 minuuttia kestävien jaksojen tuloksena (Fogelholm, Kaukua 2005, 428).

Painonpudotusta edistää parhaiten liikunta, joka aiheuttaa suuren energiankulutuksen. Täl-
laisia lajeja ovat muun muassa hiihto, kävely, hölkkä, uinti ja pyöräily. Lisäksi lihasvoimahar-
joittelulla on edullisia vaikutuksia kehon koostumukseen lihaskudoksen eli rasvattoman ku-
doksen osuutta suurentamalla ja rasvakudoksen osuutta pienentämällä. (Käypä hoito-
suositus 2011, 14; Ilander 2006, 355.) Hyvä laihdutuksen laatu tarkoittaa ylimääräisen pai-
non ja rasvamassan vähentämistä ilman, että lihasmassaa menetetään samalla kohtuuttomas-
ti. Tämä saavutetaan parhaiten maltillisella puolen kilon painonpudotuksella viikossa. Muita
lihasmassan säästämiseen vaikuttavia tekijöitä ovat riittävä proteiinin saanti, tasainen ate-
riarytmi ja jojo-laihduttamisen välttäminen. (Borg 2009, 7–8.)

Paitsi diabeteksen hoidossa liikunta on tärkeä myös metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2
diabeteksen ennaltaehkäisyssä. Metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseen ja hoitoon liikunnal-
la suositellaan ensisijaisesti aerobista kuormittavuudeltaan kohtalaista tai rasittavaa liikuntaa.
Jotta liikunta olisi riittävää, sen tulisi toistua useampina päivinä viikossa ja kestää noin tunti
päivää kohti. Lisäksi suositellaan suurten lihasryhmien harjoittamista kohtalaisilla kuormilla
ja suurilla toistomäärillä vähintään kahdesti viikossa. Lihaskuntoharjoittelun tavoitteena on

lihasten voiman ja massan säilyttäminen, insuliiniresistenssin väheneminen ja glukoosiaineenvaihdunnan parantaminen. (Vuori 2005, 458.)

Eriksson (2005, 445) on liikunnan merkityksestä tyypin 2 diabeteksen hoidossa todennut, että aerobinen kestävyysliikunta ja voimaharjoittelu ovat suositeltavia liikuntamuotoja. Liikuntamuoto, joka lisää lihasmassaa sekä lihasten verenkiertoa on hyödyllinen tyypin 2 diabeteksen hoidossa.

4.1 Liikunnan terveystvaikutukset

Fyysinen aktiivisuus auttaa ehkäisemään monia sairauksia ja vaivoja, mm. sydän- ja verisuonitauteja, tyypin 2 diabetesta, kohonnutta verenpainetta sekä eräitä syöpiä ja osteoporoosia. Liikuntaa harrastamattomalla on kaksi kertaa suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitautteihin kuin fyysisesti aktiivisilla henkilöillä. Säännöllisellä liikunnalla on suotuisa vaikutus insuliinherkkyyteen ja riskiin sairastua tyypin 2 diabetekseen. Eniten säännöllisestä liikkumisesta näytävät hyötyvän henkilöt, joiden sairastumisriski tyypin 2 diabetekseen on suurin. Fyysisellä aktiivisuudella on vaikutuksia kehon koostumukseen sekä aineenvaihduntaan. Lihasmassan lisääminen nostaa perusaineenvaihdunnan tasoa ja säännöllisellä liikunnalla on tärkeä merkitys painon pitkäaikaisessa säätelyssä. Liikunta on tärkeää myös ylipainoisille henkilöille. Hyvän fyysisen kunnan omaavilla henkilöillä on pienempi riski sairastua lihavuuden aiheuttamiin sairauksiin kuin passiivisilla. Liikunta vaikuttaa myös positiivisesti itsetuntoon ja henkiseen hyvinvointiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 42–43.)

4.2 Terveysliikuntasuositukset

Terveysliikunta on liikuntaa, jonka tuottaa terveyttä hyvällä hyötysuhteella ja vähäisin vaaroin. Näitä terveystvaikutuksia ovat mm. valtimotaudin, kohonneen verenpaineen ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisy sekä mielialaa kohentava vaikutus. UKK-instituutin liikuntapiirakka on kehitetty erityisesti liikuntaneuvontaa varten hahmottamaan terveystvaikutukset. Terveystvaikutuksen tulee olla säännöllistä ja kohtuukuormitteista. Liikuntapiirakan ulkokehä antaa suositukset hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnan harjoittamiseen. Sisäkehä suosittaa lihaskuntaa ja liikehallintaa kehittävää harjoittelua kaksi kertaa viikossa. Terveystvaikutuksen suositeltavat määrät ovat päivittäisen ns. välttämättömän liikkumisen lisäksi tulevaa aktiivisuutta. (Fogelholm & Oja 2005, 72–79.)



Kuvio 1. UKK-instituutin liikuntapiirakka. Terveysliikunnan suositus 18–64 -vuotiaalle (ukk-instituutti 2009)

Ylipainoisten terveystieteiden suosituksissa tulee huomioida sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön että lihaskunnan harjoittaminen. Hengitys- ja verenkiertoelimistön harjoittaminen kuluttaa paljon energiaa ja on tärkeää sairauksien ehkäisyssä. Suositeltava liikunnan määrä lihavuuden ehkäisyssä ja hoidon aikana on 45–60 minuuttia päivässä reipasta kävelyä vastaavalla kuormituksella. Laihdutustuloksen pysyvyyden parantamiseksi 60–90 minuuttia päivittäin ainakin vuoden ajan laihduttamisen jälkeen. Lihavuuteen liittyy usein heikentynyt lihaskunto ja sen vuoksi lihaskuntoharjoittelulla on tärkeä osuus myös perusaineenvaihdunnan lisäämisen kannalta. Lihaskuntaa parantavaa harjoittelua suositellaan tehtävän 1–2 kertaa viikossa. Ylipainoisten vähän liikuntaa harrastaneiden kohdalla tulisikin alkuvaiheessa tavoitteena olla asteittainen totuttautuminen liikkumiseen ja sen kautta hyvän olon saamiseen. (Fogelholm 2005, 91–92; Fogelholm & Oja 2005, 79.)

Fogelholmin (2005, 92) mukaan paras vaikutus painonhallintaan, terveyteen ja elämänlaatuun saavutetaan yhdistämällä päivittäistä arkiaktiivisuutta ja 2–4 kertaa viikossa tapahtuvaa kestävyys- tai lihaskuntoharjoittelua maltillisesti kuormaa ja määrää lisäten.

5 Muutoksen tukeminen

Tietoinen elintapamuutoksen toteuttaminen on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Muutos on mahdollista toteuttaa silloin, kun henkilö on valmis ja kykenevä muutokseen. Onnistuminen edellyttää aina joistakin vanhoista tavoista luopumista tai niiden muokkaamista ja uusien tottumusten oppimista. (Käypä hoito -suositus 2011, 9–10.) Alahuhta (2010, 35) on todennut, että muutos jollakin tasolla voi johtaa muutokseen myös toisella tasolla. Tästä seuraa eteneminen muutosvaiheesta toiseen.

Käyttäytymisen muutos sisältää viisi kokemukseen ja viisi käyttäytymiseen liittyvää prosessia. Kokemusperäiset prosessit kuuluvat pääosin muutosprosessin alkuun ja niitä ovat tietoisuuden lisääntyminen, tunteiden herääminen, fyysisen ja sosiaalisen ympäristön sekä itsensä uudelleen arvioiminen. Käyttäytymiseen liittyviä prosesseja ovat ärsykkeiden kontrolli, auttavat ja tukevat ihmissuhteet, sijaistoiminta, itsensä palkitseminen ja sitoutuminen. (Alahuhta 2010, 34–35.)

Motivoivassa ohjauksessa korostetaan mahdollisuutta muutokseen, ei pakkoa. Parhaassa tapauksessa asiakas kokee elämäntapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveyteensä. Jokaisella on vapaus tehdä päätökset itse, myös kieltäytyminen on henkilökohtainen päätös. Motivaatio nousee itsestä, ei ohjaajan määräyksestä tai tarpeesta käsin. Motivoivan ilmapiirin luomisessa vuorovaikutus on tärkeä: ilmapiirin tulee olla turvallinen ja luottamusta herättävä. (Turku 2007, 41–43.)

5.1 Prochaskan muutosvaihemalli

Alun perin ns. Prochaskan muutosvaihemalli, joka tunnetaan myös nimellä transteoreettinen malli, kehitettiin kuvaamaan tupakanpolton lopettajilla havaittuja vaihteita. Mallia on sovellettu kuvaamaan myös esimerkiksi painonhallintaan ja liikuntaan liittyviä käyttäytymismuutoksia. Muutosvaihemallissa esitetään kuusi eri vaihetta, joihin jokaiseen liittyy ominainen ajattelu- ja toimintatapa. Vaiheet ovat esiharkinta, harkinta, suunnittelu, toiminta, ylläpito ja repsahdus. Muutosvaihemallin soveltaminen auttaa ohjaajaa hahmottamaan, missä kohtaa kukin ohjattava on sillä hetkellä menossa. Mallin avulla ohjaaja voi suunnitella ja arvioida omaa ohjaustaan asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Asiakkaan siirtyminen vaiheesta toiseen on hyvin yksilöllistä, muutos saattaa tapahtua sykleissä yksi askel eteen – kaksi askelta taakse. Muutosvaihemallin soveltaminen elämäntapaohjauksessa edellyttää tarkkaa alkukartoitusta eri terveystottumusten suhteen. Esimerkiksi asiakas voi liikunnan lisäämisen suhteen olla ylläpitovaiheessa ja ravitsemusmuutosten suhteen esiharkintavaiheessa. (Turku 2007, 55–64.)

Muutosvaihemallissa harkintavaiheen käynnistymisen aloittaa terveysongelman omakohtainen myöntäminen. Asiakas myöntää muutoksen tarpeellisuuden hänelle tärkeäksi kokemastaan syystä. Harkintavaihetta edeltää esiharkintavaihe, jolloin tarvetta muutokseen ei vielä joko havaita tai haluta myöntää. Harkintavaiheessa olevan asiakkaan on arvioitu tekevän muutoksen seuraavan puolen vuoden aikana. Ohjaustavoitteena harkintavaiheessa voidaan pitää luottamuksellisen ohjaussuhteen sekä työskentelyrauhan saavuttamista. Valinnan ja päätöksenteon vapaus on aina itse asiakkaalla. Harkintavaiheeseen kuuluu myös pohdinta muutoksen tuomisista hyödyistä. Painonpudotusta pohtivalle kannattaa kertoa, että jo 5 prosentin painonpudotus vaikuttaa terveyteen positiivisesti; pienilläkin teoilla on iso merkitys terveyden ylläpitämisessä. (Turku 2007, 56, 65–68.)

Harkintavaihetta seuraa suunnitteluvaihe, jossa ollaan jo askel lähempänä muutoksen toteuttamista. Asiakas pohtii vielä eri vaihtoehtoja ja mielikuvissa hän saattaa elää jo muuttunutta elämää. Ajallisesti muutokseen ollaan valmiita lähiviikkoina ja uutta toimintatapaa saatetaan olla jo kokeiltukin. Innostus tulevan muutoksen mahdollisuuksista kuuluu suunnitteluvaiheeseen, puhutaan sitten kun -vaiheesta. Suunnitteluvaiheessa laaditaan tavoitteita, jotka kirjataan arkisiksi, konkreettisiksi tavoitteiksi. Tavoitteen tulee olla realistinen ja saavutettavissa ilman ylivoimaisia ponnisteluja. Kun haetaan pysyvyyttä ja elämänpituisista muutosta, hitaasti mutta varmasti arkisia valintoja muuttamalla on paras mahdollinen etenemistapa. (Turku 2007, 57, 69–71.)

Toimintavaiheessa siirrytään puheesta tekoihin. Muutos tuo tullessaan sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Muutos ei ehkä tuokaan mukanaan nopeasti niitä kaikkia hyötyjä, joita on toivottu ja riski paluusta muutosta edeltävään aikaan kasvaa. Esimerkiksi monet laihduttajat pettyvät siihen ettei alussa helposti pudonnut paino enää putoakaan samalla tavalla. (Turku 2007, 58.)

Ylläpitovaiheessa käyttäytymisen muutos on kestänyt vähintään puoli vuotta. Muutoksesta on tullut osa asiakkaan pysyvää elämäntapaa. Elämäntapojen muuttaminen on koko elämän pituinen prosessi, johon saatetaan tarvita useampi yritys ja melko pitkäkin ajanjakso. Esimerkiksi painonhallinnan suhteen pidetään viiden vuoden seuranta-aikaa suositeltavana. Sisäsyntyinen motivaatio on käyttäytymisen muutoksessa avainasemassa. Muutos tulee kokea mahdollisuutena, ei pakkona. Jos elämäntapojen muuttaminen perustuu siihen miten pitäisi elää ja on ristiriidassa sen kanssa miten oikeasti haluaisi elää, ei muutos tule pitkällä aikavälillä onnistumaan.

(Turku 2007, 59.) Ylläpitovaiheeseen pääsemistä helpottavat realistiset tavoitteet. Esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen voi olla jollekin helpompaa kuin Liikuntapiirakan liikuntasuosituksen noudattaminen. (Alahuhta 2010, 34.)

Repsahdus kuuluu normaalina osana kohti pysyvämpää muutosta. Muutosprosessissa repsahdaminen voi olla joko väliaikaista tai pysyvää ja saattaa ajoittua mihin tahansa muutosprosessin vaiheeseen. Repsahdukset tulee hyödyntää osana muutosprosessia eteenpäin vievänä tekijänä. Ne tuleekin nähdä oppimisen mahdollisuuksina tulevaisuutta ja muutoksen pysyvyyttä ajatellen. Uusien toimintatapojen omaksumisessa riskitilanteiden ennakointi on yksi huomioitava asia. Esimerkiksi nälkäisenä kauppaan meno tai työpäivän jälkeen sohvalle makaamaan jääminen ovat monelle tuttuja riskitilanteita. Toimintatavan muuttaminen uusien konkreettisten keinojen avulla lisää luottamusta positiiviseen muutoksen mahdollisuuteen. Syömis- ja liikuntakäyttäytymisen muutoksiin sopii sallitun repsahduksen määrääminen. Puhutaan myös aikuisen karkkipäivästä. Tietoinen repsahdaminen tapahtuu suunnitelmallisesti ja hyväksytysti, ilman syyllisyyden tai häpeän tunteita. Onkin parempi lähteä liikkeelle pienin tavoittein askel askeleelta oman muutoksen saavuttamiseen uskoen. (Turku 2007, 60–61, 74–76.)

Fogelhom (2003, 67–68) mukaan keskeistä repsahdusten hallinnassa on riskitilanteiden tunnistaminen, ymmärrys siitä, etteivät repsahdukset merkitse täydellistä epäonnistumista sekä epätodellisista haaveista luopuminen.

Taulukko 4. Oman muutosvalmiuden asteen arviointitehtävä (Turku 2007, 64)

	1. Ei muutostarvetta omalla kohdalla	2. Harkitsen muutosta tulevaisuudessa	3. Suunnitellen muutosta lähiviikkoina	4. Olen jo tehnyt muutoksen viime aikoina	5. Olen pitänyt muutoksen yli puoli vuotta
Ruokavalion laatu	1	2	3	4	5
Painon pudotus esim. 5 % lähtöpainosta	1	2	3	4	5
Arkiliikunta esim. päivittäinen liikunta	1	2	3	4	5
Tupakan lopetus	1	2	3	4	5
Alkoholin käyttö	1	2	3	4	5

6 Liikuntapalveluketju

Terveyden edistämisen käsikirja Valtimoterveydeksi määrittelee keskeisinä palveluketjun tavoitteina tarkoituksenmukaisen asiantuntijuuden hyödyntämisen, päällekkäisyyksien poistamisen sekä kustannustehokkaan palvelujen tuottamisen asiakkaalle. Palveluketju kokoaa asiakkaan terveys-, ravitsemus- ja liikuntapalvelut sekä muut terveyttä ja hyvinvointia edistävät mahdollisuudet kokonaisuudeksi, vaikka palvelut tuotettaisiinkin eri organisaatioissa. Yhteistyö eri toimijoiden kesken rakentaa asiakkaalle laajan palveluiden kokonaisuuden, palveluketjun. Palveluketju vakiintuu toimintamalliksi silloin kun toimijat tekevät suunnitelmallista yhteistyötä ja sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin ja käytäntöihin. Jotta palveluketju olisi toimiva, sen hyödyttä ja käytön periaatteista tulisi tiedottaa säännöllisesti monipuolisin keinoin. (Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Turku 2010, 20–23.)

Tampereella toimivaan liikuntapalveluketju kokouskäytäntöön kuuluvat kaupungin avoterveydenhuollon fysioterapeutteja, liikuntapalvelujen johtava liikunnanohjaaja ja erityisliikunnanohjaaja sekä Nääsville ry, joka on järjestöjen välinen verkosto. Liikuntapalveluketju kokoontuu säännöllisesti noin kolme kertaa vuodessa. Kokoontumisten tavoitteena on tiedon jakaminen, yhteistyön lisääminen sekä toiminnan kehittäminen. Tärkeänä tiedon jakamisen välineenä toimii liikuntapalvelujen toimintaesite. Tavoitteena on, että asiakas voisi terveydenhuollon kuntoutuksen jälkeen siirtyä liikkumaan liikuntapalvelujen ryhmiin. (Lahtinen, A. 22.2.2011.)

6.1 Valtakunnalliset ja paikalliset kehittämishankkeet

Valtakunnallinen tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma Dehko toteutettiin vuosina 2000–2010. Ohjelman tavoitteena oli kehittää terveyden edistämisen organisaatioita ja ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä. Hankkeen mukaan toiminnan tulisi olla järjestelmällistä ja laajaan yhteistyöhön perustuvaa lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyä. Yhtenä tavoitteena määriteltiin painonhallintaan liittyvä ryhmätoiminta pysyvästi kuuluvaksi sekä terveyskeskusten että työterveyshuollon asiakaspalveluun ja osaksi paikallista painonhallinta-, liikunta ja ravitsemusohjauspalvelujen verkostoa. (Tyypin 2 ehkäisyohjelma 2003, 3,11.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelmalle on ollut pohjana suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus (Diabetes Prevention Study, DPS 2001). Tutkimuksessa pystyttiin osoittamaan, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. Tutkittavien diabetesriski aleni 58 prosentilla tehostetun ruokavalio- ja liikuntaohjauksen

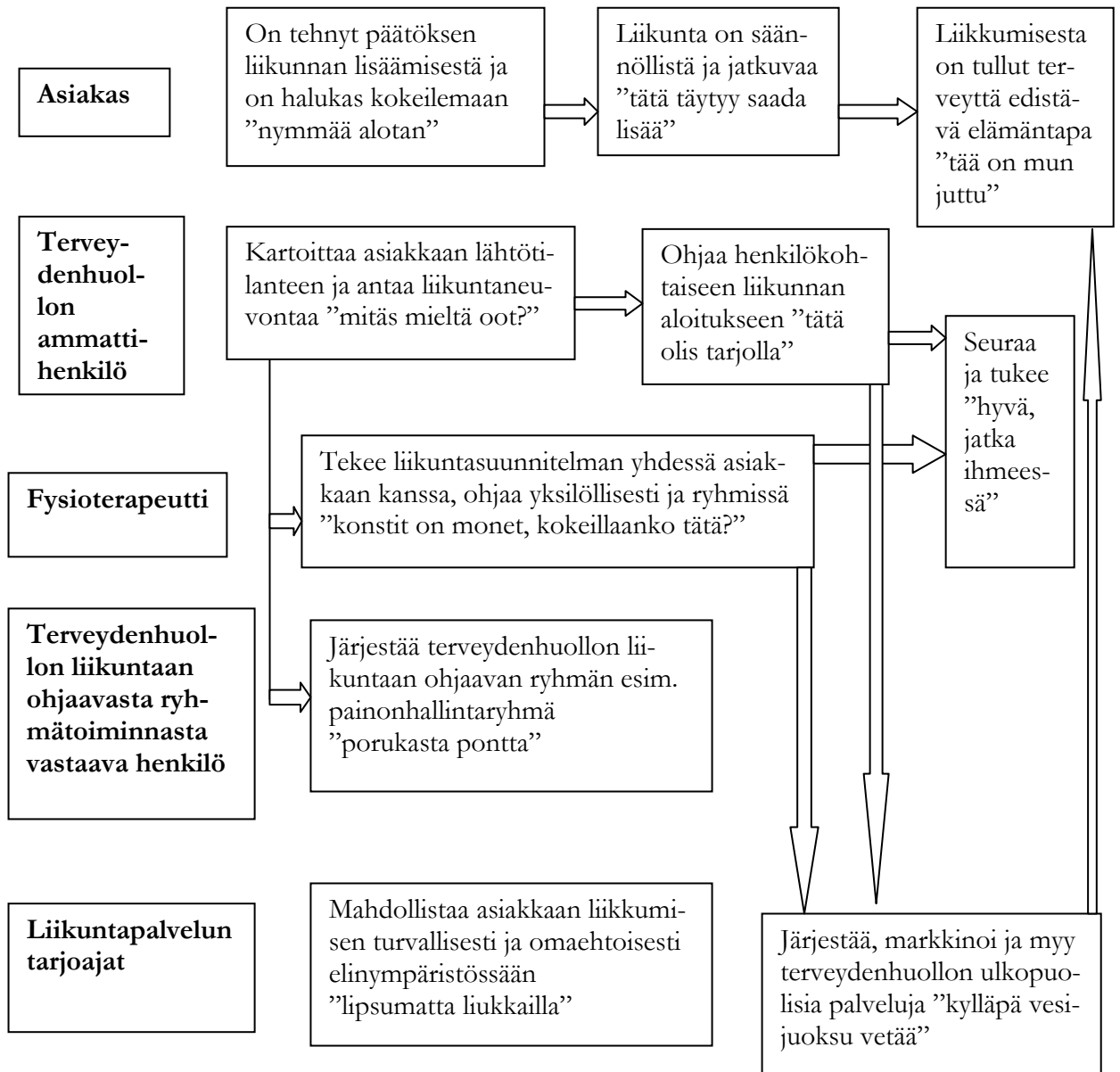
avulla tapahtuneella elintapojen korjaamisella. Säännöllinen liikunta ja ylipainoisten kohtuullinen painonpudotus siirsivät diabeteksen alkua tai ehkäisivät kokonaan taudin puhkeamisen. (Tyypin 2 ehkäisyohjelma 2003, 19; Eriksson 2005,447–448.)

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman arvioinnin välineenä toimeenpantiin viidessä sairaanhoitopiirissä ehkäisyohjelmat vuosina 2003–2007 (D2D toteuttamishanke). Pirkanmaan sairaanhoitopiiri oli hankkeessa mukana ja lisäksi Tampereen kaupungilla toteutettiin oma D2D-paikallishanke (Aikapommi) vuosina 2005–2008. Hankkeessa olivat mukana terveydenhuollon dehkohoitajat sekä dehkofysioterapeutti. (Ivari, H. 15.2.2011.)

6.2 Liikuntalisä -hanke

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toteutettiin vuosina 2005–2007 terveyttä edistävä Liikuntalisä -hanke. Hanke toimi läheisessä yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin D2D -hankkeen ja Tampereen D2D -paikallishankkeen kanssa. Hankkeen tavoitteena oli terveyttä edistävän liikunnan edistäminen tyypin 2 diabeteksen näkökulmasta. Keinoina käytettiin liikuntaa järjestävien tahojen, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välistä yhteistyön selkiyttämistä sekä henkilökunnan kouluttamista liikuntaneuvontaan liittyvillä alueilla, terveystavoitteisten liikuntapalvelutarjonnan lisäämistä ja liikuntapalveluista tiedottamisen parantamista. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008, 7–9; Poukka 2009, 12.)

Liikuntalisähankkeessa mallinnettiin tamperelaisen D2D -riskiasiakkaan liikuntaneuvonnan palveluketju. Palveluketjussa asiakkaalle pyritään luomaan edellytykset liikkua elämäntilanteensa, terveydentilansa ja motivaatiotasonsa mukaisesti. Hyvin toimivassa palveluketjussa asiakas saa tarvitsemansa terveyslääkintäpalvelut laadukkaasti ja oikea-aikaisesti siirtyen terveystoimen asiakkuudesta liikuntapalvelujen tai muiden palvelun tarjoajien käyttäjäksi tai omaehtoiseksi liikkujaksi. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008, 10; Poukka 2009, 12.)



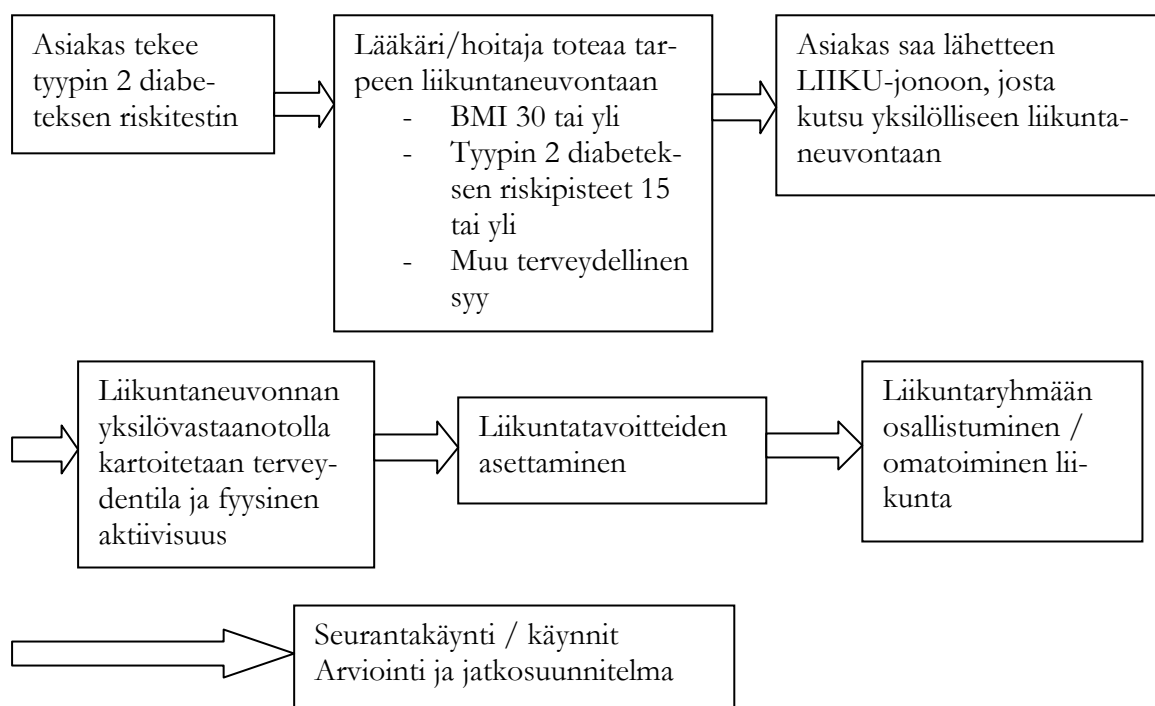
Kuvio 2. Liikunnan lisäämiseen tähtäävän neuvontaprosessin kuvaus terveydenhuollossa.

(Mukaeltu Poukka 2009, 13)

6.3 Lahti Liikkeelle -kehittämishanke

Lahti Liikkeelle -kehittämishanke toteutettiin vuosina 2006–2008. Hankkeen tavoitteena oli luoda toimintamalleja lahtelaisen terveyden ja terveystuomuksen edistämiseksi. Se onnistui luomaan polun sosiaali- ja terveystuomesta kaupungin liikuntapalvelujen liikuntaneuvontaan ja edelleen palveluntarjoajien liikuntaryhmiin. Hankkeessa kehitettiin lääkäreiden, terveydenhoitajien ja ravitsemusterapeuttien työvälineeksi Liiku -lähete. Lääkärien ja terveydenhoitajien käyt-

töön kehitettiin sähköinen järjestelmä, jonka kautta heidän oli mahdollista varata aika liikuntaneuvojalle suoraan potilastietojärjestelmän kautta. Liikuntaneuvojan ja asiakkaan tapaamisen tarkoituksena on motivoida asiakasta liikunnan pariin ja asettaa henkilökohtaiset tavoitteet liikunnan lisäämiseksi arkielämässä. Liiku -läheteellä oli mahdollisuus osallistua liikuntapalvelujen avoimiin, edullisiin matalan kynnyksen liikuntaryhmiin ja sitä kautta siirtyä harrastamaan mieleistään liikuntamuotoa. Lahti Liikkeelle -hankkeessa kaikille avointa kiinteää liikuntaneuvontaa järjestettiin kerran kuukaudessa paikallisessa kauppakeskuksessa sekä kiertävää liikuntaneuvontaa eri kaupunginosissa. Kiertävä liikuntaneuvonta kohdennettiin alkusyksyyn toiminnan käynnistymisen alkaessa. (Maijala 2009, 5–10.)



Kuvio 3. Yksilöllinen liikuntaneuvonta Liiku -läheteellä (Maijala 2009, 10)

7 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää liikuntapalvelujen painonhallintaryhmien lähtökohdat ja kehittää liikunnan palveluketju painonhallintaryhmille.

Syksyllä 2010 käynnistettiin kolme kuntosaliryhmää, jotka suunnattiin terveydenhuollon painonhallintaryhmille. Jotta palveluketju olisi toimiva, on tärkeää että tiedämme miten terveydenhuollon painonhallintaryhmät toimivat. Samansuuntaisen viestin vieminen painonhallintaryhmien asiakkaalle tukee asiakkaan järkevästi askel askeleelta toteutettua elämäntapamuutosta.

Tutkimuksen on tarkoitus antaa vastauksia seuraaviin kysymyksiin.

1. Mitkä ovat liikuntapalvelujen järjestämän painonhallintaryhmän lähtökohdat?
 - minkälainen on terveydenhuollon järjestämän painonhallintakurssin sisältö
 - minkälainen on painonhallintaryhmän asiakas ja kuka muu mahdollisesti hyötyy liikuntapalvelujen painonhallintaryhmästä
2. Missä eri ryhmissä asiakkaan on mahdollista jatkaa vuoden kestävä ohjatun kuntosaliryhmän jälkeen?

Tutkimuksen tuotoksena on palveluketjumalli liikuntapalvelujen painonhallintaryhmille.

8 Menetelmät

Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008, 21) mukaan kehittämistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia tai entistä parempia palveluja. Opin- näytetyö on laadullinen kehittämistyö, jonka tavoitteena on selvittää perusteet uusille syksyllä 2010 käynnistyneille painonhallintaryhmille. Kehittämistyön tuotoksena valmistuu palveluket- jumalli liikuntapalvelujen painonhallintaryhmille.

Kehittämistyössä tutkimusmenetelminä käytettiin laadullisia menetelmiä. Kolmelta painonhal- lintaryhmistä vastaavilta terveydenhoitajilta kyseltiin joulukuussa 2010 lomakkeella painonhal- lintaryhmien sisällöstä, ryhmien koosta ja kurssin kestosta. Kyselyä syvennettiin haastattelulla helmikuun 2011 aikana. Haastatteluista kaksi tehtiin kasvotusten ja yksi puhelimen välityksellä. Terveydenhoitajien lisäksi tutkimukseen haastateltiin fysioterapeuttia, joka on ollut mukana vuosina 2005–2008 Tampereen kaupungin D2D -paikallishankkeessa sekä Pirkanmaan sai- raanhoitopiirin alueella vuosina 2005–2006 toteutetussa Liikuntalisä -hankkeessa. Hän vastaa työssään lihavuusleikattujen liikuntaneuvonnasta sekä ylipainoisten kuntosaliryhmistä. Lisäksi fysioterapeutti kuuluu kaupungin liikuntapalveluketjuun, joten hänellä on laaja näkemys opin- näytetyön aiheeseen. Palveluketjun määrittämisessä käytettiin hyödyksi myös liikuntapalvelujen toimintaesitettä.

8.1 Kohdejoukon kuvaus

Tampereen kaupungin terveydenhuolto on jaettu kolmeen diabeteksen ennaltaehkäisyä ja pai- nonhallintaryhmiä toteuttavaan palvelualueeseen. Alueet ovat itäinen palvelualue (Vellamontu- van neuvola), läntinen palvelualue (Pyynikin neuvola) sekä eteläinen palvelualue (Hervannan terveysasema). Painonhallintaryhmien toimintaa organisoivat diabeteksen ennaltaehkäisytyötä tekevät terveydenhoitajat, jotka osallistuivat tutkimukseen. Terveydenhoitajien lisäksi tutki- mukseen osallistui ylipainoisten ja painonhallintaryhmien ohjauksessa mukana oleva fysiotera- peutti.

8.2 Tutkimusasetelma

Tutkimusasetelmana oli syksyllä 2010 käynnistetyt kolme kuntosaliryhmää, jotka oli kohden- nettu terveydenhuollon painonhallintaryhmille. Tarve ryhmien perustamisesta nostettiin esiin liikuntapalveluketjun kokouksessa keväällä 2010. Ryhmät käynnistettiin kokeiluluonteisesti ja toiminta on herättänyt avoimia kysymyksiä, jotka oli syytä selvittää toiminnan jatkuessa.

Heikkilä, Jokinen ja Nurmela (2008, 25) ovat todenneet, että tutkimus ja kehittäminen voivat olla peräkkäisiä ja syklisiä vaiheita esimerkiksi niin, että ensin kehitetään ja sen jälkeen tutkitaan ja kehitetään edelleen.

8.3 Kehittämisvaiheet

Ensimmäisessä vaiheessa painonhallintaryhmistä vastaaville terveydenhoitajille lähetettiin sähköpostilla kysely ryhmien sisällöstä (liite 1.). Kyselyllä selvitettiin painonhallintakurssin sisältöä (kurssin kesto, ryhmän koko, ohjaukseen osallistuvat henkilöt), minkälaista ravinto-ohjauksen sekä muutosvaiheen mallia ryhmissä käytetään. Sähköpostikysely valittiin, koska se sopii rajatulle ryhmälle ja rajatussa kysymyksenasettelussa. Samalla tutkimuksessa käytettävää aineistoa saatiin valmiiksi kirjallisessa muodossa.

Toisessa vaiheessa kyselyä syvennettiin haastatteleamalla kahta terveydenhoitajaa kasvotusten ja yhtä puhelimen välityksellä. Haastattelun tavoitteena oli syventää jo annettuja vastauksia sekä selvittää mitä asioita terveydenhoitajat kokivat tärkeinä painonhallintaryhmien ohjaamisessa. Haastattelut kestivät noin 60 minuuttia ja niissä keskityttiin erityisesti kysymyksiin, jotka liittyivät elintapojen muuttamiseen. Puhelinhaastattelu oli 15 minuutin pituinen. Lisäksi haastattelujen tavoitteena oli vuorovaikutuksen lisääminen toimivan palveluketjun aikaansaamiseksi.

Tutkimukseen osallistunutta fysioterapeuttia haastateltiin avoimin kysymyksin. Tunnin kestänyt haastattelu nauhoitettiin ja purettiin kirjoittamalla haastattelun ydinasiat paperille. Haastattelun tavoitteena oli saada tietoa muualta kuin painonhallintaryhmistä tulevista asiakkaista sekä toimivan liikuntapalveluketjun muodostamisesta. Lisäksi haastattelussa keskusteltiin painonhallintaan liittyvistä terveystuotantahankkeista, kuten vuosina 2005–2006 toteutetusta Liikuntalisä-hankkeesta.

Tutkimushaastattelu voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: aloitus eli sosiaalisen kontaktin luomisen vaihe, varsinainen tutkimushaastattelu ja haastattelun päättäminen. Ensimmäisessä vaiheessa on tärkeä rakentaa luottamuksellinen suhde haastateltavan ja haastattelijan välille. Kerrotaan tutkimuksen toteutuksesta sekä annetaan haastateltavalle mahdollisuus kysyä siihen liittyvistä asioista. Varmistetaan haastateltavan suostumus tutkimukseen sekä kysytään lupa mahdolliseen haastattelun nauhoitukseen. Varsinaisessa haastattelussa on tavoitteena saada esille tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulma. Haastattelun aluksi kysytään yleisiä, laajoja kysymyksiä, joiden kautta edetään tarkempiin kysymyksiin. Haastattelun lopuksi on hyvä

vielä tarkistaa haastateltavalta, onko hänellä vielä mielessään jotain tärkeää asiaan liittyvää.
(Kylmä & Juvakka 2007, 92–94.)

9 Tutkimustulokset

9.1 Painonhallintakurssin sisältö

Terveydenhuollon painonhallintakurssit alkavat kaksi kertaa vuodessa, helmikuussa ja lokakuussa. Kurssit pidetään kerran viikossa, 10 kokoontumiskerran kurseina. Lisäksi 3–6 kuukauden päästä on ryhmän seurantatapaaminen.

Painonhallintakurssin tavoitteena on, että asiakkaat saisivat eväät DPS:ssä (Diabetes Prevention Study) tutkittuihin asioihin, jolla tähdätään 5 %:n pysyvään painonpudotukseen. Keinoina käytetään rasvan saannin vähentämistä 30 %:iin kokonaisenergiasta (tydyttyneen rasvan osuus 10 %), riittävän kuidun saamista (vähintään 15 g/1000 kcal) sekä liikunnan lisäämistä yli 30 minuuttiin päivässä (voi jakaa useampaan jaksoon).

Punnituksista sovitaan käytäntö ryhmäläisten kanssa, kuitenkin vähintään alussa ja lopussa mitataan paino ja vyötärönympäryys.

9.1.1 Painonhallintakurssin toteuttajat

Työpareittain toimivat terveydenhoitajat vastaavat painonhallintakurssin toteutuksesta. Terveydenhoitajat ovat käyneet Diabetesliiton ja Sydänliiton järjestämän Pieni päätös päivässä -koulutuksen.

Fysioterapeutti on mukana kolmella kokoontumiskerralla kertoen liikunnan positiivisista vaikutuksista, antaen pieniä kotitehtäviä esimerkiksi ryhtiin liittyen tai yksinkertaisia jumppaohjeita kepillä tai kuminauhalla tehtäväksi. Fysioterapeutti on kurssin loppupuolella ohjannut liikuntatuokion ryhmän toiveiden mukaan. Yleensä se on ollut kuntopiiritunti terveysasemien omisissa liikuntasaleissa.

Ravitsemusterapeutti osallistuu painonhallintaryhmän toimintaan yhden kerran luennolla. Luennolla on käyty läpi erityisesti rasvojen laadun merkitystä. Itäisellä alueella painonhallintaryhmän toimintaan on osallistunut myös lääkäri pitäen kurssin puolesta välissä luennon ylipainon haittavaikutuksista terveyteen.

9.1.2 Ravinto-ohjauksen mallit

Ravitsemussuosituksissa käytetään yleisiä ravitsemussuositusohjeita, lautasmallia, jossa korostetaan hedelmien, vihannesten ja kasvien käyttöä. Itämeren ruokavalio (liite 2.) on ollut käytössä eteläisen alueen ryhmissä. Itämeren ruokavalio on vastine perinteiselle, tutkimuksissa terveelliseksi osoitetulle Välimeren ruokavaliolle. Samanlaisen täysipainoisen kokonaisuuteen päästään suosimalla omaan ruokaperinteeseemme kuuluvia raaka-aineita: kotimaisia kasviksia ja marjoja, ruista, rypsiöljyä ja kotimaista kalaa.

Ravitsemussuosituksissa korostetaan säännöllistä ateriarytmiä, periaatteella *”viisi nälkää ja loput janoa”*. Lisäksi kiinnitetään huomiota annoskokoihin, rasvan määrään ja laatuun, kuidun saamiseen, sokerin ja muun makean syömiseen sekä alkoholin suureen energiapitoisuuteen. Hedelmien, vihannesten ja kasvien käyttöä korostetaan. Niitä tulisi nauttia puoli kiloa päivässä.

Tavoitteena on ruokatottumusten muuttaminen pysyvästi pienillä päätöksillä päivässä. Pieni päätös saattaa tarkoittaa esimerkiksi säännöllistä ateriarytmiä ja annoskoon pienentämistä. Terveystoimijat korostivat rentoa painonhallintaa, itäisen alueen terveydenhoitaja on käyttänyt ryhmällään ohjetta *”80 % teholla terveysvaikutuksia eli arkea ja 20 % juhlaa”*.

Painonhallintaryhmissä on täytetty ruokapäiväkirjaa muutaman päivän ajalta ja sitä on purettu joko pareittain tai ryhmässä.

9.1.3 Mitä asioita terveydenhoitajat kokivat tärkeinä?

Kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat korostivat, että painonhallintaryhmien tavoitteena on kokonaisvaltainen elämäntapamuutos. Haastavinta on saada asiakas ymmärtämään, että ei ole nopeata pudotusta. Jo pienikin pudotus on terveydelle hyväksi.

Painonhallintaryhmissä kaiken a ja o on muutoksen tukeminen, johon asiakas tarvitsee aikaa. Onnistumisen edellytyksiä on oma halu muutosten tekemiseen. Asiakkaat arvioivat itse muutostarpeen, valmiuden ja asettavat tavoitteen. Elintapojen muutosten kartoitukseen ja seurantaan käytetään ryhmissä eri tapoja. Itäisellä alueella muutostarvetta on arvioitu kirjallisesti lomakkeen avulla (liite 3.). Vaihtoehtoisesti asiakkaat miettivät itse millä lailla panostavat painonhallintaan esimerkiksi annoskokoja pienentämällä tai jättämällä auton kotiin ja lähtemällä kävellen asioille. Repsahdusta pidetään merkinä siitä, että muutosprosessi on käynnissä.

Ryhmän tuki on tärkeää kokemusten vaihdossa sekä vuorovaikutuksessa. Ryhmäläiset tukevat toinen toisiaan ja osallistuminen perustuu omaan haluun. Asiakkaat ovat itse ryhmään hakiesaan toivoneet kannustusta ja vertaistukea, apua saman ongelman kanssa eläville.

9.2 Minkälainen on painonhallintaryhmän asiakas?

Painonhallintaryhmiin haetaan ensisijaisesti seuraavien kriteerien mukaan.

1. Hakijalla on suuri riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Riskiryhmään kuuluvat asiakkaat, jotka
 - ovat sairastaneet raskausdiabeteksen
 - ovat sairastaneet jonkin valtimotapahtuman esimerkiksi sydän- tai aivoinfarktin
 - ovat kärsineet koholla olevasta verensokerista
 - saavat tyyppin 2 diabetesriskin arviointilomakkeesta 15 pistettä tai enemmän
2. Hakijalla on huomattava ylipaino ja/tai keskivartalolihavuutta.
3. Hakija on valmis tekemään muutoksia omissa ruokailu- ja liikuntatottumuksissa edistääkseen terveyttään.

Ryhmiin hakeminen tapahtuu erillisellä hakulomakkeella, joka palautetaan oman alueen terveydenhoitajalle. Hakijat haastatellaan henkilökohtaisesti ennen ryhmän alkua ja ryhmiin otetaan pääsääntöisesti vain uusia hakijoita.

Helmikuussa 2011 käynnistyi sekä eteläisellä että läntisellä alueella kaksi painonhallintaryhmää ja itäisellä alueella neljä ryhmää sekä yksi yli 65-vuotiaille tarkoitettu ryhmä, jossa painotetaan fyysisen kunnon parantamista ja terveellistä ruokavaliota.

Painonhallintaryhmän koko on keskimäärin 12. Itäisellä alueella suurin osa ryhmäläisistä on ollut 50–60 -vuotiaita naisia. Ryhmään valitaan henkilöitä, joilla on mahdollisuus vähintään 5 %:n pysyvään painonpudotukseen. Terveydellinen merkitys, esimerkiksi tekonivelleikatut, on etusijalla ryhmään valittaessa. Tavoitteena on jatkossa tarjota kursseja erilaisille kohderyhmille esim. BMI yli 40 ja lisäksi pidentää kurssien kestoja.

Läntisellä alueella painonhallintaryhmiin hakeneiden ikähaarukka on tänä vuonna ollut erittäin suuri, 28–80 -vuoden välillä. Ryhmiin valittaessa terveydelliset kriteerit ovat etusijalla; tyyppin 2 diabetesta sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavat ovat etusijalla. Myös nuoret hakijat pyritään ottamaan ryhmiin mukaan. Läntisellä alueella miehiä on ryhmissä ollut mukana 2–3.

Eteläisellä alueella asiakkaiden ikähaarukka on ollut 50–70 -vuotta, mutta yhä nuorempia on tullut mukaan. Helmikuussa 2011 alkaneessa ryhmässä nuorimmat ovat 1980-luvulla syntyneitä naisia. Miehiä eteläisen alueen painonhallintaryhmissä on ollut mukana keskimäärin neljä.

9.3 Kuka muu hyötyy liikuntapalvelujen painonhallintaryhmästä?

Ravitsemusterapeutti ja terveydenhoitaja ohjaavat ylipainoisten ENE (erittäin niukka energinen) ryhmiä. Ryhmän toimintaan kuuluu fysioterapeutin ohjaama 10 kerran kuntosaliharjoittelujakso. Lisäksi ryhmäläisiä opastetaan vähintään kerran viikossa tapahtuvaan omatoimiseen liikuntaan. Kuntosaliharjoittelun lisäksi ryhmässä annetaan liikuntaneuvontaa, jotta asiakkaalle löytyisi oma jatkoryhmä.

Hatanpään sairaalassa tehdään 40 lihavuusleikkausta vuosittain (20 keväällä - 20 syksyllä). Noin kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen asiakkaat tulevat fysioterapeutin kahden kerran liikuntaneuvontaryhmään, joka kulkee liikkumaan ohjausryhmän nimellä. Neuvonnan tarkoituksena on antaa tietoa palveluista sekä tehdä kullekin asiakkaalle oma liikuntasuunnitelma.

Asiakkaita voi kuntosaliryhmiin tulla mukaan myös suoraan esimerkiksi diabetes-vastaanoton tai terveydenhoitajien 70-vuotistarkastuksen kautta. Myös fysioterapeutin vastaanoton kautta saattaa asiakkaita ohjautua painonhallintaryhmiin. Yleisimmät syyt ylipainoisen asiakkaan vastaanottokäyntiin ovat polviongelmien, korkea verenpaine sekä mielialan lasku, harvemmin ylipaino.

9.4 Missä asiakkaan on mahdollista jatkaa harjoittelua?

Vuoden kestävän kuntosaliryhmän jälkeen asiakkaan on mahdollista jatkaa liikuntapalvelujen yli 60-vuotiaille suunnatuissa ryhmissä. Työikäisille on tarjota kaksi painonhallintaryhmää, ohjattu ja omatoiminen kuntosaliryhmä. Itsenäistä harjoittelua varten fysioterapeutit järjestävät kuukausittain laiteopastusta kaupungin ylläpitämällä kuntosaleilla. Laiteopastukset pidetään Tampereen Stadionilla, Hervannan vapaa-aikakeskuksessa, Tesoman jäähallin kuntosalissa sekä Kaukajärven vapaa-aikatalolla ja niihin tulee ilmoittautua etukäteen kyseisen alueen fysioterapiasastolle.

10 Pohdinta

Tutkimuksessa selvitettiin liikuntapalvelujen järjestämien painonhallintaryhmien lähtökohtia sekä mistä terveydenhuollon eri alueilta asiakkaita tulee ryhmiin mukaan. Pääosa kuntosaliryhmien asiakkaista tulee terveydenhuollon painonhallintaryhmistä, joita keväällä 2011 käynnistyi 9 ryhmää eri puolilla kaupunkia. Muita tahoja ovat fysioterapeutin ohjaama ylipainoisten kuntosaliryhmä (ENE-ryhmä), lihavuusleikattujen ”liikkumaan ohjausryhmä” sekä aikuisneuvolan että avoterveydenhuollon fysioterapian yksilövastaanotto. Suurin osa painonhallintaryhmäläisistä on ollut 50–70 -vuotiaita naisia, mutta yhä nuorempia hakee mukaan ryhmiin. Terveydelliset kriteerit esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinvaivat ovat etusijalla ryhmään valittaessa, myös nuoret hakijat pyritään ottamaan mukaan.

Tutkimuksen lähtökohdaksi valittiin liikuntapalvelujen oman toiminnan kehittäminen. Tavoitteena oli saada tietoa, mitä terveydenhuollon painonhallintaryhmissä tehdään. Samansuuntaisen viestin vieminen painonhallintaryhmien asiakkaille tukee asiakkaan järkevästi askel askeleelta toteutettua elämäntapamuutosta. Syksyllä käynnistyneisiin kuntosaliryhmiin tuli mukaan asiakkaita myös terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien yksilövastaanoton kautta. Tästä syntyi tarve selvittää, mistä muualta asiakkaat mahdollisesti tulevat ryhmiin mukaan. Ryhmään pääsyn kriteereinä on pidetty terveydenhuollon painonhallintaryhmien hakukriteereitä ja luotettu terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemukseen, kenelle he ryhmiä suosittelevat.

Tutkimusta varten painonhallintaryhmistä vastaavia terveydenhoitajia lähestyttiin ensin kyselyllä sähköpostin välityksellä. Kyselyä syvennettiin haastattelulla. Haastatteluista yksi tehtiin puhelimitse aikatauluongelmien vuoksi. Kohdejoukko oli melko pieni, kolme painonhallintaryhmistä vastaavaa terveydenhoitajaa. Mielestäni se oli kuitenkin riittävä, koska painonhallintakurssin sisältö on kaupungin eri alueilla samanlainen. Tämä kävi ilmi myös terveydenhoitajien vastauksista, jotka olivat sisällöltään hyvin samanlaisia. Haastattelu toteutettiin helmikuun alussa, jolloin kevään ryhmät olivat juuri käynnistyneet. Näin saatiin ajankohtaista tietoa ryhmien koostumuksesta. Kasvotusten tehty haastattelu oli tärkeä uuden yhteistyön käynnistymisen kannalta. Tiedon kulku helpottuu jatkossa, kun tiedetään minkä näköisen henkilön kanssa ollaan tekemisissä.

Kyselyä olisi voinut laajentaa vielä ravitsemusterapeuttiin sekä fysioterapeutteihin. Näin olisi ravitsemuksen ja liikunnan osuudesta saanut vielä enemmän aineistoa. Painonhallintakurssin

kokonaisuudesta vastaavien terveydenhoitajien vastaukset olivat tähän tutkimukseen melko kattavia myös liikunnan ja ravitsemuksen osalta.

Tutkimukseen osallistunutta fysioterapeuttia haastateltiin vapaamuotoisella teemahaastattelulla, joka nauhoitettiin. Haastattelun tavoitteena oli saada tietoa muualta kuin painonhallintaryhmistä tulevista asiakkaista sekä toimivan liikuntapalveluketjun muodostamisesta. Hän kertoi myös osuudestaan painonhallintaryhmien ohjaamisessa. Tampereen kaupunki on ollut 2 tyyppin diabeteksen ehkäisytyössä aktiivinen ja osallistunut erilaisiin hankkeisiin. Toteutettiinhan Tampereella oma D2D -paikallishanke Aikapommi vuosina 2005–2008. Hankkeessa olivat mukana painonhallintaryhmistä vastaavat terveydenhoitajat sekä fysioterapeutti.

Terveydenhuollon painonhallintaryhmän tavoitteena on antaa eväät kokonaisvaltaiseen elämäntapamuutokseen. Painonhallintaryhmässä puhutaan liikunnan merkityksestä terveydelle, annetaan liikuntaan liittyviä kotitehtäviä sekä myös yhden kerran liikutaan ryhmässä. Liikunta kulkee koko kurssin ajan punaisena lankana, mutta suuremmassa roolissa on syömisen hallinta ja muut ravitsemukseen liittyvät asiat. Terveydenhoitajien haastatteluissa tuli esille, että kurssin kestoja saatetaan pidentää tulevaisuudessa. Lisäksi on harkinnassa painonhallintakurssien tarjoaminen eri kohderyhmille esimerkiksi BMI:n tai iän mukaan. Itäisellä alueella käynnistettiinkin helmikuussa 2011 ensimmäistä kertaa yli 65-vuotiaille tarkoitettu ryhmä, jossa ei painoteta laihduttamista vaan terveellistä ruokavalion ohjausta ja fyysisen kunnon parantamista. Lisäksi Tampereella on toiminut leikki-ikäisten lasten ja heidän vanhemprien toiminnallinen painonhallintaryhmä.

Ravitsemussuosituksissa painonhallintaryhmissä käytetään yleisiä ravitsemussuositusohjeita, lautasmallia, jossa korostetaan hedelmien, vihannesten ja kasvien käyttöä. Joulukuussa 2010 Diabetesliiton, Sydänliiton ja Itä-Suomen yliopiston ravitsemusasiantuntijoiden yhteistyönä julkaisema Itämeren ruokakolmio (liite 2.) on ollut jo käytössä eteläisen alueen ryhmissä. Kolmiossa suositetaan lähellä tuotettua, suomalaisen ruokakulttuuriin kuuluvaa ruokaa.

Terveellisen ruokavalion periaatteena pidetään säännöllisyyttä ja kohtuullisuutta. Terveellinen ateria säännöllisin väliajoin pitää veren glukoosipitoisuuden tasaisempana ja ehkäisee jatkuvaa napostelua. Tavoitteena on ruokatottumuksien muuttaminen pysyvästi pienillä päätöksillä päivässä. Yksi terveydenhoitajista totesikin, että painonhallinnassa tulisi olla 80 % terveystoimia eli arjen valintoja ja 20 % juhlaa. Ravitsemussuosituksissa rasvan saantiin kiinnitetään eri-

tyistä huomiota. 30 % kokonaisenergiasta tulisi olla rasvoja ja niistä kovien, tyydyttyneen rasvan osuus 10 %.

Opinnäytetyön ajankohtaisuus ja työelämälähtöisyys olivat tärkeitä aihetta valittaessa. Keväällä 2010 liikuntapalveluketjun kokouksessa sekä myös läntisen alueen painonhallintaryhmistä vastaavan terveydenhoitajan kanssa keskusteltiin yhteistyön käynnistämisestä. Yhdessä päädyttiin askel askeleelta tapahtuvaan elintapamuutokseen eli liikuntaa tarjottaisiin vasta terveydenhuollon kurssin päätyttyä. Tavoitteena oli saada pidempi jatkumo muutokselle sekä asiakkaalle aikaa muutoksen tekemiseen.

Kevään painonhallintaryhmäläisille tarjotaan mahdollisuutta aloittaa syksyn kuntosaliryhmissä ja vastaavasti syksyn ryhmäläisillä on mahdollisuus aloittaa tammikuun ryhmässä. Aluksi suunniteltiin, että ohjattu kuntosaliryhmä olisi puolen vuoden mittainen. Liikuntapalvelujen oma ohjauskausi on vuoden mittainen, joten tätä päätettiin soveltaa myös painonhallintaryhmiin. Syyskausi on kestoaltaan 15 kertaa ja kevätkausi 17 kertaa. Vuosi on liikunnanohjaajien ja myös ryhmäläisten kokemuksen mukaan hyvä aika kuntosalilaitteiden käytön oppimiseen. Toki asiakkaat olisivat halukkaita jatkamaan tutussa ryhmässä pidempäänkin, mutta palveluketjun toimimisen kannalta myös uusia asiakkaita pitää pystyä ottamaan ryhmiin mukaan. Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan ylläpitovaiheeseen pääsemiseen tarvitaan vähintään puoli vuotta kestänyt käyttäytymisen muutos. Tällöin muutoksesta on tullut osa asiakkaan pysyvää elämäntapaa. Tämä teoria tukee myös ajatusta vuoden kestävästä paikasta kuntosaliryhmässä.

Vuoden kestävä ohjatun kuntosaliryhmän jälkeen asiakkaalle tulisi tarjota mahdollisuus jatkaa harjoittelua joko ohjatussa ryhmässä tai omatoimisesti. Liikuntapalveluilla on tällä kaudella 59 yli 60-vuotiaille suunnattua ohjattua tai omatoimista kuntosaliryhmää eri puolilla kaupunkia. Työikäisille on kaksi painonhallintaryhmää, jotka kokoontuvat Nääshallin kuntosalissa. Koska painonhallintaryhmiin hakee yhä nuorempia, tulisi työikäisille kohdennettuja ryhmiä jatkossakin lisätä. Omatoiminen harjoittelu kaupungin kuntosalilla yleisillä vuoroilla on edullista ja avokuntoutuksen fysioterapeutit järjestävät kuukausittain opastusta laitteiden käytössä halukkaille.

Liikuntaryhmät ovat olleet kuntosaliryhmiä, koska niille on ollut eniten kysyntää. Tutkimusten mukaan lihasvoimaharjoittelulla on edullisia vaikutuksia kehon koostumukseen lihaskudoksen eli rasvattoman kudoksen osuutta suurentamalla ja rasvakudoksen osuutta pienentämällä. Kuntosaliryhmät on pyritty järjestämään eri puolille kaupunkia omia liikuntapaikkoja hyödyntäen. Yksi ryhmistä, vain naisille tarkoitettu, järjestetään uimahallin kuntosalissa naisten uintivuoron

yhteydessä. Siellä asiakkailta on ollut mahdollisuus jäädä ohjatun liikuntaryhmän jälkeen uimaan. Tutkimuksen haastatteluissa tuli esille asiakkaiden oman ulkomuodon häpeäminen. Uinti nivelille ystävällisenä liikuntamuotona sopii erittäin hyvin ylipainoisille. Uimahalleissa ei kehdata käydä uimassa, koska uimapukua on hankala saada päälle ja kaikki tuijottavat. Naisten uintivuoron hyödyntäminen matalan kynnyksen paikkana painonhallintaryhmien kohdalla tarjoaa osalle asiakkaita mahdollisuuden uintiharrastuksen aloittamiseen. Lisäksi kaupungin liikuntapalvelut tarjoavat lukuisia vesivoimisteluryhmiä sekä työikäisille että yli 60-vuotiaille.

10.1 Johtopäätökset

Vuoden 2010 Nuori Liikuntalääketieteen tutkija kilpailun voittanut Saana Saltevo oli tutkijaryhmänsä kanssa tutkinut kahden vuoden intensiivisen elintapaohjauksen ja siihen yhdistetyn kuntosaliharjoittelun vaikutusta painoon ja painonhallintaan. Koehenkilöt iältään 25–65 vuotta oli jaettu kolmeen eri interventioryhmään sekä kontrolliryhmään. Interventioryhmäläiset saivat kaikki samansisältöistä ravitsemusohjausta. Kahden interventioryhmän koehenkilöt osallistui-
vat 12 viikon nopeusvoimatyyppiseen harjoitteluun siten, että toisen ryhmän harjoittelu ajoittui heti tutkimusjakson alkuun (0–3 kuukautta). Toisella ryhmällä harjoittelu toteutettiin myöhemmin (6–9 kuukauden kuluttua). Tutkimuksessa todettiin, että sekä intensiivinen elintapaohjaus että nopeusvoimatyyppinen kuntosaliharjoittelu ovat tehokkaita painonpudotusmenetelmiä lihavilla työikäisillä aikuisilla. Suurin painonpudotus ja paras pitkän aikavälin painonhallinta saavutettiin intensiivisellä elintapaohjauksella yhdistettynä ohjattuun harjoitteluun heti laihdutusjakson alussa. (Saltevo 2010.)

Saltevon tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että ohjattu kuntosaliharjoittelu kannattaisi aloittaa samaan aikaan terveydenhuollon ryhmän käynnistymisen kanssa. Osa painonhallintaryhmäläisistä saattaakin olla valmis aloittamaan harjoittelun heti ryhmän käynnistyttyä, jotkut vasta vuoden harkinnan jälkeen. Elintapojen muuttamisessa asiakkaan oma motivaatio ja muutostavallisuus tulee huomioida myös liikuntaryhmien kohdalla. Liikuntapalvelujen toiminnan kannalta ei ole merkitystä missä vaiheessa asiakas tulee ryhmiin mukaan.

Yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten kanssa on lisääntynyt ja tulee tulevaisuudessa lisääntymään. Liikuntapalveluketjun kokouskäytäntö on toiminnan kehittämisessä ja tiedon kullussa avainasemassa. Liikuntapalvelujen toiminnasta tiedottaminen tapahtuu elokuussa julkaisutavan toimintaesitteiden välityksellä. Esitetä on jaossa kaikilla terveysasemilla. Liikuntaneuvonnan antaminen sekä liikuntatoiminnasta tiedottaminen terveystarkastusten yhteydessä ovat

tärkeä osa terveyspalveluita. Painonhallinnan kuntosaliryhmistä tiedottaminen tulee aloittaa jo heti terveydenhuollon painonhallintakurssin alkaessa.

Tutkimuksen tuotoksena pystyttiin luomaan palveluketjumalli liikuntapalvelujen painonhallintaryhmille (liite 4.). Kehittämisen lähtökohtana oli opinnäytetyön tekijän oma kiinnostus terveysliikuntapalvelujen kehittämiseen. Yhteistyötä terveydenhuollon painonhallintaryhmien kanssa ei ole aikaisemmin ollut. Palveluketju luotiin liikuntapalvelujen toiminnan näkökulmasta ja siitä jätettiin seurojen ja yhdistysten sekä yksityisten liikuntasalien toiminta kokonaan pois. Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien ja fysioterapeutin haastattelun perusteella saatiin tietoa terveydenhuollon painonhallintaryhmistä. Kuntosaliryhmien perustamisesta ja niiden toiminnasta keskusteltiin toimintaa ohjaavien liikunnanohjaajien sekä liikuntapalveluketjuun osallistuneiden fysioterapeuttien kanssa.

Painonhallintaryhmien kohdalla liikuntapalveluilla on aikaisemmin ollut yhteistyötä paikallisen työväenopiston kanssa. Opiston painonhallintaryhmistä tuli asiakkaita liikuntapalvelujen työikäisten vesivoimistelu- ja kuntosaliryhmiin. Viime vuosina yhteistyötä työväenopiston kanssa ei ole ollut.

10.2 Kehittämissuhteet

Opinnäytetyön on tarkoitus toimia työvälineenä painonhallintaryhmiä ohjaaville liikunnanohjaajille. Työ tarjoaa mahdollisuuden liikunnanohjaajien oman ammattitaidon kehittämiseen ja antaa kokonaiskuvan painonhallinnassa huomioitavista asioista. Olisi tärkeää, että asiakas saisi edelleen tukea terveydenhuollon painonhallintaryhmissä käynnistämälleen elintapojen muutokselle. Kuntosaliryhmissä olisi hyvä keskustella ravitsemukseen ja arkiliikunnan lisäämiseen liittyvistä asioista esimerkiksi liikuntatunnin aluksi tapahtuvalla lyhyellä liikunta- tai ravitsemusvinkillä. Aihe voisi olla yksinkertainen esimerkiksi mitä tulisi syödä kuntosaliharjoittelun jälkeen. Ohjaajan pitämän lyhyen tietoisuuden jälkeen teemaan voisi palata tunnin aikana joko pienissä ryhmissä tai kahden kesken keskustellen. Tutkimuksen aikana painonhallintaryhmien asiakkaita haastateltiin ja muutama heistä toivoi, että kuntosaliryhmissä punnittaisiin tai mitattaisiin vyötärön ympärystä. Myös lihaskunnan kehittymisen seuranta vuoden harjoittelujakson aikana saattaisi kannustaa kuntosaliharjoittelun jatkamiseen.

Tutkimuksessa selvisi, että suurin osa terveydenhuollon painonhallintaryhmiin hakijoista on ollut 50–70 -vuotiaita naisia. Yli 60-vuotiaille asiakkaille liikuntapalveluilla on tarjota useita erilaisia liikuntaryhmiä eri puolilla kaupunkia. Terveystieteiden haastattelussa selvisi myös,

että yhä nuorempia asiakkaita hakee ryhmiin mukaan. Liikuntapalvelujen painonhallintaryhmi-
en toimintaa kehitettäessä työikäiset asiakkaat tulisi huomioida jatkossa paremmin. Tällä het-
kellä heille on kaksi kuntosaliryhmää tarjolla. Jotta painonhallinnan liikuntapalveluketjusta saa-
taisiin toimiva, tulisi työikäisille perustaa 2–3 uutta kuntosaliryhmää. Lisäksi tulevat työikäisten
vesiliikuntaryhmät, jotka sopivat hyvin myös painonhallintaryhmäläisille.

Lähteet

- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto. Luettavissa: <http://herkules oulu.fi>. Luettu: 9.4.2011.
- Borg, P. 2009. Terveysliikunnan tutkimusuutiset 2008. Liikettä lihavuuteen. PK-paino. Tampere.
- Borg, P., Fogelholm, M. & Hiilloskorpi, H. 2004. Liikkujan ravitseminen – teoriasta käytäntöön. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Fogelholm, M. 2003. Ratkaisuja ravitsemukseen. Tammer-Paino. Helsinki.
- Fogelholm, M., Kaukua, J. 2005. Lihavuus. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. Liikuntalääketiede. Karisto. Hämeenlinna, s. 423–437.
- Fogelholm, M., Hakala, P., Kaartinen, J., Lappalainen, R., Mustajoki, P., Nuutinen, O., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 1998. Lihavuus: ongelma ja hoito. Gummerus. Jyväskylä.
- Fogelholm, M., Oja, P. 2005. Terveysliikunnan määrä ja laatu. Teoksessa Fogelholm, M., Kannus, P., Kukkonen-Harjula, K., Luoto, R., Nupponen, R., Oja, P., Parkkari, J., Paronen, O., Suni, J. & Vuori, I. 2005. Terveysliikunta. Gummerus. Jyväskylä, s. 61–80.
- Fogelholm, M. 2005. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Fogelholm, M., Kannus, P., Kukkonen-Harjula, K., Luoto, R., Nupponen, R., Oja, P., Parkkari, J., Paronen, O., Suni, J. & Vuori, I. 2005. Terveysliikunta. Gummerus. Jyväskylä, s. 82–92.
- Eriksson, J. 2005. Diabetes. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. Liikuntalääketiede. Karisto. Hämeenlinna, s. 438–450.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. WSOY. Helsinki.
- Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. WSOY. Juva.
- Heinonen, K., Syväne, M., Toropainen, E., Nuutinen, H. & Turku, R. 2010. Valtimoterveydeksi, terveyden edistämisen käsikirja. Valtimoterveyttä kaikille –projekti. Luettavissa: <http://www.diabetes.fi>. Luettu: 18.2.2011.

- Ilander, O. 2006. Painonpudotus- liikunta ja ruokavalio. Teoksessa Ilander , O., Borg, P., Laaksonen, M., Mursu, J., Ray, C., Pethman, K. & Marniemi, A. Liikuntaravitsemus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, s. 327–374.
- Ilander, O. 2006. Energia: aineenvaihdunta, kulutus ja tarve. Teoksessa Ilander , O., Borg, P., Laaksonen, M., Mursu, J., Ray, C., Pethman, K. & Marniemi, A. Liikuntaravitsemus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, s. 35-58.
- Ivari, H. 15.2.2011. Dehkofysioterapeutti. Tampereen kaupunki. Haastattelu. Tampere.
- Karinkanta, S. 2009. Terveysliikunnan tutkimusuutiset 2008. Liikettä lihavuuteen. PK-paino. Tampere.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Lahtinen, A. 22.2.2011. Johtava liikunnanohjaaja. Tampereen kaupunki. Haastattelu. Tampere.
- Maijala, H-M.2009. Liikunnan palveluketju, Lahti liikkeelle -kehittämishanke. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö Likes. Punamusta. Jyväskylä. Luettavissa: <http://www.likes.fi>. Luettu: 9.4.2011.
- Manninen, K., Holmala, E., Borg, P. 2004. Sinä onnistut, pysyvän painonpudotuksen sailaisuudet. Gummerus. Jyväskylä.
- Marniemi, A., Ilander, O. 2006. Rasvat. Teoksessa Ilander , O., Borg, P., Laaksonen, M., Mursu, J., Ray, C., Pethman, K. & Marniemi, A. Liikuntaravitsemus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, s. 35–58.
- Mustajoki, P. 2007. Ylipaino, tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Duodecim. Hämeenlinna.
- Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001. Painonhallinta: ohjaajan opas. Duodecim. Helsinki.
- Niskanen, L. & Heinonen K. 2011. Liikunta painonhallinnan tukena. Luettavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>. Luettu: 6.4.2011.
- Näävälle ry 2011. Nääsவில்le ry:n toiminta-ajatus. Luettavissa: <http://www.naasville.fi>. Luettu:7.2.2011.

Peltonen, M., Harald, K., Männistö, S., Saarikoski, L., Peltomäki, P., Lund, L., Sundvall, J., Juolevi, A., Laatikainen, T., Aldén-Nieminen, H., Luoto, R., Jousilahti, P., Salomaa, V., Taimi, M. & Vartiainen, E. Kansallinen Finriski 2007 -terveystutkimus Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 34/2008. Yliopistopaino Helsinki 2008. Luettavissa: www.ktl.fi/julkaisut. Luettu: 5.2.2011.

Pethman, K., Ilander, O. 2006. Ruoka ja ruokavalion koostaminen. Teoksessa Ilander, O., Borg, P., Laaksonen, M., Mursu, J., Ray, C., Pethman, K. & Marniemi, A. Liikuntaravitsemus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, s. 19–33.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2008. Lisäystä terveystuokuntaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 4/2008. Yliopistopaino. Tampere. Luettavissa: <http://www.pshp.fi> >Ammattilaisille>Sairaanhoitopiirin julkaisut>Julkaisusarja. Luettu: 18.12.2010.

Poukka, T. 2009. Terveystuokunnan tutkimusuutiset 2008. Liikettä lihavuuteen. PK-paino. Tampere.

Saltevo Saana. Liikuntalääketieteen päivät 2010. Materiaalisalkku. Intensiivisen elintapaohjauksen ja sykeohjautun kuntosaliharjoittelun vaikutus lihaviiden työkäisten painoon ja sokeriaineenvaihduntaan. Luettavissa: <http://lts.fi>. Luettu: 5.3.2011

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lihavuustutkijat ry 2011. Käypä hoito -suositus. Aikuisten lihavuuden hoito. Luettavissa: <http://www.kaupahoito.fi>. Luettu: 22.1.2011

Suomen Diabetesliitto ry 2003. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma. Kirjapaino Hermes Oy. Tampere.

Tampereen kaupunki 2011. Painonhallintaryhmät. Luettavissa: <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/ennaltaehkaisevatyo/painonhallintaryhmät.html>. Luettu: 7.2.2011

Tampereen kaupunki 2011. Diabeteksen ennaltaehkäisy. Luettavissa: <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/ennaltaehkaisevatyo/dehko.html>. Luettu: 7.2.2011

Tampereen kaupungin liikuntapalvelujen ohjaustoiminta 2010–2011. Luettavissa:
<http://www.tampere.fi/liikuntajavapaaika/liikuntajaulkoilu/ohjattu.html>. Luettu: 1.3.2011.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Edita Prima Oy. Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Edita Prima Oy. Helsinki.

Vuori, I. 2005. Metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. Liikuntalääketiede. Karisto. Hämeenlinna, s. 452–459.

Hei,

Opiskelen Haaga-Helia ammattikorkeakoulussa liikunnanohjaajan amk-tutkintoa monimuoto-koulutuksena. Opiskeluun liittyen teen opinnäytetyötä syksyllä käynnistyneistä painonhallintaryhmistä.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää liikuntapalveluketjun toteutumista painonhallintaryhmissä ja miten sitä tulisi meidän näkökulmasta kehittää. Tavoitteena on järkevästi askel askeleelta toteutettu elämäntapamuutos, jossa siirrytään terveydenhuollon ryhmistä liikuntapalvelujen ohjattuun liikuntatoimintaan.

Opinnäytetyö toimii myös työvälineenä painonhallintaryhmiä ohjaaville liikunnanohjaajille.

Opinnäytetyötä varten pyytäisin teiltä vastauksia muutamiin kysymyksiin. Tampereen Internet-sivuilta olen jo löytänyt jotain pohjatietoa + hakemuksen painonhallintaryhmään.

1. Minkälainen on painonhallintakurssin sisältö?

- kurssin kesto
- ryhmän koko keskimäärin
- kurssin ohjaukseen osallistuvat henkilöt (terveydenhoitaja/fysioterapeutti/ravitsemusterapeutti ym.)
- minkälainen on pääpiirteissään kurssin sisältö (paljonko mitataan ja punnitaan, mitä asioita painotetaan)

2. Minkälaista ravinto-ohjauksen mallia painonhallintaryhmissä käytetään?

3. Käytetäänkö painonhallintaryhmässä jotain muutosvaihemallia apuna ruokailu- ja liikuntatottumuksia muutettaessa?

Terveisin

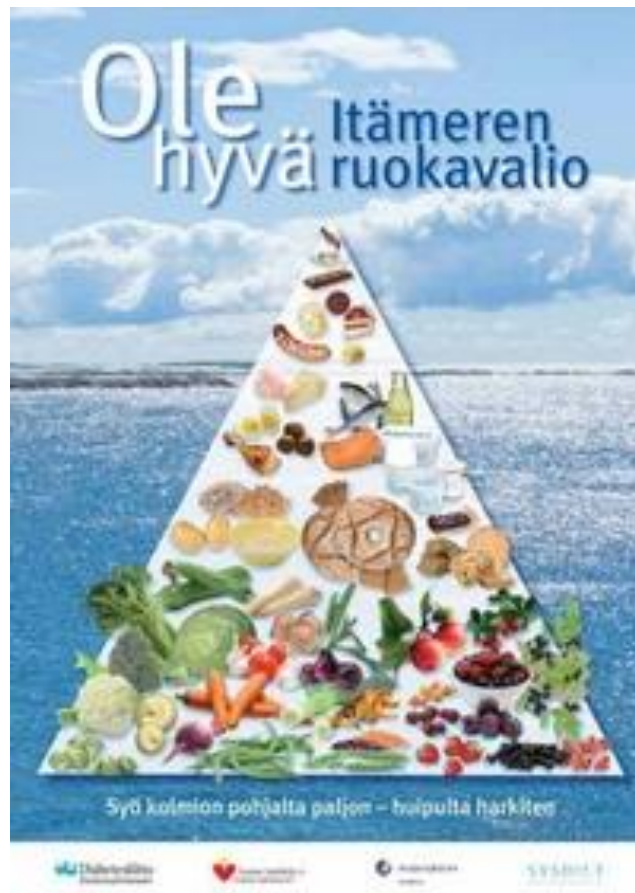
Sari Helminen

Liikunnanohjaaja

Tampereen kaupunki

Liikuntapalvelut

Puh 050 365 8627



Itämeren ruokakolmio. Lähde:www.diabetes.fi

Itämeren ruokavalio on vastine perinteiselle, tutkimuksissa terveelliseksi osoitetulle Välimeren ruokavaliolle. Samanlaiseen täysipainoiseen kokonaisuuteen päästään suosimalla omaan ruokaperinteeseemme kuuluvia raaka-aineita: kotimaisia kasviksia ja marjoja, ruista, rypsiöljyä ja kotimaista kalaa.

Kolmion ala- ja keskiosassa olevia ruokia – kasviksia ja täysjyväisiä viljatuotteita – on hyvä syödä paljon ja usein. Yläosassa olevia syödään kohtuullisesti ja huipussa olevia harkiten eli niukasti tai harvoin. Näin kaikkia tarpeellisia ravintoaineita saadaan sopivassa suhteessa. Tällainen ruokavalio sisältää hiilihydraattia, kuitua, proteiinia eli valkuaisaineita ja hyvää, pehmeää rasvaa sopivasti. Kovaa rasvaa ja sokeripitoisia ruokia siinä on niukasti.

Elintapojen muutosten kartoitus- ja seurantalomake

Nimi: _____

MUUTOSTARPEEN ARVIOINTIKRITEERIT / OMA TAVOITE	MUUTOSTARVE		MUUTOSVALMIUS			TAVOITTEENASETELU JA TOIMINTA			
	Ei tarvetta	Tarve	Ei valmis	Harkitsee	Valmis (kokeiluja)	Tavoite asetettu	Muutosta toteutetaan	Tavoite saavutettu	Repsahdus
Paino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ateriarytmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annoskoko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasvan määrä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasvan laatu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravintokuitu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sokeri ja muu makea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tällä kerralla (päivämäärä _____ / _____) asetetut keskeisimmät tavoitteet (1-3 tavoitetta):

1. _____

2. _____

3. _____

lähde: D2D-hanke

Liikuntapalvelujen palveluketju painonhallintaryhmien kohdalla

