

# LEIKKI-ikäISEN LAPSEN LIHAVUUTTA ENNALTA EHKÄISEVÄ RAVITSEMUSNEUVONTA

Millamari Juntunen  
Salla Paananen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) JUNTUNEN, Millamari PAANANEN, Salla	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.05.2012
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi LEIKKI-IKÄISEN LIHAVUUTTA ENNALTAEHKÄISEVÄ RAVITSEMUSNEUVONTA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PUNNA, Mari FRIIS, Aila		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Lapsuusajan lihavuus on paisunut yleismaailmalliseksi ongelmaksi. Lihavuus voi aiheuttaa myöhemmällä iällä moninaisia terveysongelmia, joten sen ennaltaehkäisyyn on hyvä puuttua varhaisessa vaiheessa. Koululaisille on suunnattu enemmän lihavuusinterventioita, joten opinnäytetyö keskittyy leikki-ikäisiin lapsiin. Leikki-ikäisellä lapsella tarkoitetaan opinnäytetyössä 2-7-vuotiasta lasta.</p> <p>Vanhemmat eivät usein tunnista lapsensa lihavuutta. Terveysammattilaiset sen sijaan ovat epävarmoja lihavan lasten vanhempien kohtaamisessa, erityisesti, jos vanhemmat ovat itsekin ylipainoisia.</p> <p>Opinnäytetyö keskittyy kuvaamaan ravitsemusneuvontamenetelmiä, joita on käytetty leikki-ikäisen lapsen lihavuuden ennaltaehkäisyssä. Opinnäytetyön tekijät analysoivat näiden menetelmien toimivuutta. Tutkimusartikkeleita on viisi ja ne ovat peräisin Yhdysvalloista, Englannista ja Ruotsista. Artikkelit ovat suhteellisen uusia, vuosilta 2004–2012. Opinnäytetyö suoritetaan kirjallisuuskatsausena.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittavat, että ravitsemusneuvonnan onnistumiseen vaikuttavat positiivisesti vanhemman roolin sekä asiakkaan yksilöllisten taustojen huomioiminen. Samoin positiivinen vaikutus on käyttäytymisterapeuttisten keinojen käyttämisellä, terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitaidolla sekä asiakkaan positiivisella suhtautumisella ravitsemusneuvontaan. Tutkimustulosten hyödyntäminen osana ravitsemusneuvontaa tekee siitä toimivaa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Leikki-ikäinen, lihavuus, ennaltaehkäisy, ravitsemus, neuvonta		
Muut tiedot		

Author(s) JUNTUNEN, Millamari PAANANEN, Salla	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 07052012
	Pages 55	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title Literature review on Preschooler's Obesity Preventive Nutritional Counseling		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) PUNNA, Mari FRIIS, Aila		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>Childhood obesity has grown into a worldwide problem. Obesity can cause many kinds of health problems in later life, so it is important to start preventing it at an early stage. As there has been a great deal of obesity interventions for school children, this bachelor's thesis focused on pre-schoolers. A pre-schooler means 2-7-year-old children in this thesis.</p> <p>Parents do not often recognize their child's obesity. Health professionals, on the other hand, are uncertain in facing an overweight child's parents, especially if the parents themselves are obese.</p> <p>This bachelor's thesis focused on describing nutrition counselling methods used in pre-schoolers' obesity prevention. The authors of the thesis examined how these methods work by analysing five research studies which came from the United States, United Kingdom and Sweden. The articles were from the years 2004-2012 so they were relatively new. The bachelor's thesis was a literature review.</p> <p>The results of this thesis show that paying attention to the role of the parents and to the client's individual background has a positive influence on successful nutritional counselling. Using behavioural change techniques in nutritional counselling as well as the professional skills of health care personnel and the positive attitude of the client have similar positive influences. The results of this study can be utilized in conducting nutritional counselling work in practice.</p>		
Keywords Pre-schooler, obesity, prevention, nutrition, counselling		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	3
2 LEIKKI-ikäisten lasten lihavuus .....	4
2.1 Lasten ylipainoon liittyvät tekijät .....	5
2.2 Lasten lihavuuden ehkäisy .....	7
2.3 Lihavan lapsen ruumiinkuva ja itsetunto .....	8
3 LEIKKI-ikäisen lapsen perheen ravitsemus.....	9
3.1 Lapsen ravitsemus- ja saantisuositukset .....	9
3.2 Lapsiperheen terveellinen ravitsemus.....	10
3.3 Leikki-ikäisen lapsen ruokailukäyttäytymisen kehittyminen .....	13
3.4 Aikuisen rooli lapsen ravitsemuksessa .....	15
4 LAPSIPERHEEN RAVITSEMUSNEUVONTA .....	18
4.1 Ohjauksen aloitus.....	19
4.2 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä .....	20
4.3 Ravitsemusneuvonnan menetelmät.....	21
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	28
5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen .....	29
5.2 Aineiston kuvaus.....	33
5.3 Aineiston analysointi .....	33
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	34
6.1 Mitä menetelmiä käytetään perheiden ravitsemusneuvonnassa .....	34
6.2 Positiivisesti ravitsemusneuvonnan onnistumiseen vaikuttavat tekijät .....	38
7 POHDINTA .....	44
7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	44
7.2 Tulosten tarkastelu .....	45
7.3 Johtopäätökset ja tulosten hyödyntäminen .....	46
LÄHTEET .....	48
LIITTEET.....	54
Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset .....	54
Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset .....	55

## **KUVIOT**

KUVIO 1. Terveellinen ruokavalio.....	13
KUVIO 2. Hakuprosessi .....	31
KUVIO 3. Hakuprosessi .....	32

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1. Lasten ylipainon, lihavuuden ja vaikean lihavuuden kriteerit .....	4
TAULUKKO 2. Energiantarpeen viitearvot lapsille ja nuorille .....	10
TAULUKKO 3. Ravitsemusneuvonnan menetelmiä.....	23

## 1 JOHDANTO

Lasten lihavuusepidemia on lisääntynyt kolmen vuosikymmenen aikana ympäri maailmaa. Suomalaisista leikki-ikäisistä lapsista 6-10 % on ylipainoisia. Suomalaistutkimuksessa havaittiin, että niillä lapsilla, jotka todettiin lihaviksi 13-vuotiaina, painoindeksi alkoi joillain lapsilla nousta jo 2-3-vuotiaina. (Lagström, Hakanen, Niinikoski, Viikari, Rönnemaa, Saarinen, Pahkala & Simell 2008, 83.) Lihavuuden ehkäisy olisi täten hyvä aloittaa jo varhaisessa vaiheessa. Ravitsemusneuvonnalla pystytään ehkäisemään lasten ylipainon lisääntymistä, kun huomio kiinnitetään terveelliseen ruokavalioon, napostelun hillitsemiseen ja liikunnan lisäämiseen.

Opinnäytetyö on osana PoHeFa-projektin osahanketta ("Policy, Health and Family Learning"). Se on Euroopan unionin rahoittama eurooppalainen hanke, jossa on mukana kuusi maata. Näitä maita ovat Iso-Britannia, Saksa, Tanska, Kypros, Italia ja Suomi. Suomen pilottikuntina toimivat keskisuomalaiset Jämsä ja Hankasalmi. Jyväskylän ammattikorkeakoulu toimii yhtenä PoHeFa-projektin yhteistyökumppanina. Hankkeen tarkoituksena on lisätä terveyden edistämisen näkökulmaa kunnissa ja lisätä tietoisuutta sosiokulttuuristen tekijöiden vaikutuksesta terveyden edistämisessä. Hanke toteutetaan vuosina 2009–2012.

Opinnäytetyö tuottaa lisätietoa hankkeelle, ja hankkeen osallistujat voivat hyödyntää sitä työssään. Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus vastaa kysymykseen, jolla pyritään tunnistamaan, löytämään, valitsemaan ja syntetisoimaan kaikki kyseenomaiseen kysymykseen liittyvä korkealaatuinen oleellinen todistusaineisto jo aiemmin tuotetusta tiedosta. (Johansson 2007.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja tuoda esille ravitsemusohjausmenetelmiä, joita on onnistuneesti käytetty ylipainoisten 2-7-vuotiaiden lasten ja heidän vanhempinsa ravitsemusohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on lasten ja heidän perheidensä terveyden edistäminen ravitsemuksellisesta näkökulmasta. Tavoitteena on myös lasten lihavuuden ehkäisy tarjoamalla tietoa ravitsemusmenetelmistä.

## 2 LEIKKI-ikäisten lasten lihavuus

Lihavuus on tila, jossa kehon rasvakudosta on liian paljon. Suomessa lasten lihavuus diagnosoidaan mittaamalla pituus ja paino ja määrittämällä pituuteen suhteutettu paino. Pituuspainolla tarkoitetaan painoa suhteessa samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainoon. Ylipaino on kyseessä silloin, kun alle kouluikäisen pituuspaino on 10–20% ja kouluikäisen 20–40%. Lihavuudesta voidaan puhua silloin, kun alle kouluikäisen pituuspaino on yli 20 % ja kouluikäisen yli 40 %. Yli 10 % nousu painokäyrässä 5 cm pituuskasvun aikana viittaa lihomiseen. Painoindeksiä eli BMI-käyrää (Body Mass Index) käytetään aikuisilla ja yli 18-vuotiailla nuorilla, joiden pituuskasvu on jo päättynyt. (Käypä hoito-suositus 2005.)

Taulukko 1. Lasten ylipainon, lihavuuden ja vaikean lihavuuden kriteerit (Dunkel, Saarelma & Mustajoki 2011).

Pituuspaino (%)	ylipaino	lihavuus	vaikea lihavuus
Alle 7-vuotiaat	10–20%	>20 %	>60 %
7-vuotiaat – pituuskasvun päätyminen	20–40% tai yli 10 % nousu /5cm	>40 %	>60 %

Lasten painon kehityksen tarkkailussa ollaan siirtymässä 2-18-vuotiaille tarkoitettuun lasten painoindeksiin (ISO-BMI). Lasten painoindeksi lasketaan samankaltaisesti kuin aikuistenkin. Se ei ole kuitenkaan vertailukelpoinen aikuisten painoindeksin kanssa. Lasten kehon mittasuhteet ovat erilaiset kuin aikuisten ja muuttuvat sekä iän että kasvun myötä koko ajan. Lasten painoindeksi muutetaan iänmukaisella kertoimella aikuista vastaavaksi. Painoindeksi saadaan laskurista, ja sillä voidaan ilmaista sekä yliettä alipainoa. (Dunkel ym. 2011.)

ISO-BMI:n etuna on, että siinä voidaan huomioida iän mukana tapahtuva painon ja pituuden suhteen muuttuminen, käyrästä on vertailukelpoinen aikuisiän määrittelyjen suhteen ja se antaa mahdollisuuden myös kansainvälisiin vertailuihin. ISO-BMI:n käyttöön ottaminen tuo parannusta lasten painon tarkasteluun ja kaventaa huomatta-

vasti turhia jatkotutkimuksia epäillyistä kasvun poikkeamista. Toisaalta ISO-BMI ohjaa ajoissa jatkotutkimuksiin ja hoitoon niitä tarvitsevat lapset. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Lasten terveysseurannan kehittämishankkeen (LATE)-tuloksista selvisi, että 11 % kolmevuotiaista lapsista oli ylipainoisia tai lihavia ja viisivuotiaista lähes viidesosa (18 %). Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaista ylipainoisia tai lihavia oli 13 %, ja kahdeksaluokkalaisista pojista 28 % ja tytöistä 25 % oli ylipainoisia tai lihavia. (Mäki, Latikainen ym.. 2010, 35.) Kaiken kaikkiaan 10–20 lasta sadasta kouluikäisestä on Suomessa lihavia (Käypä hoito-suositus 2005).

## **2.1 Lasten ylipainoon liittyvät tekijät**

Ei ole olemassa vain yhtä syytä lasten ylipainoisuuteen vaan tekijät ovat useimmiten moninaisia ja yhteenlinkittäytyneitä. Ihmisbiologialla, syömis- ja liikkumiskäyttäytymisellä, uskomuksilla ja asenteilla, laajemmilla ekonomisilla tekijöillä (ruuan ja juoman hinnalla) ja sosiaalisilla tekijöillä (onko ylipaino hyväksyttävää yhteiskunnassa) on kaikilla oma roolinsa ylipainon määrittämisessä. (Butland, Jebb, Kopelman, McPherson, Thomas, Mardell, & Parry 2007.) Yksinkertaistettuna kuitenkin ihminen lihoo silloin, kun hänen energiansaantinsa ja kulutuksensa on epätasapainossa (Lahti-Koski 2005, 95).

Geneettisellä perimällä on vaikutusta lapsen ylipainon kehittymiseen. Yleensä ainakin toinen vaikeasti lihavan lapsen tai nuoren vanhemmista on lihava. Alempien sosiaaliryhmien perheiden lasten on todettu olevan muita yleisemmin lihavia ja painoonsa tyytymättömiä. (Mikkilä, Lahti-Koski, Pietinen, Virtanen & Rimpelä 2002.) Nykyään kuitenkin arvioidaan, että ympäristötekijöillä on suurempi vaikutus lasten lihomiseen kuin perintötekijöillä (Lagström 2006, 288).

Koulutulokkaille suunnatussa terveystarkastuksessa havaittiin, että lihavuus on yleisempää niillä, joiden kotona tupakoitiin (Vanhala, Korpelainen, Tapanainen 2009; Sihvola 2000), äidit olivat yli 40-vuotiaita tai joiden biologisista vanhemmista vai toinen asui kotona lapsen luona (Vanhala ym. 2009). Lihavuus oli yleisempää tytöillä,



joilla oli kotihuolia (Sihvola 2000, 49). On myös havaittu, että lihavuus on selvästi yleisempää maaseudulla asuvilla kuin kaupungissa asuvilla lapsilla (Vuorela, Saha, Salo 2009).

Koska ylipaino on lisääntynyt kolmen vuosikymmenen aikana, lihavuuden taustasyitä voidaan tutkia myös ravitsemusmuutoksia arvioimalla. Kolmen vuosikymmenen aikana ravitsemus on muuttunut siten, että pikaruoka ja makeutetut juomat ovat helpommin saatavilla. Annos- ja pakkauskoot ovat suurentuneet. Perheillä on paineita vähentää ruokaostosten kuluja ja vähemmän aikaa ruuanlaittoon. (IOM 2005; Rolls 2003.) Kotona ruokailu on vähentynyt (Gable, Chang, & Krull 2007). Television katsomisen määrällä on myös yhteys lapsuus- ja nuoruusiän lihomiseen. Televisiota katsellessa ei liikuta ja moni nuori napostelee sen edessä. (Nuutinen 1997; Robinson 1999.) Aamupalan syömättä jättämisen on todettu lisäävän ylipainoa lapsuudessa monissa tutkimuksissa (Rampersaud, Pedeira, Girard, Adams & Metzl 2005).

Brittitutkimuksen mukaan taipumus lihavuuteen ilmenee usein jo imeväisiässä. Tutkimuksessa todettiin, että lihava imeväinen tulee 2,5 kertaa useammin lihavaksi koulu-laiseksi kuin normaalipainoinen imeväinen. 80 % lihavista imeväisistä saapuu kouluun normaalipainoisina, joten osuus myöhempään lihavuuteen ei ole dominoiva. (Parsons, Power & Manor 2001.)

Vuodesta 1977 vuoteen 2003 suomalaisten lasten ja nuorten ylipaino on lisääntynyt kaksin-kolminkertaisesti. Lihavuuden kehittyminen alkaa usein jo 3-8-vuoden iässä. (Lagström ym. 2008.) Ylipaino lapsena ja nuorena voi johtaa vanhempana lukuisiin terveysongelmiin, jos ongelmaan ei puututa ajoissa. Ylipainon on todettu aiheuttavan muun muassa tyypin 2 diabetesta, astmaa, sydänongelmia, korkeaa verenpainetta, dyslipidemiaa, metabolista oireyhtymää, ortopedisiä ongelmia, uniapneaa, refluksitautia ja sappikivitautia. Ylipaino on usein yhteydessä masennukseen, alentuneeseen itsetuntoon, vääristyneeseen kehonkuvaan ja syömishäiriöihin. (Eissa & Gunner 2004; Freedman, Khan, Dietz, Srinivasan, & Berenson 2001; Hassink 2003; Wang & Dietz 2002.) Tämän lisäksi ylipaino ja liikalihavuus aiheuttavat pitkäaikaisia aikuisiän terveyskomplikaatioita, kuten sepelvaltimotautia, niveltulehdusta, rasvamaksaa, parantumatonta maksavauriota ja joitain syöpiä (Covington, Cybulski, Davis, Duca & Farrell 2001; Eissa & Gunner 2004; Solomon 2001).

## 2.2 Lasten lihavuuden ehkäisy

Oleellinen ero aikuisen ja lapsen lihavuuden hoitamisessa on se, että lapsen ei varsinaisesti ole tarkoitus laihduttaa vaan tarkoitus on ehkäistä lihavuutta. Lihavuuden ehkäisy tulisi lapsilla olla mieluummin terveys- kuin painokeskeistä. Ruokavalio- ja liikuntaohjauksen keinoin tehtyjä pitkäaikaistutkimuksia lihavuuden ehkäisystä on tehty vähän ja niiden vaikuttavuudesta ei ole tarpeeksi tutkimukseen perustuvaa tietoa. On kuitenkin todettu, että vanhempiin kohdistettu ruokavalio-ohjaus on vaikuttanut suotuisasti lasten ruokatottumuksiin. Ohjauksen olisi hyvä olla koko perheeseen kohdistuvaa, jotta se olisi tarpeeksi vaikuttavaa. Liikunnan lisääminen ja televisionkatse- lun rajoittaminen saattaa edistää lihavuuden ehkäisyä. (Käypä hoito-suositus 2010.)

Perheen ruokailutottumuksiin paneutuminen on olennaista lihavuuden ehkäisyssä. Energian saantia lisää helposti säännöllisten ruokailujen vähentyminen ja niiden korvaantuminen napostelulla. Neuvontaa olisi hyvä hakea viimeistään silloin, kun lihavuus on vaikea-asteista tai painon kertymistä tapahtuu nopeasti (yli 10% vuodessa). Kouluterveydenhoito on paras paikka avun hakemiseen. Tavoitteena hoidossa on elinikäisen painonhallinnan saavuttaminen energiansaantia vähentämällä ja sen kulutusta lisäämällä. Jos painoa aiotaan pudottaa, painotavoitteet on asetettava kohtuullisiksi, jotta motivaatio pysyy yllä. (Jalanko 2010.)

Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon normaaliin terveysseurantaan kuuluu lihavuuden seulonta. Lapsuusiän lihavuuden hoito tulee järjestää paikallisesti ja alueellisesti siten, että sen on moniammatillista, tavoitteellista, yksilö- tai ryhmämuotoista, perhekeskeistä ja jatkuvaa toimintaa. Lasten erikoissairaanhoidon tulisi konsultoida harvoin. Sitä tarvitaan vain epäiltäessä sairautta lihavuuden syynä tai erityisen vaikeiden tapauksien hoitamisessa. Lasten lihavuuden hoidossa tulisi vain poikkeustilanteissa turvautua lääkehoitoon ja se voidaan tehdä ainoastaan lihavuuden hoitoon perehtyneen lastentautilien erikoislääkärin valvonnassa. Lääkehoito ei korvaa käyttäytymisen muutokseen tähtäävää elämäntapahoitoa. (Salo, Komulainen, Anglé, Kaukua, Nuutinen, Vanhapelto & Veijola 2006.)

### 2.3 Lihavan lapsen ruumiinkuva ja itsetunto

Itsetunto koostuu kahdesta asiasta: siitä, kuinka yksilö näkee saavutuksensa tärkeässä asiassa elämässään sekä siitä kuinka yksilö ajattelee hänelle tärkeiden ihmisten kokevan hänet. Ruumiinkuva koostuu myös kahdesta osasta: yksilön käsityksestä oman ruumiinsa koosta sekä yksilön tunteeseen ja tietoon perustuvasta käsityksestä ruumiistaan. (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen & Uusitupa 2006.)

Tutkimustulokset eivät ole olleet johdonmukaisia tutkittaessa lihavien lasten ja nuorten itsetuntoa. Yhdenmukainen löydös erilaisissa tutkimuksissa on, että lihavilla lapsilla ja nuorilla on enemmän ruumiinkuvan häiriöitä verrattuna ikätovereihin. (Mustajoki ym. 2006, 295–296.) Itsetunnon on huomattu olevan samantasoinen kuin lapsilla, joilla on todettu syöpä (Schwimmer ym. 2003). Se on harmillista, sillä on havaittu, että hyvä itsetunto lisää esimerkiksi tarjolla olevien hedelmien syöntiä (Te Velde, Van der Horst, Wind & Brug ym. 2009). Jo viiden vuoden iässä lihavalla lapsella voi olla kehittynyt huono itsetunto. Mitä enemmän lasta on kiusattu lihavuuden vuoksi, sitä vakavampi ruumiinkuvan häiriö on aikuisena. Selitykseksi on esitetty, että lihavuuden vuoksi lasta kiusataan ja kiusaaminen johtaa lopulta kielteisen käsityksen syntyyn itsestä ja ruumiinkuvan häiriöön, mikä vaurioittaa itsetuntoa. Itsetunto-ongelmiin vaikuttavat lihavilla ihmisillä kiusatuksi tulemisen lisäksi sukupuoli, ikä, ja vanhempien huolestuneisuus lihavuudesta. Vanhempien hyväksyntä ja huolestuneisuuden puuttuminen voivat suojata lihavan lapsen itsetuntoa. (Mustajoki ym. 2006, 295–296.)

Lihavat lapset tarvitsevat itsetunnon vahvistamista sekä onnistuessaan että epäonnistuessaan. Kannustamisen voi rajata koskemaan joko lasta henkilönä tai lapsen suoritusta. Etenkin kun asiat eivät suju halutulla tavalla voidaan kritiikki osoittaa koskemaan lapsen suoritusta lapsen itsensä sijaan. Lapselle voi sanoa esimerkiksi; ”Onpa harmi että painosi on noussut, mutta sinussa ei ole mitään vikaa”, jolloin suoritusta arvostellaan, mutta lapseen suhtaudutaan edelleen myönteisesti. Joiltakin lapsilta painonpudotus onnistuu helpommin kuin toisilta ja on tärkeää, että lapsi ei koe vanhemman pettyvän tai suuttuvan jos takapakkeja tulee. (Janson & Danielsson 2005, 145–146.)

## 3 LEIKKI-ikäISEN LAPSEN PERHEEN RAVITSEMUS

### 3.1 Lapsen ravitsemus- ja saantisuositukset

Ravitsemussuositukset on laadittu siten, että ne pätevät väestössä kohtalaisesti liikkuviin ihmisiin. Koska yksilöiden ravinnon tarpeen vaihtelut ovat suuret, ravitsemussuositukset soveltuvat vain varauksellisesti ravitsemusneuvontaan ja ravitsemustilan arviointiin. Ravitsemussuositukset kuvaavat keskimääräistä suositeltavaa saantia pitkällä aikavälillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 8.)

Ravintoainesuositukset esitetään tyypillisesti sekä suositeltavana päiväsaantina että energiavakioituna eli suhteessa energian saantiin. Joillekin vitamiineille ja kivennäisaineille on asetettu enimmäissaantirajat. Ravintoaineen suositeltava saanti tarkoittaa, että ravintoaineen päivittäinen saanti tyydyttää ravintoaineen tarpeen ja ylläpitää lähes kaikilla terveillä ihmisillä (97,5 %) hyvän ravitsemustilan. Ravintoaineen suurin hyväksyttävä päiväannos on ravintoaineen pitkäkestoisen saannin enimmäisraja. Enimmäisrajan ylittäminen saattaa aiheuttaa terveydellisiä haittoja. Enimmäismäärä ei ylitä pelkästä ravinnosta, vaan edellyttää samanaikaisesti useiden ravintoainevalmisteiden käyttöä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 8.)

Energiaravintoaineiden prosentuaaliset saantisuositukset päivän energian tarpeesta ovat yli 2-vuotiailla lapsilla samat kuin aikuisilla. Proteiinin osuus tulisi olla päivittäisestä energiansaannista 10–20%, hiilihydraattien 50–60% ja sokerin osuus alle 10%. Rasvaa saisi päivittäisestä energiansaannista olla 25–35%, josta kovaa rasvaa tulisi olla korkeintaan yksi kolmasosa. (Hasunen, Kalavainen, Keinonen, Lagström, Lyytikäinen, Nurttila, Peltola & Talvia 2004, 230.)

Lapsen keskimääräinen päivittäinen energiantarve painokiloa kohden on suurempi kuin aikuisen, koska osa lapsen päivittäisestä energiasta kuluu kasvuun ja kehitykseen. Taulukossa esitetyt 0-5 -vuotiaiden lasten painot ovat pohjoismaisten lasten keskipainoihin perustuvia. 6-17 -vuotiaiden lasten keskipainot perustuvat vuosien 1973–1977 keskiarvoihin koska viime vuosina lasten keskipainot suhteessa pituuteen ovat nousseet ja lihavuus yleistynyt. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 12-13.)

6–17-vuotiaiden keskimääräinen energiantarve on saatu arvioimalla kehon painon, sukupuolen ja iän avulla perusaineenvaihdunnan energian kulutus, joka on kerrottu fyysistä aktiivisuutta osoittavalla kertoimella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 12–13.) Alla olevassa taulukossa esitellään 2-7 -vuotiaiden lasten päivittäinen energiantarve suhteutettuna ikä keskimääräiseen painoon ja sukupuoleen.

Taulukko 2. Energiantarpeen viitearvot lapsille ja nuorille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 12-13).

<b>ikä vuosina</b>	<b>keskimääräinen paino kg tytöt</b>	<b>keskimääräinen paino kg pojat</b>	<b>arvioitu energiantarve MJ/vrk (kcal/vrk) tytöt</b>	<b>arvioitu energiantarve MJ/vrk (kcal/vrk) pojat</b>
<b>2</b>	<b>12,5</b>	<b>13,2</b>	<b>4,4 (1050)</b>	<b>4,7 (1120)</b>
<b>3</b>	<b>14,9</b>	<b>15,4</b>	<b>4,9 (1170)</b>	<b>5,5 (1310)</b>
<b>4</b>	<b>16,6</b>	<b>17,3</b>	<b>5,3 (1270)</b>	<b>5,7 (1360)</b>
<b>5</b>	<b>19,2</b>	<b>19,4</b>	<b>6,1 (1460)</b>	<b>6,3 (1510)</b>
<b>6</b>	<b>21,1</b>	<b>21,4</b>	<b>6,8 (1630)</b>	<b>7,4 (1770)</b>
<b>7</b>	<b>23,7</b>	<b>24,8</b>	<b>7,2 (1720)</b>	<b>8,1 (1940)</b>

### 3.2 Lapsiperheen terveellinen ravitsemus

Lapsiperheen terveellinen ravitsemus perustuu säännölliseen ateriarytmiin ja monipuoliseen ruokavalioon. Säännöllinen ateriarytmi, joka sisältää aamupalan, lounaan, välipalan, päivällisen ja iltapalan, tuo lapsen päivään turvallisuutta. Lapsi on aikuista herkempi pitkien ruokailuvälien ja nälän aiheuttamalle väsymykselle. Säännöllinen ateriarytmi voi ehkäistä lapsen nälästä johtuvaa kiukuttelua ja ärtyisyyttä. (Hasunen ym. 2004, 19; Eisenberg, Olson, Neumark-Sztainer, Story & Bearinger 2004, 793.)

Lautasmalli on hyvä havainnollistamistapa esimerkki pääaterian terveelliseen koostamiseen. Lapsen ruoka-annos on pienempi kuin aikuisen. Aikuisen annoksessa kasvis-

ten osuuden tulisi olla puolet lautasen koosta kun taas lapsille riittää neljäsosa. Välipala voi täydentää ateriaa esimerkiksi marjojen, kasvisten, hedelmien ja viljavalmisteiden osalta. (Hasunen ym. 2004, 20.)

Kiire vaikuttaa perheiden ruokailuun. Monet perheet helpottavat ruuanvalmistusta käyttämällä valmisruokia, puolivalmisteita ja pakasteita. Monet vanhemmat tuntevat syyllisyyttä valmisruokien käytöstä. Syyllisyyden tunteminen on aivan turhaa, sillä valmisruuat ovat useimmiten ravitsemuksellisesti riittäviä. Valmisruoka-ateria saadaan monipuoliseksi lisäämällä siihen esimerkiksi hedelmä tai leipä. (Hasunen ym. 2004, 20.)

Kasvikset, hedelmät ja marjat ovat tärkeä osa ruokavaliota, sillä niistä saa runsaasti suojaravintoaineita ja kuituja, mutta vain vähän energiaa. Aikuisille suositeltu määrä on noin 400 grammaa eli viisi annosta päivässä. Käytännössä tämä tarkoittaa suomalaisen ruokavaliossa, että olisi hyvä sisällyttää yksi annos hedelmiä, vihanneksia tai marjoja jokaiselle aterialle. Yksi annos on esimerkiksi yksi omena, banaani tai appelsiini, 2 desilitraa salaattia, raastetta tai keittokasviksia, yksi porkkana tai muu juures tai 2 desilitraa marjoja. Määrään ei lasketa perunaa. Lapsille suositeltu määrä on kuusi kourallista päivässä lapsen oman kouran mukaan. Tällöin määrä kasvaa lapsen kouran mukana. (Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2005; Bantle, Wylie-Rosett, Albright, Apovian, Clark, Franz, Hoogwerf, Lichtenstein, Mayer-Davis, Mooradian, Wheeler & 2008.)

Täysjyväleipää ja muita viljavalmisteita, kuten myslä ja puuroa, on syötävä päivittäin lähes jokaisella aterialla. Lisäksi voidaan käyttää tummaa riisiä ja pastaa. Esimerkiksi lehti- tai murotaikinaleivonnaisia, joissa on paljon kovaa rasvaa, ei tulisi syödä joka päivä. Vähemmän rasvaa sisältävät pullat tai hiivataikinapohjaiset piirakat ovat suositeltavia kahvileipänä. (Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2005.)

Terveydelle hyödyllisiä tyydyttömiä eli pehmeitä rasvoja saa muun muassa kasviöljyistä ja niitä sisältävistä margariineista ja levitteistä. Ruuanvalmistuksessa tulisi käyttää kasvirasvalevitettä, öljyä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta. Rypsiöljyn käyttö on erityisen suositeltavaa, sillä sen rasvahappokoostumus on ravitsemuksellisesti erinomainen. (Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2005.)

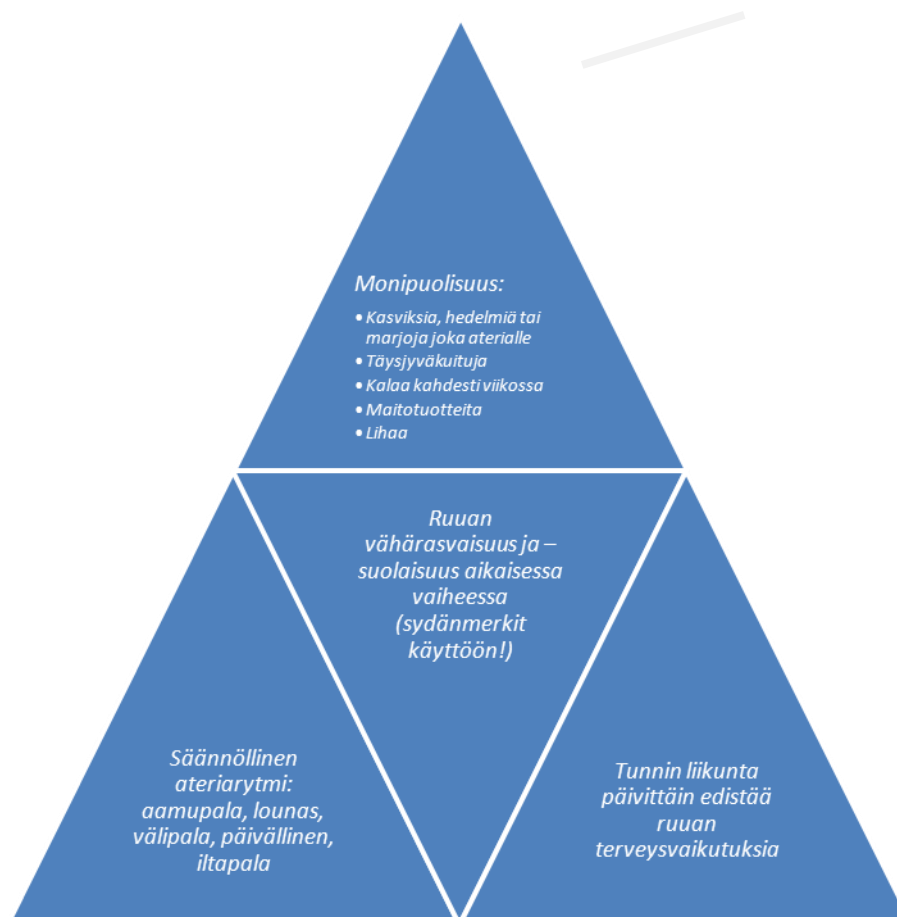
Kalalajeja tulisi syödä monipuolisesti välillä kalalajeja vaihdellen. Runsassuolaisia kalatuotteita, kuten silliä ja kylmäsavulohta, tulisi käyttää kuitenkin vain harvoin. Liha ja kala on suositeltavaa kypsentää ilman rasvaa, kermaa tai leivitystä. Lihan näkyvä rasva ja broilerin nahka poistetaan. Vähärasvaisia ja –suolaisia lihatuotteita, leikkeleitä ja makkaroita suositaan arkikäytössä. Vähärasvaiset ja -suolaiset tuotteet tunnistaa sydänmerkistä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005.)

Maitotuotteista tulisi valita vähärasvaisia tai rasvattomia tuotteita. Vähärasvaisilla tarkoitetaan sellaisia maitotuotteita, joissa on korkeintaan 1 % rasvaa (esim. Ykkös-maito). Rasvattomat tuotteet ja piimät ovat erinomaisia ruokajuomia. Jogurteista ja viileistä olisi hyvä valita vähän sokeria sisältävät vaihtoehdot. Lisäksi päivittäin voidaan käyttää muutama viipale juustoa (rasvaa korkeintaan 20 % ja suolaa 0,7 %). Rasvaisia juustoja, kermoja, vanukkaita, jäätelöitä (myös kasvirasvaisia) ja vaahdotettavia kasvirasvavalmisteita käytetään vain herkutteluhetkissä eli harvoin. Näillä valinnoilla minimoidaan tyydyttyneen eli kovan rasvan saanti. Kova rasva ja suola suurina määrinä altistavat sydän- ja verisuonitaudeille, sillä ne kalkkeutuvat valtimoihin. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005.)

Suurin osa ruokavaliomme suolasta tulee piilosuolana. Tämän vuoksi leikkeleistä, leivistä ja juustoista olisi valittava vähäsuolaiset vaihtoehdot. Makua ruokaan suolan sijasta saa esimerkiksi kasviksilla, yrteillä, hedelmämehulla ja suolattomilla mausteilla. Ruuanvalmistuksessa suolan käyttöä voidaan vähentää vähitellen. Silloin muutokseen on helpompi tottua. Suola voidaan vaihtaa myös mineraalisuolaan, mutta sitäkään ei saa käyttää normaalisuolaa enemmän. Harvoin syötäviä elintarvikkeita ovat runsassuolaiset suolapähkinät, sillit, salamat ja muut kestromakkarat, kylmäsavukala, säilötyt oliivit ja suolakurkut. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005.)

Liikunta ja suositusten mukainen ruokavalio täydentävät toistensa terveystaiteuksia. Ne eivät ole toistensa vaihtoehtoja. Lapsille ja nuorille suositeltava liikuntamäärä on päivittäin 60 minuuttia. Sen voi jakaa osiin. Lasten liikunta voi olla tavallista leikkimistä tai urheilua, kuten uintia, hiihtoa tai luistelua. Aikuisille sen sijaan suositellaan kohtuullisen kuormittavaa tai raskasta liikuntaa vähintään 30 minuuttia päivässä. Se voidaan jakaa esimerkiksi kymmenen minuutin jaksoihin. Tätä suurempi liikuntamäärä vain parantaa liikunnan terveystaiteuksia. 60 minuutin kohtuullisesti kuormittava

liikunta on suositeltavaa, jos haluaa ehkäistä painonnousuaan. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005.)



Kuvio 1. Terveellinen ruokavalio.

### 3.3 Leikki-ikäisen lapsen ruokailukäyttäytymisen kehittyminen

Lapset ovat luontaisesti epäluuloisia uusia ruokia kohtaan. Mieltymykset ruokiin kehittyvät hyvin varhaisessa vaiheessa. Lapsilla on geneettinen mieltymys makeaan. Myös mieltymys suolaiseen kehittyy puolen vuoden sisällä. Kitkeriä ja karvaita makuja ruvetaan inhoamaan aikaisessa vaiheessa. (Wardle & Cooke, 2008.) Neofobia eli varautuneisuus uusia ruokia kohtaan on lapsille tyypillistä. Keskimäärin lapsi tarvitsee 10–15 maistamiskertaa ennen kuin hän alkaa pitää uudesta ruuasta. Useimmat vanhemmat luovuttavat muutaman kerran kokeilun jälkeen. Lapsen ei ole heti pakko syö-



dä ruokaa; uuteen ruokaan voi totutella katselemalla, haistelemalla ja tunnustelemalla. Aikuisten esimerkki on lapselle tärkeä. Maistamista on hyvä kannustaa ja kehua, mutta ei liiallisesti, jotta lapselle synny paineita. (Hasunen ym. 2004, 137; Zabinski, Daly & Norman 2006, 814-821.)

Vanhemmille on hyvä korostaa, että lapsen ruokahalu voi vaihdella päivittäin ja kausittain. Lapsen ruokahaluun vaikuttavat muun muassa lapsen kasvunopeus, ulkoilu, unen määrä, terveydentila ja päivärytmin vaihdokset. Keskinäiset erot saman ikäisillä lapsilla voivat olla huomattavia. Myös nälän ja kylläisyyden tunteet säätelevät lapsen syömistä. Lapset tasaavat energiansaantiaan syömällä vähemmän runsasenergisien aterian jälkeen. Lapsi ei voi syödä yhtä paljon jokaisella aterialla ja terve lapsi ei kärsi, vaikka söisi välillä vähemmän. Monet vanhemmat ovat huolissaan lapsen vähäruokaisuudesta. Heidä on hyvä ohjata hyväksymään lapsen ruokahalun muutokset osana luonnollista kasvua. Heidän on opittava luottamaan siihen, että lapsi osaa säädellä omia ruokamääriään. (Hasunen ym. 2004, 137; Satter 1990.)

Lapset ovat yksilöitä, joiden taidot ja tottumukset kehittyvät eri lailla. Vanhempien on kuitenkin hyvä huomioida tiettyjen ikäkausien herkkyysskaudet, jolloin on otollista harjoitella ruokailuun liittyviä asioita. Sotkeminen, kokeileminen ja leikkiminen ovat osa syömään opettelemista. Neuvolatyöntekijöiden on hyvä tukea vanhempia kestämään lasten sotkuisuutta. (Hasunen ym. 2004, 137.)

1-2 vuoden iässä lapsi alkaa syödä samaa ruokaa muun perheen kanssa. Säännöllinen ateriarytmi on varsinkin tässä iässä tärkeää. Ruokailuun liittyviä rituaaleja opetellaan. On tärkeää, että toimet toistuvat samalla tavalla, jotta lapsen opittu käyttäytymismalli eli skeema ruokailusta vakiintuisi. Omatoimista syömistä ja syömiseen keskittymistä kannustetaan ja opetellaan. Tämän ikäinen lapsi ei jaksakaan istua pöydässä kovin pitkään. Ruoka on tärkeä karkeuttaa ja liha pilkotaan. Ruokailuvälineinä toimivat sekä sormet että lusikka, sillä ne on helpoin opetella. Ruokalappu on aina tarpeen tämän ikäisillä lapsilla. Mukista juomista on myös tärkeä opetella. Ateriasta opetellaan kiittämään. (Hasunen ym. 2004, 143.)

3-4 vuoden iässä lapsi syö jo omatoimisesti. Hän harjoittelee käyttämään lusikkaa, haarukkaa ja veistä. Ruoka paloitellaan itse lihaa lukuun ottamatta ja leipä voidellaan. Lapsen on hyvä tässä vaiheessa opetella itsenäistä ruuan annostelua. Tässä ikävaiheessa hyvät ruokatavat otetaan jo huomioon: pöydässä istutaan rauhallisesti paikallaan ja syömiseen keskitytään, siistiä syömistä opetellaan ja ruokaa kunnioitetaan. Aikaraja on hyvä asettaa, sillä tässä iässä ruokapöydässä aikailu ja syömiseen unohtelu on yleistä. 3-4-vuotias on erityisen altis ottamaan mallia muista, ja hän nauttii muiden kanssa syömisestä. Tämän ikäinen voi osallistua ruokapuuhin, kuten kaupassa käyntiin, pöydän kattamiseen ja ruuanvalmistukseen. (Hasunen ym. 2004, 144.)

5-6 vuoden iässä lapsi annostelee ruuan itse. Sopivan annoksen arviointi tosin saattaa olla edelleen hankalaa. Lapsi käyttää syödessään mallikkaasti veistä ja haarukkaa ja syö siististi. Lapsi saa tässä iässä kuoria jo itse perunan ja hedelmät sekä avata purkkeja ja rasioita. Tämän ikäisen on jo viimeistään ymmärrettävä ja noudatettava sääntöjä. 5-6-vuotias syö jo enemmän ulkona, jolloin erilaisista ruokatavoista on hyödyllistä keskustella lapsen kanssa. Toverien esimerkki on tärkeä tämän ikäiselle. (Hasunen ym. 2004, 144.)

### **3.4 Aikuisen rooli lapsen ravitsemuksessa**

Vanhemmalla on oletettua suurempi rooli lapsen syömisessä. Vanhempien ruokakäyttäytyminen, asenteet ja mieltymykset siirtyvät helposti ruokailutilanteessa vanhemmilta lapselle. Jos vanhemmat eivät ole tottuneet syömään kasviksia, marjoja tai hedelmiä, syövät lapsetkin niitä huomattavasti harvemmin. Vanhempien tulisi välttää ruokien jakamista hyviin ja pahoihin lasten kanssa ruokaillessa. Omalla toiminnalla, eleillä tai sanoilla ei ole hyvä osoittaa negatiivisia mielipiteitä ruuasta (esim. ”Minä jätän nämä salaattit pupuille”; ”Rasvaton maito maistuu tiskirätille”), sillä ne tarttuvat nopeasti lasten toimintamalleiksi lasten kuullessa ne esikuviltaan. Jos vanhemmat syövät pöydässä olevaa ruokaa mielellään, lapsikin uskaltaa paremmin syödä sitä. Kun terveellisiä ruokia on tarjolla, ja vanhemmat syövät niitä, lapsi oppii, että ne ovat luonnollinen osa ruokavaliota. Muiden lasten esimerkki rohkaisee lapsia ja on todettu, että kodin ulkopuolella hoidettujen lasten ruokatottumukset ovat monipuolisempia. (Strenge 2010, 66; Sanders, Patel, Le Grice & Shepherd 1993, 64-73.)

Rhee (2006) määritteli neljä erilaista vanhemmuuden tyyliä: auktoritatiivinen (kunnioittaa lapsen mielipidettä, mutta asettaa selvät rajat), salliva (hemmotteleva, ei rajoja), auktoritäärinen (tiukka kuri) ja välttelevä (ei aseta rajoja). Tutkimuksen mukaan lapsella, jolla oli tiukka kuri, oli suurin riski ylipainoisuuteen ensimmäisellä luokalla. Auktoritatiivinen vanhemmuus-tyyli vaikuttaisi olevan kaikista ideaalein.

Johdonmukaisuus on ruokapöydässä tärkeää. Leikki-ikäinen lapsi tarvitsee selvät rajat mikä on sopivaa ja mikä sopimatonta ruokakäyttäytymistä. Ruokailun ohjaaminen omalla esimerkillä tekee tilanteesta lapselle turvallisen. (Hasunen ym. 2004, 142.)

Vanhempien kärsivällisyyttä ja perheen yhteisiä ruokasääntöjä saatetaan koetella lapsen tahtokautena. Silloinkin on hyvä pitää kiinni tietyistä rajoista (esimerkiksi tietyistä ruoka-ajoista, yhteisestä syömisestä, ja siitä, että ruokaa ei heitetä lattialle), mutta lasta ei saa pakottaa syömään. Lapsen kieltäytyttyä ruuasta asiasta ei tehdä suurta numeroa, vaan lautanen korjataan muiden perheenjäsenten lautasten kanssa samaan aikaan pois. Vanhempi vaikuttaa ruuan valintaan, mutta lapsi päättää itse määrän, jonka syö. Lapsilla on synnynnäinen kyky säädellä energiansaantiaan, ja vanhempien liiallinen puuttuminen syömiseen saattaa häiritä normaalin itsekontrollin kehittymistä ja siihen liittyvän näläntunteen ja täyden olon tunnistamista. (Johnson 2000.)

Uutta ruokaa maistaessa lasta on hyvä kehua maltillisesti. Liialliset kehut tai moitteet saattavat tuottaa lapselle liikaa paineita ja maistelutilanteet voivat muuttua ahdistaviksi. (Strengell 2010, 69.) Lapsen hyviä suorituksia ruokapöydässä käyttäytymisestä ei ole hyvä palkita ruualla, sillä ahmimistaipumus näyttäisi olevan yleisempää niillä lapsilla, joita on palkittu. Tuputtaminen (”Koko lautanen on syötävä tyhjäksi”) tai syyllistäminen (”Miettisit Afrikan nälkäisiä lapsia”) ei edistä lapsen terveen itsetunnon tai myönteisen ruokailuilmapiirin kehittymistä. (Strengell 2010, 70; Birch & Ficher 1998, 539-549.)

Laaja tunteiden kirjo liittyy vanhemmuuteen. On normaalia tuntee itsensä välillä uupuneeksi, neuvottomaksi ja riittämättömäksi vanhempänä. Voimakkaat ristiriitaiset tunteet ja kysymykset nousevat usein esille arjessa pienen lapsen kanssa. Erityisesti ristiriitaisia tunteita voi nousta esiin ruokailutilanteiden ja syömisessä. Vanhempi joutuu usein tekemään paljon töitä, jotta saa lapseen yhteyden ja ruokailun sekä yhteisen ar-

jen sujumaan. Vanhempi voi kaivata apua, jos ruokailuun liittyy enimmäkseen ja jatkuvasti kielteisiä tunteita. On tärkeää löytää näissä tilanteissa myönteinen tapa toimia. Muuten on vaarana, että vanhempi leimaa itsensä suotta huonoksi ja lapsensa tuhmaksi. (Lehto 2010 78.)

Usein taustalla ovat vuorovaikutukselliset ongelmat, joiden vuoksi vanhemmat tuntevat olonsa ahdistuneeksi, syylliseksi ja epäonnistuneeksi, jos lapsella on syömiseen liittyviä ongelmia. Terveysammattilaisen on osattava kuunnella aktiivisesti, kun vanhempi kertoo lapsen syömiseen liittyvistä ongelmista. Sanattomiin viesteihin ja vallitsevaan tunnelmaan on osattava tarttua. Usein vanhemmat tuntevat olonsa helpottuneeksi, kun heiltä kysytään suoraan kysymyksiä ja he pääsevät kertomaan ongelmasta ja sen hetken tilanteesta. Erityisesti avoimia kysymyksiä kannattaa käyttää, sillä niihin vanhempi ei pääse vastaamaan lyhyesti vain joko ”kyllä” tai ”ei”. Lapsen lihavuuden hoidossa on tärkeää ottaa koko perhe mukaan ja yrittää vahvistaa äidin ja isän vanhemmuuden tunnetta. (Lehto 2010, 78.)

## 4 LAPSIPERHEEN RAVITSEMUSNEUVONTA

Ihmisten ruokakäyttäytymiseen vaikuttavat moninaiset asiat: ruuan maku ja nautittavuus, hinta, valmistamiseen vaikuttava aika, ruuan terveellisyys ja terveyden arvostus sekä ruuan alkuperän ja tuotannon eettisyys. Asiakkaiden tiedot ja taidot ovat eritasoisia ja tämä lisää ravitsemuskasvatuksen haasteita. Osa ihmisistä tietää ja lukee paljon haluten erityistietoa. Toisten tietomäärä taas on vähäinen, elämänhallinta ylipäättään on hankalaa ja käytännön ruuanvalmistustaidot puuttuvat. Asiakkaan tiedot saattavat olla hyvin yksityiskohtaisia, mutta kokonaisnäkemys puuttuu. Monet ihmiset tietävät ravitsemussuositukset, mutta ne eivät siirry arjen käytäntöön. Asiakasta tulisi auttaa tekemään hyviä arkiratkaisuja perheensä terveyden edistämiseksi. (Hasunen ym. 2004, 55.) Ravitsemusohjauksessa on otettava kattavasti huomioon perhe, sen voimavarat, elinolosuhteet ja ympäristö kokonaisuutena. Neuvonta on tuloksellista, kun sen lähtökohtina ovat yksilöllisyys, joustavuus ja perhekeskeisyys. (Hasunen ym. 2004, 57.)

Ravitsemusneuvonta ei ole yksisuuntaista ohjeiden jakamista vaan vuorovaikutteista dialogia asiakkaan ja hoitajan välillä. Ravitsemusneuvonnan tulisi kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Asiakkaalle tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta hänen annetaan tehdä ratkaisunsa itse. Lapset ja nuoret eivät kuitenkaan itse pysty tekemään yhtä valmiisti valintoja, ja ne edellyttävät aikuisen antamaa tukea ja ohjausta. (Hasunen ym. 2004, 57.)

Keskustelua ohjaavat asiakkaan elämäntilanne, arvot ja asenteet. Häntä tuetaan arvioimaan itse perheensä ruokailua. Neuvonta suunnataan havaitun tarpeen ja asiakkaan itsensä esille nostamien asioiden pohjalta. Huomio tulisi neuvonnassa suunnata ruokavalion kokonaisuuteen, ruokailutilanteisiin ja – rytmiin eikä pieniin yksityiskohtiin. Myönteistä palautetta on arvokasta antaa. Joka ruokavaliosta löytyy jotain hyvää. Muutosta vaativissa tilanteissa suorat käskyt ja ohjeistukset toimivat harvoin. Ne edellyttävät asiakkaan omien lähtökohtien ja ratkaisujen huomioimista; asiakas siis itse päättää mitä muutoksia hän on halukas ja valmis tekemään ruokavalionsa, ja neuvolahenkilökunta tukee ja motivoi päätöksissä. (Hasunen ym. 2004, 57.)

Ravitsemusneuvontaan on varattava riittävästi aikaa. Joissakin tapauksissa tarvitaan useita yksilöllisiä lisäkäyntejä ja ryhmäneuvontaa, esimerkiksi silloin kun selvitetään ravitsemuspulmia. Tarvittaessa konsultoidaan ravitsemusterapeuttia, ja perhe voidaan ohjata ravitsemusterapeutin yksilö- tai ryhmäohjaukseen. (Hasunen ym. 2004, 59)

Ratkaisukeskeinen työskentelytapa on todettu päteväksi lasten ravitsemusneuvonnassa. *Ratkaisukeskeinen lähestymisote* eroaa perinteisestä tavasta siten, että siinä ei etsitä syytä vaan keskitytään ratkaisuihin. Syy-seuraus-miettiminen on hyvin normaali tapa lähestyä asioita. Usein syiden miettiminen kuitenkin vie paljon aikaa ja saattaa oikeuttaa asiakkaan olemaan tekemättä mitään erityisesti, jos ongelman syytä ei tahdo löytyä. Ratkaisukeskeisessä neuvonnassa tavoitteena on miettiä sellaisia hetkiä asiakkaan elämässä, jolloin ongelma ei vaivaa tai sitä ei ole. Kuten jo aikaisemmin on mainittu, jokaisen ruokavaliosta löytyy jotain hyvää. Näitä saadaan selville esittämällä tulevaisuuteen suuntautuneita kysymyksiä. Tavoitteet asetetaan miettimällä ja laajentamalla jo aikaisempia onnistumiskokemuksia ja onnistuneita valintoja ja tekoja. Tavoitteet eivät siis tule ulkoapäin, vaan asiakas muodostaa ne itse omasta elämästään. (Heinonen 1998, 21.)

Tavoitteet olisi hyvä muodostaa pieniksi, sillä kerralla liian suuriksi asetettujen tavoitteiden saavuttaminen on vaikeaa ja asiakas saattaa turhautua ja jättää koko urakan kesken. Tavoitteena olisi hyvä olla mieluummin aloittaminen kuin lopettaminen. Jos esimerkiksi asettaa tavoitteeksi karkkien syömisen lopettamisen, ihminen jää ikään kuin tyhjän päälle, kun taas muotoillessaan tavoitteekseen hedelmien käytön lisäämisen tavoite kohdistuu uuden, positiivisen asian tavoittamiseen. (Heinonen 1998, 22.)

#### **4.1 Ohjauksen aloitus**

Ylipainon hoidettaessa ohjaus aloitetaan selvittämällä asiakkaan ruokailutottumukset. Ruokailutilanteita selvitetään kyselemällä arjen aikataulua, ateriatyyppejä, yhteisten aterioiden mahdollisuutta, eri perheenjäsenten ruokailua, viikonlopun ruokailujärjestelyjä ja ruokailuilmapiiriä. Haastattelun tukena voi käyttää esimerkiksi erilaisia kyselylomakkeita, kuten frekvenssilomaketta, ruokakarttaa tai ruokapäiväkirjaa. Frekvenssilomake antaa karkean kuvan ruokavalion laadusta, ja se perustuu ruoka-aineiden käyt-

tötiheyden arviointiin. Ruokakartta on selkeäkäyttöinen sen kuvien ansiosta ja se auttaa hahmottamaan nopeasti onko ruokavalio riittävän monipuolinen. Ruokakarttaa on hyvä käyttää esimerkiksi lasten ja monikulttuuristen perheiden kanssa, jos yhteinen kieli on ongelma. (Hasunen ym. 2004, 59.)

## 4.2 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä

Alussa ohjaajan olisi hyvä pyytää asiakasta kertomaan ongelmastaan, sen syistä ja vaikutuksista ohjaustarpeen selvittämiseksi. On hyvä myös tiedustella mitä hän odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista parantaa se, että ohjaus perustuu sekä hoitajan että asiakkaan näkemykseen hoidosta. Ohjaajan on tärkeää havaita asiakkaan taustatiedot, mutta hänen on oltava tietoinen myös omista taustatekijöistään, jotka voivat vaikuttaa ohjaussuhteen etenemiseen ja ylipäättään syntymiseen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47.)

Jokainen vuorovaikutussuhde on ainutlaatuinen. Vuorovaikutukselta odotetaan luottamuksellisuutta ja turvallisuutta myös niissä tilanteissa, joissa asiakkaat tietävät ajatlevansa eri tavalla kuin hoitaja. Asiakkaan autonomiaa on kunnioitettava ja hoitajan on osoitettava luottamuksellisuutta, aitoa kiinnostusta sekä arvostusta asiakkaan asiaa kohtaan. Asiakasta tulee myös ymmärtää ja rohkaista. Omat ajatukset on hyvä ilmaista selkeästi ja esittää asiakkaalle kysymyksiä. Vuorovaikutukselle asetetut tavoitteet täyttyvät, kun toisen osapuolen odotukset ja toiveet selvitetään ja otetaan huomioon. Onnistunut vuorovaikutus edellyttää sekä asiakkaalta että hoitajalta tahtoa työskennellä yhdessä, samoja päämääriä ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 48.)

Toimiva ohjaussuhde vaatii sitä, että asiakas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Hoitaja on ammattinsa ja asiakas oman elämänsä asiantuntija. Hoitajalla on vastuu siitä, että asiakas tuntee oman asiantuntemuksensa, joten näin hän voi ottaa vastuulleen toimintaansa ja valintojansa. Toimivassa ohjaussuhteessa asiakas ja hoitaja voivat yhdessä suunnitella ohjauksen sisältöä, tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Molempien on oltava aktiivisia ohjaussuhteessa, jotta kaksisuuntai-

nen vuorovaikutus onnistuu. Asiakasta tulee tukea kertomaan taustatekijöistään, odotuksistaan, pyrkimyksistään ja tarpeistaan. Sanaton viestintä on myös tärkeää huomioida. Ohjauksen vaikutuksiin vaikuttaa merkittävästi millaiseksi ohjaussuhde rakentuu ja miten hyvin siinä huomioidaan asiakkaan tarpeet. Asiakasta on tuettava lisäksi aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. (Kääriäinen ym. 2005, 39–40.)

Motivointi on tärkeää, sillä ohjauksen tavoitteena on kannustaa asiakasta tutkimaan ja tutustumaan käyttäytymistä tai käyttäytymismuutoksia koskeviin oletuksiinsa, uskomuksiinsa ja asenteisiin. Asiakkaan nykyisen toimintatavan ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välistä ristiriitaa käsitellään motivoivassa ohjauksessa. Motivoivan ohjauksen avaimia ovat empatian ilmaisu, ristiriidan tuottaminen, väittelyn välttäminen, vastarinnan myötäily sekä pystyvyyden tunne. (Kynge ym. 2007, 49.)

### **4.3 Ravitsemusneuvonnan menetelmät**

Viime aikoina Suomessa on kehitelty useita päteviä työmenetelmiä elintapaneuvonnan avuksi. Yhteistä uusissa työvälaineissä on neuvonnan perhekeskeisyys ja perheen kannustaminen omien ratkaisujen löytämiseen. Näissä menetelmissä on pyritty pois tavanomaisesta valistuksesta, joissa asiantuntija on tiedottava terveysvalistaja. Asiakaslähtöinen keskustelu on mahdollistunut näiden uusien työvälaineiden kautta. Tällöin asiantuntijan rooli on ohjata sivusta ja tukea muutosta. Työvälaineet täydentävät toisiaan ja ovat sopivia terveysneuvontaan laajemminkin. (Tuomasjukka, Kyllönen, Ketola, Lagström & Aromaa 2010.)

Suomessa on kehitetty kolme uutta ohjausmenetelmää käytännön työn tueksi. "Neuvokas" helpottaa perheen elintapojen seurantaan. "Painokas" on terveysneuvonnan välineistö, joka auttaa asiantuntijoita perheen elintapojen ja voimavarojen puheeksi ottamisessa ja perheen sitouttamisessa tarvittaviin muutoksiin. "Makukoulussa" eli Saperemenetelmään perustuvassa menetelmässä lapsia johdatetaan terveellisten ruokaelämysten äärelle aistien avulla. Ravitsemustyön painopistettä voidaan muuttaa tiedon siirrosta sen soveltamiseen uusien työvälaineiden avulla. Perheet tarvitsevat voimauttavaa tukea ja innostavia kokemuksia terveellisestä ruoasta ohjauksen tueksi. Kuten sanonta kuuluu: "Ruokavaliota ei valita, vaan se opitaan". (Tuomasjukka ym. 2010.)



Alla on esitelty näiden kolmen menetelmän lisäksi muita ohjausmenetelmiä, joita Suomessa on käytetty tai olisi suositeltavaa käyttää perheen elintapamuutoksen ohjauksessa. Opinnäytetyön tekijät ovat itse tehneet Taulukko 3:n Arffmanin ja Hujalan (2010) toimittaman Ravitseminen neuvolatyössä-kirjaan pohjaten.

Taulukko 3. Ravitsemusneuvonnan menetelmiä.

Ravitsemusohjausmenetelmiä	Kuvaus	Apuna	Ominaisuuksia
TARMO-muistisääntö	”Tarkka, aikataulutettu, realistinen, mitattava, ja oma teko” Suunnitelmat tehtävä näiden kriteerien mukaan, jotta se onnistuu. Esim. suunnitelma ”Lisään kasvisten käyttöä” ei ole tarkka. Sen sijaan on helpompi noudattaa selkeää päätöstä.	Elämäntapamuutoksen suunnittelussa	Konkreettinen, selkeä
Muksuoppi	Ben Furmanin kehittämä ratkaisukeskeiseen psykologiaan perustuva menetelmä. Ei keskitytä ongelmiin vaan lähdetään harjoittamaan uutta taitoa. Lasta pidetään tasavertaisena. Oppi koostuu 15 askelmasta, kuten ”4. Voimaolento: Lapsi miettii itselleen mielikuvitushahmon tai voimaolennon, joka auttaa uuden taidon oppimisessa.”	Tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisessa	Perhekeskinen, voimavara-lähtöinen, lapsen itsetuottamusta vahvistava
Saperemenetelmä	Lapsi tutustuu ruokaan tutkien sitä tunto-, haju-, maku-, kuulo- ja näköaistin kautta leikkien. Saperen avulla voidaan edistää lapsen ravitsemuksellista kehitystä ja ehkäistä yksipuolisten ruokatottumusten kehittymistä. Menetelmä vähentää myös neofobiaa.	Maistelemisen opettelussa. Voidaan käyttää missä vain.	Aistimenetelmä, toiminnallinen, humanistinen, kannustaminen
Neuvokas perhemenetelmä	Sisältää apuvälineitä, joilla kartoitetaan perheen liikunta- ja ravitsemustottumuksia. Kortit kulkevat perheen mukana koko ajan. Henkilökohtaisia muutostavoitteita voi asettaa liikennevalojärjestelmän avulla. Sisältää myös koulutusmateriaalia terveydenhoitajille.	Elämäntapojen puheeksi ottaminen neuvolahoidossa, päivähoidossa ja kouluterveydenhoidossa.	Perhekeskinen, ratkaisukeskeinen
Painokas-työkalupakki	Pelinomainen työväline, jonka avulla perheen liikuntatottumuksia, ruokavalintoja, ajankäyttöä ja voimavaroja selvitetään ja otetaan puheeksi. Sisältää mm. pelilaudan ja diabetesriskilomakkeen.	Elämäntapojen tukemisessa ja lihavuuden ennaltaehkäisyssä	Toiminnallinen, perhekeskeinen
Mahtavat muksut – Ratkaisuja ylipainoisen lapsen hoitoon	Opas on tarkoitettu ylipainoisten ja lihaviiden leikki- ja alakouluikäisten ohjaukseen. Siinä käsitellään koko perheen hyvinvointia ravitsemuksellisten ja liikunnallisten elintapamuutosten kautta. Opas koostuu kolmesta pääosiesta: ensimmäisessä on tietoa ohjaajalle, toisessa ohjausaineistoa (mm. kotitehtäviä) ja kolmannessa lisäaineistoa.	Hoitamisen tueksi terveysalan ammattihenkilöille	Neuvonnallinen, asiakaslähtöinen, perhekeskinen, voimavara-lähtöinen, ratkaisukeskeinen
Sadutusmenetelmä	Lapselle annetaan mahdollisuus itse päättää kertomastaan asiasta. Ohjaaja ei anna sadulle aihetta, tee lisäkysymyksiä tai arvostelee satua. Satu kirjoitetaan muistiin ja ohjaaja kirjaa ylös havaintojaan. Lapsi rohkaisee ilmaistamaan itseään ja oppii vaatimaan itsensä kuuntelemista. Hänestä tuntuu, että hänen ajatuksiaan kuunnellaan ja arvostetaan.	Auttaa lasta itse osallistumaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Sopii ryhmähoitomuodoksi myös.	Itsetuntoa vahvistava, toiminnallinen

## Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät

Tutkimuksissa on todettu, että käyttäytymisen muutosta edistävät ohjausmenetelmät yhdessä ruokavalio- ja liikuntaintervention kanssa ovat tuottaneet parhaimpia hoitotuloksia (Salo ym. 2005). Käyttäytymisterapeuttiset ohjausmenetelmät auttavat asiakasta huomioimaan elämäntilanteensa ja kiinnittämään huomiota erityisesti muutosta tarvitseviin asioihin. Ne auttavat kehittämään konkreettisia tapoja uuden elintavan toteuttamiseen ja tarkkailemaan muutoksia. (Stewart ym. 2008.) Useimmissa uusimmissa tutkimuksissa oli hyödynnetty kyseisiä menetelmiä. Alla on esitelty käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä, joita artikkeleissa on käytetty hyödyksi.

Käyttäytymisterapeuttisiin menetelmiin kuuluvat tavoitteiden asettaminen, sopimuksen tekeminen, palkkiot tavoitteiden saavuttamiseen, itsensä tarkkailu, ympäristön ärsykkeiden kontrollointi, ongelman ratkaisu ja repsahduksen ehkäisy.

Välttämättömät **tavoitteet** ruokavaliossa, liikkumisessa ja vapaa-ajan käyttäytymisessä sovitaan lapsen, vanhemman ja ravitsemustieteilijän välillä. Asetettujen tavoitteiden on oltava pieniä, mitattavia, saavutettavia, nauhoitettavia ja ajoitettuja. (Stewart ym. 2005.)

Lapsi, vanhempi ja ravitsemustieteilijä allekirjoittavat yhdessä **sopimuksen**, jossa tavoitteiden saavuttamiseen sitoudutaan tietyllä aikavälillä (Epstein ym. 1985; Stark 2003). Vanhemmat sopivat ”palkkion” lapselle tämän saavuttaessa jonkin elintapamuutoksen. Palkkiot ovat hyvä kannustin ja vahvistus tavoitteiden saavuttamiseen. Palkkioiden tulisi olla pieniä, edullisia ja jotain muuta kuin ruokaa. (Epstein ym. 1985; Stark 2003.) Tavoiteltuja elintapoja, esimerkiksi ravitsemusta, liikuntaa ja vapaa-ajanviettoa, **kirjataan** ylös prosessin aikana. Tämä edistää motivaatiota siten, että lapsi kiinnittää huomiota elintapakäyttämiseensä ja tavoitteiden ylös kirjaaminen antaa lapselle ja vanhemmalle mahdollisuuden tarkkailla edistymistä tavoitteiden saavuttamisessa. (Foreyt & Paschali 2001; Stark 2003.)

Ympäristössä on hyvä **vähentää ärsykeitä**, jotka kannustavat huonoja elintapoja ja edistä uusia terveellisiä elintapoja. Vanhempien ei ole esimerkiksi hyvä ostaa tiettyjä ruokia tai lapsen ei ole hyvä kävellä tiettyjen kauppojen ohi matkallaan kodista kouluun. (Robinson 1999.) Perheen kanssa yhdessä tunnustetaan mahdolliset ”korkean

riskin” tilanteet, joissa voi olla vaikea pysyä tavoitteissa (esimerkiksi lomat, juhlat ja huono sää). Yhdessä tunnistetaan myös **esteet muutokselle ja mahdolliset ratkaisut** esteille. Tätä voidaan harjoitella esimerkiksi paperiharjoituksena, simulaationa tai roolipelinä. (Robinson 1999.) Ohjelman lopussa on tärkeää keskustella ja tarjota toimintamalleja, joilla autetaan **välttämään repsahduksia** entisiin elintapoihin. Etukäteen voi suunnitella toimintatavat vaikeisiin tilanteisiin ja jatkaa tai palata takaisin tavoitteiden asettamiseen ja itsensä tarkkailuun. (Robinson 1999.)

### **Motivoiva haastattelu**

Motivoivaa haastattelua on käytetty monissa erityisesti aikuisten elintapamuutoksissa, ja nyt sitä on sovellettu onnistuneesti myös lasten lihavuusinterventioissa. Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen toimintamalli, jossa korostetaan voimaannuttamista (empowerment) ja asiakkaan lapsen äänen kunnioittamista. Motivoiva haastattelu auttaa asiakasta osallistumaan päätöksiin itse. (Rollnick ym. 1999.) Lapsi itse määrittelee tavoitteensa ja muilla mukana olijoilla (esimerkiksi terveydenhoitajalla ja vanhemmalla) on yhteinen toimintasuunnitelma muutokselle. He myös sisäistävät, että muutos on jatkuva prosessi, joka tapahtuu ajan kanssa. (Hunt & Pearson 2001; Rollnick ym. 2005.)

Motivoivan haastattelijan on käytettävä työssään aktiivisia kuuntelutaitoja, kuten heijastamista, kehumista ja kertomista toisen sanomisista omin sanoin. Esimerkki: Lapsi: ”Mä tiän, että se karkkien syöminen on huono juttu, mut emmä tiä osaanko mä vähentää sitä”. Haastattelija: ”Susta siis tuntuu et karkkien syöminen on haitallista, mutta et osaa vähentää sitä”. Motivoivassa haastattelussa on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä. Ne ovat kysymyksiä, joihin ei voi vastata lyhyesti sanoin ”kyllä” tai ”ei”. Avoimet kysymykset, jotka alkavat sanoin ”miten”, ”mikä”, ”voisitko” ja ”pystytkö” käytetään ja miksi-kysymyksiä vältetään. Haastattelijan on myös hyvä käyttää puheessaan sanoja ”me” ja ”yhdessä” ”sinä”-sanan sijaan. (Hunt & Pearson, 2001.)

## **Transteoreettisen muutosvaihemallin huomiointi ravitsemusneuvonnassa**

Painonhallinnan tukemisessa keskeistä on motivoimisen taito. ”Itsemääräämisen teoriassa motivoiminen nähdään vastaamisena ihmisen kolmeen psykologiseen perustarpeeseen: itsemääräämisen tunteen, kyvykkyyden tunteen ja yhteenkuuluvuuden tunteen tarpeisiin. Teorian mukaan motivaatio on sitä kestävämpää, mitä sisäistetympää se on.” (Anglé 2010.)

Elintapamuutoksen tekeminen on haastavaa ja välillä siinä joudutaan ottamaan takapakkeja. Terveysammattilaisen on hyvä tunnistaa missä vaiheessa muutosta asiakas on. Tässä apuna voi käyttää Proschaskan ja DiClimenten (1983) kehittämää transteoreettista muutosvaihemallia, jossa on kuvattu asiakkaan muutoksen vaiheet ja neuvottu, kuinka terveysammattilainen voi auttaa asiakasta muutoksessa.

### **Vaiheet**

*Esiharkintavaihe* on terveydenhuollon ammattihenkilölle haastavin, sillä tässä vaiheessa asiakas välttelee muutokseen suuntautuvaa tietoa ja toiminta. Tässä vaiheessa ohjeet menevät ”kuuroille korville” ja ohjeita saatetaan käsittää intervention valinnan ja yksityisyyden vapauttaan loukkaavana ”terveysterrorismina”. Tällöin motivoivaa haastattelua kannattaa käyttää, sillä sen avulla asiakkaan asenteita voidaan muokata. Tahdikkaat, vuorovaikutteisuutta ja asiakkaan omaa aktiivisuutta edistävät kysymykset auttavat. (Iivonen 2006.)

Usein ihmisillä on alhainen motivaatio, jos heiltä puuttuu luottamus itseensä. Ajoittain muutoksen tekeminen voi vaihdella huomattavasti. Lähiympäristö vaikuttaa voimakkaasti motivaatioon. (Iivonen 2006.)

Seuraava vaihe on *harkintavaihe*. Silloin asiakas suhtautuu myönteisesti muutosta käsittelevään informaatioon ja itsetutkiskelu alkaa myös herätä. Harkinta- ja valmisteluvaiheessa tärkeitä tekijöitä ovat elintavan jatkamisesta koituvien haittojen ja lopettamisesta koituvien hyötyjen omakohtainen tiedostaminen ja vahva lopettamismotivaatio. (Iivonen 2006.)

*Valmistelu-* ja *toimintavaihe* vaativat keskittymistä, lujaa päättäväisyyttä sekä luottamusta omiin kykyihin. Asiakkaalle on tärkeää, että muutos on hänelle hyvin suunniteltu ja toteutettu tapahtuma, joka toteutuu omin ehdoin. Ympäristön ja läheisten antama tuki ja itsensä palkitseminen koetaan tärkeänä tässä vaiheessa. (Iivonen 2006.) Terveysammattilaisenkin kannattaa kannustaa ja antaa positiivista palautetta pienistäkin muutoksista.

Ylläpitovaihe perustuu kaikille edellä mainituille käyttäytymisen muutosprosesseille. Ärsykekontrolli ja vaihtoehtoisen käyttäytymisen vahvistaminen vahvistavat asiakasta pysyvään muutokseen. Vaihtoehtoinen käyttäytyminen tarkoittaa vaihtoehtoisen tekemisen valitsemista: jos lapsi esimerkiksi haluaisi muffinin, hän voi sen sijaan syödä porkkanaa tai mennä lenkille. Jatkoa ajatellen on tärkeää ennakoida tilanteita, joissa repsahtamisen vaara piilee. Tällaisia ovat esimerkiksi lomat ja juhlat. Mitä pidemmälle muutos edistyy, sitä vähemmän asiakkaat käyvät läpi kaikkia muutosprosesseja. (Iivonen 2006.) On muistettava, että repsahtaminen ei ole epäonnistumista vaan luonnollinen osa muutosprosessia. Repsahtamisen tapahtumisessa on hyvä puhua asiakkaan kanssa hänen tunteistaan ja muutosvaiheen ylläpidon hyödyistä.

## **5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja tuoda esille ravitsemusohjausmenetelmiä, joita on onnistuneesti käytetty ylipainoisten 2-7-vuotiaiden lasten ja heidän vanhempiansa ravitsemusohjauksessa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lasten ja heidän perheidensä terveyden edistäminen ravitsemuksellisesta näkökulmasta. Tavoitteena on myös lasten lihavuuden ehkäisy tarjoamalla tietoa ravitsemusmenetelmistä.

### **TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Mitä menetelmiä käytetään perheiden ravitsemusohjauksessa?

Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet positiivisesti ravitsemusneuvonnan onnistumiseen?

Leikki-ikäiset lapset on valittu tutkimuskohteeksi, sillä tämä ikäryhmä omaksuu uudet opit ja elämäntavat erinomaisesti. On havaittu, että lasten lihavuus alkaa 2-3 vuoden iässä. Imeväisikäiset ja leikki-ikäistä vanhemmat lapset rajataan opinnäytetyöstä pois, koska opinnäytetyön tekijöiden mielestä leikki-ikäiset lapset ovat tarkkarajainen kohderyhmä, jonka elämäntapoihin pystytään neuvolatasolla hyvin vaikuttamaan.

Varhainen ylipainoon puuttuminen vähentää riskiä aikuisiän lihavuuteen ja siten osaltaan ennaltaehkäisee kansansairauksia. Lasten ravitsemusohjaus tapahtuu pääasiassa neuvoloissa, jolloin läsnä ovat myös vanhemmat. Opinnäytetyössä tarkastellaan myös vanhemman roolin vaikutusta lasten ravitsemuskäyttäytymiseen.

## 5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kirjallisuuskatsaus, jonka materiaalina käytetään artikkelitietokannoista haettuja tietokantoja sekä tarvittaessa painettua kirjallisuutta. Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen: aikakauslehtiartikkeleihin, tutkimusselosteisiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää mistä näkökulmista ja miten asiaa on aiemmin tutkittu ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen kirjoittaja arvioi, vertailee, luokittelee ja kommentoi **olennaista** aikaisempaa tutkimusta (aikaisemman tutkimuksen keskeiset väittämät) sekä yleensä suhteuttaa sitä omaan tutkimukseensa. (Tawast, 2011.)

Tutkimuskysymyksiin vastataan valitun aineiston pohjalta. Artikkelien valinta tapahtuu tietyin valintaperustein sekä poissulkumenetelmää käyttäen. (Tawast, 2011.)

### Sisäänottokriteerit

Artikkeli löytyy kokotekstinä (Full Text)

Artikkelit ovat mahdollisimman tuoreita alkaen vuodesta 2005

Hakusanat ovat Vesa-ohjelman tarkistamia ja opinnäytetyön aiheeseen keskeisesti liittyviä sanoja (esim. ”counseling”, ”nutritio\*”, ”child\*”, ”promotion” ja ”ohjaus”, ”ravitsemusneuvonta”, ”ruokatottumukset”)

Artikkelit vastaavat tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusryhmänä ovat leikki-ikäiset lapset.

Artikkelit ovat Suomeen rinnastettavista olosuhteista.

### Poissulkukriteerit

Tutkimusmaa muu kuin Suomi, Ruotsi, Yhdysvallat, Englanti tai Australia

Artikkeli muu kuin suomen- tai englanninkielinen

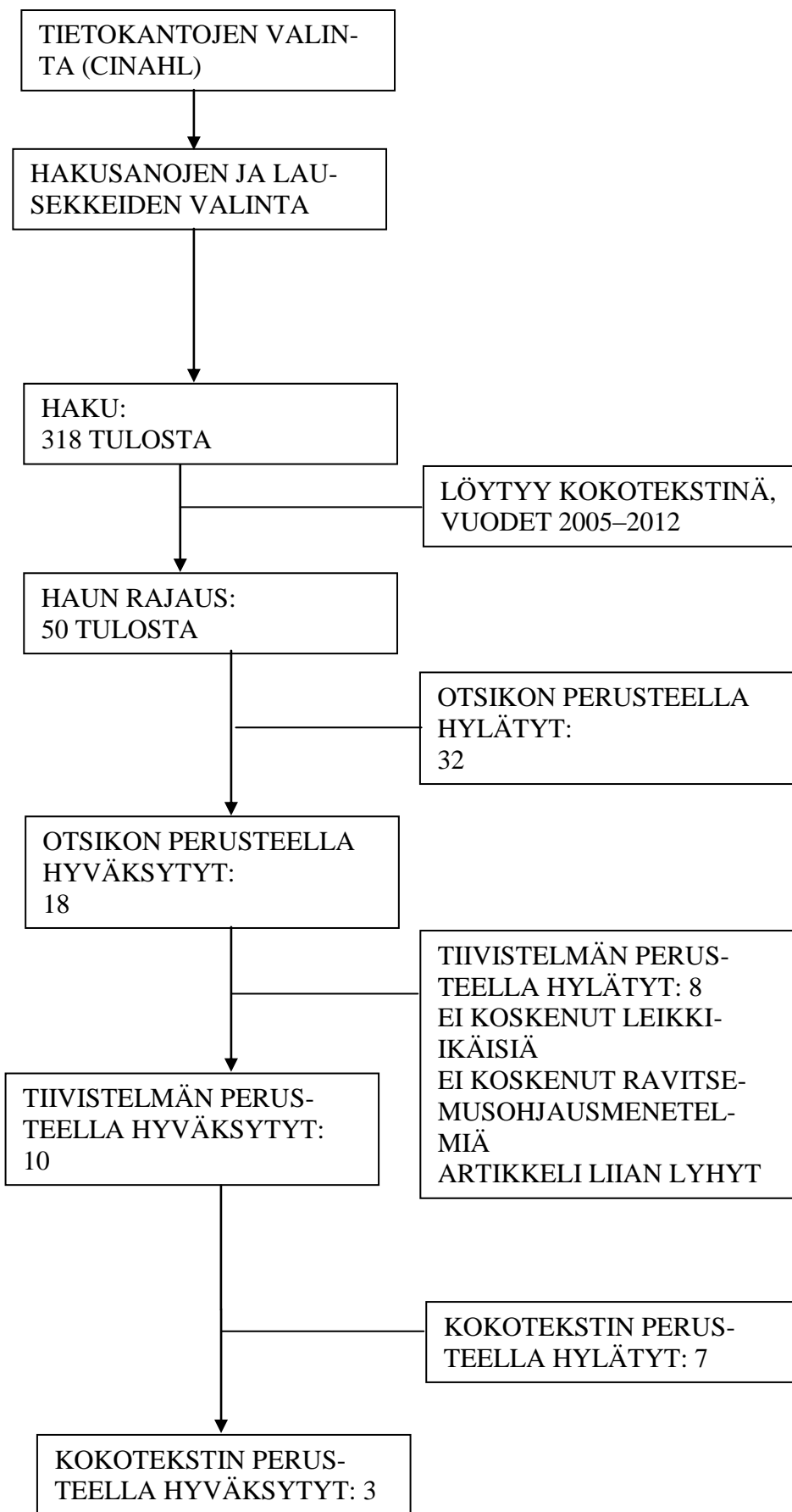
Artikkeli ei löydy kokotekstinä (FullText)



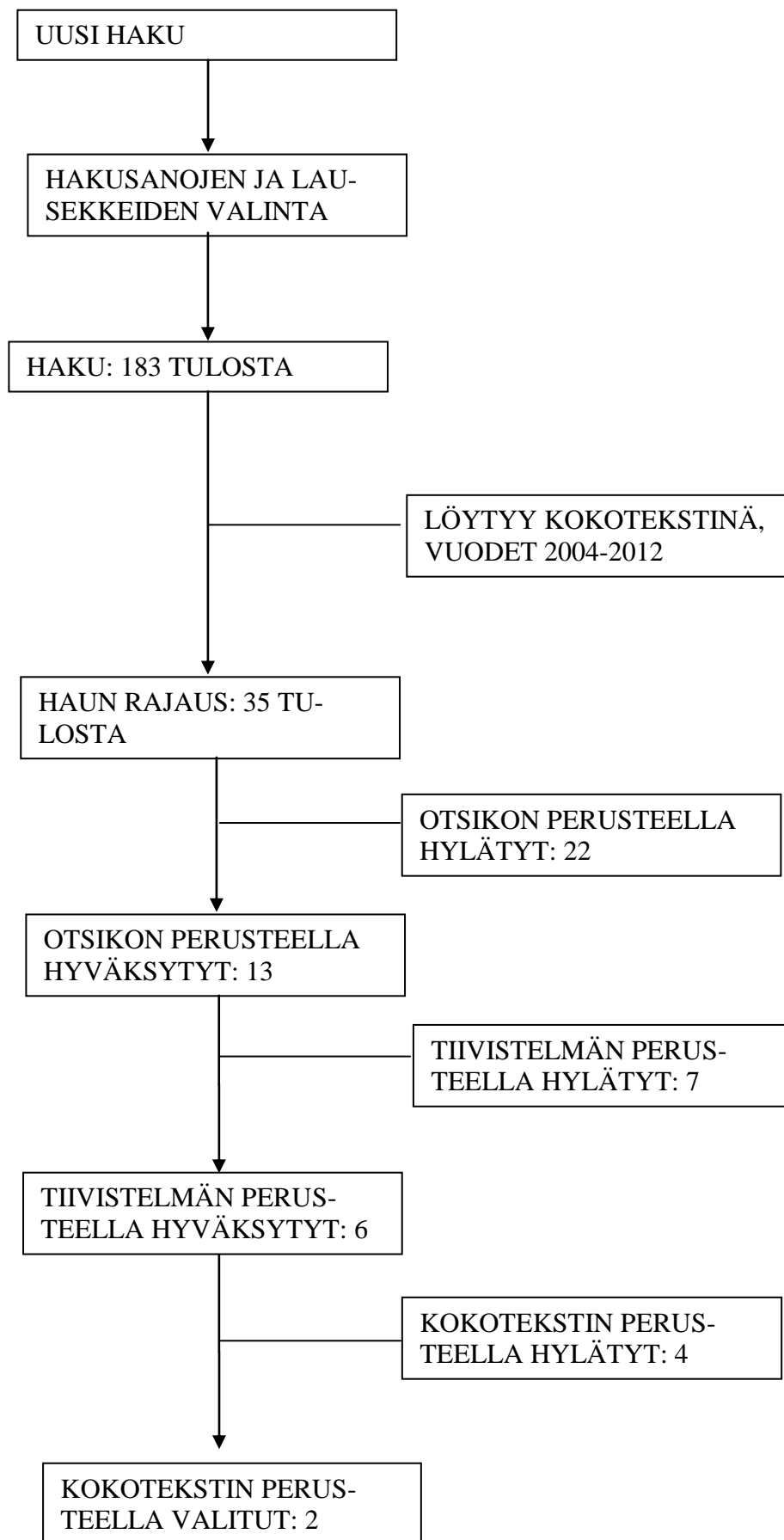
Katsausta varten esihakuja tehtiin tietokantoihin Aleksis, Medic, Cinahl, Linda ja eBrary. Myös lehtiportaaleja käytiin läpi. Haut rajattiin koskemaan suomen- ja englanninkielisiä lähteitä, joista oli olemassa kokoteksti (FullText). Haun aikajanaaksi asetettiin vuodet 2005–2012. Cinahl valittiin lähdetietokannaksi, sillä se oli ainut, jonka hauilla tuli opinnäytetyön kannalta olennaista tietoa. Haussa käytettiin apuna ammattikorkeakoulun kirjaston järjestämää Opparisaunaa eli henkilökohtaista tiedonhaun opastusta.

Boolean operaattoreilla yhdistettyjä hakusanoja käytettiin haussa. Yksittäisiä hakusanoja olivat mm. nutrition, obese, education, preschool, promotion, counseling, ohjaus, ravitsemusneuvonta, ruokatottumukset. Hakuja katkaistiin tähdellä (\*), jotta mukaan saatiin kaikki mahdolliset sanayhdistelmät. Sanoja yhdistettiin AND-sanalla. Haku nutritio\* educatio\* AND child\* AND obes\* tuotti yhteensä 318 tulosta. Hakua rajattiin valitsemalla kokoteksti (FullText) ja rajaamalla hakuvuodeksi 2005–2011, jolloin tuloksia saatiin yhteensä 50.

Artikkeleita valittiin vaiheittain. Ensin katsottiin otsikot, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijät tutustuivat tiivistelmään (Abstract). Kaikissa artikkeleissa ei ollut tiivistelmää, joten ne valittiin otsikon perusteella. Kokoteksti oli lopullinen tekijä, joka auttoi artikkelin valinnassa. Sisäänotto- ja poissulkukriteerejä käytettiin paljon tässä vaiheessa. Ensimmäisen haun perusteella valittiin kolme artikkelia. Toisessa haussa hakuvuodeksi otettiin mukaan myös 2004, sillä opinnäytetyön tekijöistä vaikutti siltä, että muuten aineistoa ei saada riittävästi. Toisen haun perusteella löydyttiin kaksi artikkelia. Hakuprosessit on kuvattu opinnäytetyöntekijöiden itse tekemissä kuvioissa 2 ja 3 seuraavalla kahdella sivulla.



KUVIO 2. Hakuprosessi



KUVIO 3. Hakuprosessi

## 5.2 Aineiston kuvaus

Tutkimusartikkeleita on kaiken kaikkiaan viisi, joista kaksi on Yhdysvalloista, yksi Englannista, yksi Australiasta ja yksi Ruotsista. Artikkelit poikkeavat paljon toisistaan, mutta niissä on myös yhtenäisyyksiä, joita opinnäytetyön tekijät pohtivat analysointi-vaiheessa. Tutkimusartikkelit on listattu sivulla 52 ja esitelty sivuilla 53-54.

## 5.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön tekijät käyttivät aineiston analysoinnissa laadullista eli kvalitatiivista menetelmää. Kvalitatiivisen menetelmän tavoitteena on eritellä tutkimuskohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Laadullisia menetelmiä on lukuisia ja niissä yhteisenä piirteenä korostuu muun muassa kohteen esiintymisympäristöön ja taustaan, kohteen tarkoitukseen ja merkityksiin, ilmaisuun ja kieleen liittyvät näkökulmat, täten elämismaailman tutkiminen. (Jyväskylän yliopisto.)

Tutkimusartikkelit analysoidaan teemoittelun kautta. Teemoittelu tarkoittaa laadullisen aineiston kategorisointia yksityiskohtaisempiin ryhmiin eli teemoihin. Teemoittelussa opinnäytetyön tekijät kiinnittävät huomiota aineiston laadulliseen sisältöön. (Kajaanin AMK, opinnäytetyöpankki.)

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Mitä menetelmiä käytetään perheiden ravitsemusohjauksessa

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli esitellä menetelmiä, joita on käytetty perheiden ravitsemusohjauksessa ja nostaa esiin ominaisuuksia, joita niitä toteuttaessa on ilmennyt. Tätä kysymystä tarkastellessa artikkeleista esiin nousivat viisi teemaa: Vanhemmuuden vahvistaminen, Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät, Elintapamuutoksen toteuttaminen, Lapsen itsetunnon vahvistaminen sekä Terveysammattilaisen itsevarmuuden vahvistaminen.

#### **Vanhemmuuden vahvistaminen**

Vanhemmuuden vahvistaminen nousi esiin useissa artikkeleissa. Vanhempien asenne ja rooli ovat tärkeitä tekijöitä elintapamuutoksen onnistumisen kannalta. Vanhemmille opetettiin artikkeleissa käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä, joilla toimia lasten kanssa. Vanhempia neuvottiin käyttämään stimulus kontrolli-menetelmiä eli rajoittamaan rasvaisten ruokien hankkimista kotiin. Heitä neuvottiin tarjoamaan lapsilleen herkuttelea aikana hedelmiä ja vihanneksia. Vanhempia tarkkailtiin siinä tarjoavatko he herkkuja lapsille. Vanhempia opetettiin olemaan välittämättä lasten kiukuttelu-kohtauksista, jotka liittyivät muihin ruokiin ja ruuista kieltäytymisiin. Vanhempien tuli kannustaa lapsia maistelemaan uusia ruokia, erityisesti vihanneksia. Liikunnallisuuden lisääminen kuului myös vanhemmille. (Boles, Scharf & Stark 2010.)

Vanhemmille annettiin mahdollisuuksia poistaa joitain ruoka-aineita kotoa tai he saivat sijoittaa ruoka-aineen takaisin kotiin. Vanhempien tuli tunnistaa ja selvittää esteitä uusien elintapojen ylläpitämiseksi esimerkiksi ruokapäiväkirjaa pitämällä. Koko prosessin ajan vanhempien kanssa keskusteltiin pitkäaikaisruokasuunnitelmista ja vanhemmuustaidoista. Tutkimuksissa on todettu, että elintapamuutoksessa auttaa, jos vanhemmalla on auktoritatiivinen kasvatustyyli (=kunnioittaa lapsen mielipidettä, mutta asettaa rajat). Useimmat tutkimuksissa mukana olleet vanhemmat omaksuivat

lopulta tällaisen kasvatustyylin. Vanhemmat tunsivat, että heillä on kannustava, mutta ei kontrolloiva rooli lasten elintapamuutoksissa. Perhekeskeisyys nousee esille myös näistä artikkeleista. (Boles ym. 2010.)

Yhden artikkelin tutkimusmetodin pohjana oli Vanhemmuuden roolikartta (Family Partnership Model). Tutkimuksessa koulutettiin terveydenhuollon henkilöitä käyttäen apuna reflektiivisiä menetelmiä ja ratkaisukeskeisiä tekniikoita. Voimavaraisuus korostui myös tutkimuksessa. Eräänä sisältönä koulutuksessa olivat vanhemmuus-aidot. Koulutuksessa mukana olleet kertoivat, että koulutuksen jälkeen he kykenivät kohtaamaan vanhemmat rohkeammin ilman tuomitsemusta ja osasivat tarjota riittävästi tietoa. Ennen he olivat antaneet tietoa liikaa. Koulutus auttoi ymmärtämään, kuinka muodostaa kumppanuussuhde vanhempien kanssa. Eräs koulutettava kertoi, että ”Teemme nyt *heidän* (vanhempien) *kanssaan*, emmekä *heille*.” (Rudolf, Hunt, George, Hajibagheri & Blair 2010.)

### **Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät**

Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät kiinnittävät huomion muutosta tarvitseviin asioihin. Käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä käytettiin toimivasti tutkimusaineiston lihavuuden interventiossa. Vanhempia koulutettiin vähentämään kotoaan ärsykeitä, lapset asettivat itse tavoitteita ja monitoroivat itseään. Lapsen itsetuntoa tuki se, että he saivat asettaa itse tavoitteet ja onnistua niiden saavuttamisessa. Palkkiot tavoitteiden saavuttamisesta motivoivat lapsia jatkamaan elintapamuutoksia. (Stewart ym. 2004.)

### **Elintapamuutoksen toteuttaminen**

Rajojen ja tavoitteiden asettamista toteutettiin käyttäytymisterapeuttisilla keinoilla (ks. s. 28–29). Se vaikutti olevalle tehokasta, sillä se samalla vahvistaa lasten itsetuntoa. Uuden maistaminen oli tärkeää kahdessa tutkimuksessa. Toisessa tutkimuksessa kehitettiin kuinka sosiaalisia markkinointikeinoja voitaisiin käyttää hyödyksi leikkikäisten lasten ravitsemusneuvonnassa. Teemaksi otettiin maistelu. Vanhemmille lähe-

tettiin ruoka-ainelista, joihin heidän tuli täyttää mitä ruokia heidän lapsensa syövät. Jos 95 % lapsista ruoka-aine oli uusi tai vain hieman maisteltu, se otettiin mukaan kokeilu-maisteluun. Maisteluun lapsia innostettiin lukemalla heille ruoka-aiheisia lastenkirjoja ja ottamalla mukaan maisteluun innostavat maskotit, jotka lapset itse valitsivat, ”ruokakaverit” (”Food Friends”). Myös vanhempien tuli innostaa lapsia uuden maistamiseen. Lapsista tuli ennakkoluulottomampia uusia ruoka-aineita kohtaan ja he olivat jopa innostuneita maistelusta. (Young, Anderson, Beckstrom, Bellos & Johnson 2004.) Toisessa tutkimuksessa lapsia palkittiin antamalla heille tarrataulukoita, joihin he saavat kiinnittää tarran aina kun olivat maistaneet jotain uutta vihannesta tai hedelmää (Boles ym. 2010).

Toisen käyttäytymisterapeutista pohjaa noudattavan intervention ohjeena oli kasvis-ten ja hedelmien lisääminen, rasvaisten ruokien ja ulkona syömisen vähentäminen, makeiden juomien rajoittaminen tai vähentäminen sekä annoskokojen opettaminen leikki-ikäisille. Myös liikuntaa tuli lisätä. Vanhemmat olivat interventiossa mukana siten, että heille opetettiin käyttäytymisterapeuttisia vanhemmuuskeinoja ja ärsykkeiden kontrolloimista. (Boles ym. 2010.)

Tutkimuksista kävi ilmi, että ruokakäyttäytymis-muutoksia oli helpompi tehdä kuin liikunnallisia muutoksia. Erityisesti makeista luopuminen ja hedelmien lisääminen vaikutti olevan lapsista ja vanhemmista suhteellisen vaivatonta ja ohje oli helppo ymmärtää. (Boles ym. 2010; Melin & Lenner 2009.)

### **Lapsen itsetunnon vahvistaminen**

Käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä käytetyissä tutkimuksissa on huomattu, että lasten itsetunto on vahvistunut tutkimusten aikana. Näissä tutkimuksissa lapset esittivät itse tavoitteensa, mutta ravitsemustieteilijä tarkasti, että ne olivat realistisia. Tavoitteiden asettaminen motivoi ja kannusti elintapamuutoksessa pysymiseen. Jos lapsi ei ollut pysynyt muutoksessa, hän uskalsi kertoa siitä rehellisesti. Lapset tulivat tietoisiksi elintavoistaan ja he ymmärsivät itse omat muutostarpeensa. Tämä lisäsi itseluottamusta ja paransi lasten itsetuntoa. Hoito paransi myös yhteistyötä koulukavereiden kanssa. (Stewart, Chapple, Hughes, Poustie, & Reilly 2008.)

Vanhemmat ylistivät tutkimusta ja lasten itsetunnon kohoamista. Eräs vanhempi kommentoi: ”Ennen tyttärentäni hävetti mennä liikuntatunneille, koska oli asioita, joita hän ei osannut tehdä. Hän ei osannut tehdä eteenpäin pyörähdyksiä ja se suututti häntä.” Toinen vanhempi sanoi: ”Lapset ovat tietoisempia nyt, kukaan meistä ei tykkää että kerrotaan mitä tehdään. Tämä oli niin kuin olisi muodostettu kumppanuus ja se toimi”. (Stewart ym. 2008.)

### **Terveysammattilaisen itsevarmuuden vahvistaminen**

Tutkimusartikkeleista kahdessa käsiteltiin terveysammattilaisten koulutusta ja sen vaikutusta leikki-ikäisten lasten lihavuuden ennaltaehkäisyyn. Toisessa artikkelissa henkilökunnan koulutukseen kuului lääkärin 90 minuutin luento lihavuuden lääketieteellisistä riskeistä ja fysioterapeutti kertoi 30 minuuttia lapsen liikunnan tarpeesta. Ravitsemustieteilijä luennoi 90 minuuttia siitä, kuinka ravitsemuksellista anamneesia tehdään ja mitä ravitsemuksellisia neuvoja on hyvä antaa. Sairaanhoidajia neuvottiin kuinka painokontrollointia koulussa tulisi käsitellä ja antoi ideoita dieettiin ja fyysiseen aktiivisuuteen.

Toisen artikkelin koulutus oli kaksipäiväinen ja se koostui Davisin (2002) Family Partnership Model-ohjelmasta. 137 ihmistä henkilökunnasta osallistui tutkimukseen. Koulutus kehitettiin kohtaamaan tarpeet, joiden avulla työskenneltäisiin eri tavalla kunnioittavammissa ympäristöissä vanhempien kanssa. Se yhdistettiin reflektiiviseen harjoitteluun ja lyhyisiin ratkaisuihin perustuvaan terapiaan, jotta elintapamuutosta pystyttiin kannustamaan. HENRY-ohjelma perustuu viiteen avaintekijään: vanhemmuustaitoihin, terveellisiin syömistapoihin, ravitsemukseen, liikuntaan ja henkiseen hyvinvointiin. Vanhempia ja ammattilaisia varten kehitettiin HENRY-opaskirja ja internet-oppimiskurssi.

Monille HENRY-ohjelmaan osallistuneille oli uutta ruokakäyttäytymisen merkitys ylipainon ehkäisyssä. Koulutus on rohkaissut käyttämään reflektiivistä työotetta, muuttamaan asenteita lihavuutta kohtaan sekä auttanut terveysneuvoja olemaan informatiivinen ja tukeva vanhempia kohtaan. Koulutus innostutti terveyskeskuksia lisäämään terveellisen ravitsemuksen ryhmiä, terveystietoisuus-tapahtumia, vieroitus-



ryhmiä sekä pohtimaan annoskokoja, vaihtamaan keksit hedelmiksi ja vähentämään herkutteluhetkiä. Kahdeksan osallistujaa suunnitteli toimittavansa Let's Get Healthy with HENRY-kurssin vanhemmille.

Ammattilaiset kommentoivat, että HENRY-ohjelmasta on tullut pääosa terveysterveystieteiden ohjelmaa. Sairaanhoidajat tunsivat olonsa itsevarmemmiksi ja heidän on helpompi selittää ongelmia, joita terveisiin elintapoihin liittyy. Henkilöstö vaikutti koulutuksen jälkeen kaiken kaikkiaan innostuneemmalta asiasta. Koulutus on antanut tietoisuutta siitä, kuinka muut ammattilaiset toimivat ja lisännyt tietoisuutta vaikeuksista, joita vanhemmat kohtaavat. Henkilöstö tuomitsi vanhempia vähemmän koulutuksen jälkeen. Jotkut terveysterveystieteiden olivat muodostaneet vanhemmille ohjausryhmiä ja ”think tank”-keskusteluryhmiä.

Henkilöstö omaksui oppeja omiin elintapoihinsa HENRY -koulutuksesta. Useat muuttivat elintapojaan terveellisen ruuan suhteen, pudottivat painoaan, liikkuiivat enemmän, tukivat toisiaan, tarjosivat lapsilleen terveellisempiä ruokia lounasbokseissa, söivät yhdessä koko perheen kanssa ja oppivat sanomaan lapsilleen ”ei”. Mahdollisuus harjoitella yhdessä paransi myös tiimityöskentelyä. Eräs ohjaaja sanoi, että ”Nyt henkilöstö oppi laulamaan samoja nuotteja”. Toisen johtajan mukaan henkilökunta oli positiivisempi sekä tukevampi ja avoimempi toisiaan kohtaan.

## **6.2 Positiivisesti ravitsemusneuvonnan onnistumiseen vaikuttavat tekijät**

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoitus oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat positiivisesti ravitsemusneuvonnan onnistumiseen. Tutkimusaineistosta nousi esiin kolme pääteemaa, nämä teemat ovat: Terveysterveystieteiden ammattitaito, Käyttäytymisterapeuttisten menetelmien käyttäminen terveysterveystieteiden neuvonnassa sekä Asiakkaan yksilöllinen huomiointi terveysterveystieteiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Jokaisen pääteeman alla on lisäksi tarkemmin eritelty alateemat, joiden avulla opinnäytetyön tekijät avaavat tarkemmin pääteemojen sisältöä. Alateemat sisältävät esimerkkilainauksen suoraa tutkimusaineistosta.

## **Terveysneuvojan ammattitaito**

**Terveysneuvojan koulutus ja kokeneisuus** käyttäytymisterapeuttisten menetelmien käyttämisestä terveysneuvonnassa vaikutti positiivisesti terveysneuvonnan onnistumiseen. Tutkimuksissa, joissa terveysneuvojan koulutus ja kokeneisuus tulivat ilmi, terveysneuvojat olivat joko kokeneita käyttämään käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä tai olivat saaneet erillisen koulutuksen niiden käyttämiseen asiakkaiden kanssa. (Melin & Lenner, 2009; Rudolf ym. 2010.)

*“Ravitsemustieteilijät, jotka suorittivat hoitoa olivat saaneet ammatillista koulutusta tekniikoista....”*

Asiakkaiden myönteiseen suhtautumiseen terveysneuvontaa kohtaan vaikutti ratkaisevasti **terveysneuvojan myönteinen asenne asiakasta kohtaan**. Asiakkaat kokivat positiivisina piirteinä terveysneuvojan empaattisuuden sekä kuuntelemisen ja kunnioituksen kohderyhmän mielipiteitä kohtaan. Positiivisena asiana asiakkaat kokivat myös sen, että suhde terveysneuvojaan oli tasavertainen ”kumppanuus”. Kuunteleminen sekä tasavertaisen, ”auttavan” suhteen muodostaminen asiakkaan kanssa on osa käyttäytymisterapeuttisia keinoja. (Stewart ym. 2008.)

*“Vanhemmat, jotka olivat mukana käyttäytymisterapeuttisissa menetelmissä, ylistivät prosessia, pitäen sitä lapsiystävällisenä ja puhuivat ”kumppanuuden muodostamisesta”.*

*“Yhteisymmärryksen muodostaminen ravitsemusneuvojan kanssa oli merkittävää vanhemmille positiivisen kokemuksen muodostamiseksi—“*

*“Ravitsemusneuvoja luo ”auttamis”suhteen lapsen kanssa ja tarjoaa turvallisen ympäristön, jossa heitä kuunnellaan ja ymmärretään; mikä tärkeintä, heillä on tilaisuus kertoa tarinansa ja saada tietoa”*

Joistakin artikkeleista nousi esiin terveysneuvojien epävarmuus omasta osaamisestaan sekä pelko ottaa lapsen lihavuus puheeksi vanhempien kanssa. Terveysneuvojat pelkäsivät muun muassa loukkaavansa lasten vanhempia koettaessaan puuttua lapsen yli-

painoisuuteen. Artikkeleista nousi esiin terveysneuvojien kokevan, että heillä ei ole tarpeeksi tietoa lihavuudesta eikä välineitä lähestyä vaikeaa aihetta. Saadut koulutukset koettiin omaa ammattitaitoa parantavina asioina. (Rudolf ym. 2010.) Opinnäytetyön tekijöiden mielestä **terveysneuvojan positiivinen kokemus omasta osaamisestaan** ja kokemuksen myötä taito ottaa puheeksi vaikeita asioita vaikuttavat ravitsemusneuvonnan onnistumiseen positiivisesti, sillä ongelmaan puuttuminen mahdollistaa neuvonnan onnistumisen.

*“Terveysammattilaiset raportoivat itsevarmuuden puutteesta heidän keskustellessaan ylipainoisuudesta vanhempien kanssa, erityisesti jos nämä itsekkin olivat lihavia, ja korostivat koulutuksen ja ammatillisen kehittymisen puutetta tällä alueella.”*

*“99 %:n mielestä koulutus oli hyödyllinen. Moni korosti sitä, kuinka tärkeää on reflektointi vanhempien tapaamisessa, erityisesti oletuksia ja heidän tuomitsemistaan sekä taipumusta antaa liikaa tietoa. Osa taas arvosti selvää, eteenpäin suuntautuvaa ravitsemustietoa.”*

### **Käyttäytymisterapeuttisten menetelmien käyttäminen ravitsemusneuvonnassa**

**Tavoitteiden asettaminen yhteistyössä asiakkaan kanssa ja onnistumisesta palkitseminen** vaikuttavat positiivisesti ravitsemusneuvonnan onnistumiseen. Tutkimusaineistosta nousi esiin, että kun lapsi itse saa osallistua omien tavoitteidensa asettamiseen itselleen, lapsen ravitsemusneuvonta onnistuu paremmin. Samoin onnistumisesta palkitsemisella oli positiivinen vaikutus. Itse asetettujen tavoitteiden saavuttaminen parantaa lapsen itsetuntoa ja itseluottamusta. (Stewart ym. 2008.)

*“Nämä vanhemmat kertoivat jatkuvasti, että tavoitteiden käyttö oli motivoinut ja kannustanut heidän lastaan tekemään ja jatkamaan elintapamuutoksia. Oli laajasti levinnyt tunne siitä, että lapset vaikuttivat nauttivan järjestelystä ja pitivät kiinni tavoitteista ja tämä auttoi itsevarmuuden kanssa.”*

Ravitsemusneuvonnan onnistumiseen **itsensä tarkkailu** vaikuttaa positiivisesti siten, että elämäntapojaan ja käyttäytymistään tietoisesti tarkastelemalla tietoisuus omista

elämäntavoista ja elämänmuutoksien tarpeesta kasvaa (Stewart ym. 2008). **Motivoivan haastattelun** käyttäminen osana ravitsemusneuvontaa nousi positiivisena asiana ravitsemusneuvonnan onnistumisen kannalta esiin tutkimusaineistossa (Stewart ym. 2008).

*“Novel treatment-vanhemmat huomasivat jatkuvasti, että vaikka elämäntavan monitorointi oli raskasta, itsensä tarkkailu lisäsi lapsen ja vanhemman tietoisuutta elintylyistään ja tarpeellisista muutoksista. Tämä oli erityisen hyödyllistä ohjelman alussa.”*

*“Molemmat tunsivat, että lapset olivat aktiivisesti ohjelmassa mukana ja he muodostivat toimivan suhteen ravitsemussuunnittelijan kanssa.”*

### **Asiakkaan yksilöllinen huomioiminen terveysneuvonnan suunnittelussa ja toteutuksessa**

**Kohderyhmälle sopivaksi todettu lähestymistapa ravitsemusneuvonnassa** on tärkeä huomioida, jotta ravitsemusneuvonta saadaan välitettyä halutulle kohdehenkilölle. Lapselle suunnatussa ravitsemusneuvonnassa täytyy huomioida lapsen ikä ja käyttää lapsen oman ikätason mukaisia asioita hyvän ravitsemuksen viestityksessä (Young, Anderson, Beckstrom, Bellows & Johnson 2004).

*“—CNN:ä auttaakseen kampanjasuunnittelussa, jossa osoitetaan, että “hauskuus” ja “leikkiminen” ovat avaimia onnistuneen tuotemerkkinointiyrityksiin, jotka on suunnattu 3-5-vuotiaille.”*

*“Esimerkit ravitsemusopetus-aktiviteeteista sisältävät muistiaktivoinnin, joka käyttää “Ruoka Kaverit Muisti Kortti Peliä”, maistelujuhlaa nimeltään “syötävät Ruoka Naamat”, sovelluksen ”Simon sanoo” nimeltään ”Ollie sanoo” sekä aistiarviointiharjoituksen nimeltään ”Hedelmä ja Vihannes Yllätys Pussit”. Toinen osio ohjelmasta on lukea satukirjoja, joissa on ”kokeile uusia ruokia”-teema. Kolmas osa ohjelmasta on mahdollisuudet kokeilla uusia ruokia 3 kertaa viikossa iltapäivän välipalana Head Start-luokassa.”*

**Kohderyhmän sosioekonomisen taustan huomioiminen ravitsemusneuvonnassa** on tärkeää, sillä se auttaa löytämään kohderyhmän ja väylät, joiden kautta sen saavuttaa. Ravitsemusneuvonnassa on huomioitava sosioekonominen tausta myös siksi, että lihavuutta esiintyy enemmän pienempituloisissa perheissä ja tästä johtuen perheiden tulot on osattava ottaa huomioon ruokasuunnittelussa. Perheen tietämys ruuasta, ruoanlaittotaidot, kulttuuri ja uskomukset ruoasta vaikuttavat ruokavalintoihin ja siksi ne on tärkeä ottaa huomioon ravitsemusneuvonnan suunnittelussa ja toteutuksessa (Young ym. 2004).

*“Myös yksilön tai perheen taloudelliset varat, tietoa ja käsitykset ruuasta ja ravitsemuksesta, ruoanlaittotaidoista ja etnisistä ja kulttuurillisista mieltymyksistä ja uskomuksista vaikuttavat mitä kulutetaan.”*

**Kohderyhmän ja heidän kanssaan työskentelevien mielipiteiden huomioiminen ravitsemusneuvonnan suunnittelussa ja toteutuksessa** on tärkeää. Toteutettava ravitsemusneuvonta on hyvä olla **esitestattu** kohdehenkilön/perheen kaltaisella joukolla. Esitestauksen jälkeen perheet ovat kertoneet mielipiteensä, jolloin tiedetään ennalta perheiden kokemukset ravitsemusneuvonnan mielekkyydestä ja onnistuneisuudesta. Jotta ravitsemusneuvonta voisi onnistua, on aiempien kokemusten lisäksi otettava huomioon jokaisen perheen yksilölliset elämäntilanteet ja huomioitava ne ravitsemusneuvonnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Ravitsemusneuvonta on asiakkaille miellyttävämpää jos he saavat kertoa mielipiteensä ja osallistua omaa elämäänsä koskevan muutoksen suunnitteluun.

*“On ymmärrettävää, jos asiakkaat suuntaavat ohjelman kehitykseen, sitä todennäköisemmin intervention tulee vaikuttamaan haluttuun käyttäytymismuutokseen.”*

*“Tutkimuksemme osoittaa, että vanhemmat pitävät lapsen painonhallintaa toteuttavan ravitsemussuunnittelijan taitoja ja asenteita erittäin tärkeänä ja että asiakassuuntautunut lähestymistapa, jota hoidossa käytettiin, loi positiivisen ja kannustavan ympäristön perheille.”*

Tutkimusaineistosta nousi esille **vanhemmuuden roolien merkitys** osana onnistunutta ravitsemusneuvontaa. Lapsiperheen onnistuneeseen ravitsemusneuvontaan vaikut-

taa positiivisesti auktoritatiivinen vanhemmuuden rooli, mikä tarkoittaa että vanhempi asettaa lapselle rajat, mutta antaa lapselle tilaa liikkua niiden sisällä. Auktoritatiivinen vanhemmuus antaa lapselle mahdollisuuden vastuun kantamiseen ja mahdollisuuden osallistua päätöksen tekoon. Terveysneuvojan on tiedostettava vanhemmuuden roolin merkitys osana onnistunutta ravitsemusneuvontaa. **Vanhemman positiivinen asenne** ravitsemusneuvontaa kohtaan on myös ensisijaisen tärkeää onnistumisen kannalta. Vanhempien myönteiseen asenteeseen vaikuttaa merkittävästi heidän tuntemuksensa terveysneuvojan asenteesta ja tavasta, jolla heitä kohdellaan. (Stewart ym. 2008.)

*“NT-ohjelman lähestymistapa osoitti edistävän autoritääristä vanhemmuus-mallia. Tämä voi olla hyödyllistä auttamaan lapsia kontrolloimaan omaa elintapaansa ja muutoksiaan, täten johtaen parempaan elintavan noudattamiseen.”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Haun luotettavuutta on syytä arvioida kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta arvioidessa. Haut on tehty sähköisiin tietokantoihin kahden opinnäytetyön tekijän toimesta ja haussa on käytetty terveysalan kirjaston informaation apua, joka lisää hakujen luotettavuutta. (Needleman 2002.) Hakuja on tehty useaan kertaan mahdollisimman uusista lähteistä. Taulukossa on kuvattuna vain onnistuneet haut. Luotettavuutta lisää se, että haut on tehty vain kielillä, joita opinnäytetyön tekijät ymmärtävät eli englanniksi ja suomeksi. Näin ollen väärinkäsityksiä materiaaleista ei ole tullut. Luotettavuutta heikentää se, että hakuja tehtiin ainoastaan sähköisiin tietokantoihin.

Opinnäytetyön tekijät ovat prosessoineet aineistoa pitkään. He ovat asennoituneet sen tekemiseen uteliaalla, mutta samalla myös terveen skeptisellä tavalla. Reflektio eli itsensä kriittinen arviointi ja ”heijastaminen” ovat kulkeneet tiukasti koko ajan työssä mukana. Opinnäytetyön tekijät ovat heijastaneet antamalla toisilleen palautetta useaan otteeseen. Tutkimuksen lähtökohtia, etenemistä ja lopputulosta on opinnäytetyötä tehdessä arvioitu. Tutkimuskysymyksiä on muutettu sopivammaksi prosessin aikana. Opinnäytetyön tekijät ovat pohtineet eettisiä kysymyksiä ja asioita koko opinnäytetyön aikana keskustelemalla ja viestejä vaihtamalla. Erityisesti on pohdittu sitä, kuinka tehdä ravitsemusneuvontaa siten, että lapset ja nuoret eivät kiinnitä liikaa ulkomuotoonsa tai painoonsa huomiota. Ohjauksen eettisyyttä on pohdittu useaan otteeseen.

Kirjallisuuskatsauksen tekijän on kirjattava ja perusteltava omat luokitteluperusteensa, jotta analyysin luotettavuutta voidaan arvioida (Mäkelä 1990). Opinnäytetyön tekijöiden on esitettävä analyysin tueksi riittävä määrä alkuperäishavaintoja, dokumentoitujen havaintojen aitoja kuvauksia tai suoria lainauksia tietojen antajalta, sillä analyysin luotettavuus syntyy sekä kokemusperäisten havaintojen että käsitteellisten luokittelujen loogisesta yhteensopivuudesta (Mackenzie 1994; Pyörälä 1994). Lukija voi arvioida luokittelun onnistuneisuutta, jos tutkimus on dokumentoitu selkeästi ja riittävästi

(Nieminen 1997, 219). Analysoinnin ja raportoinnin onnistumista on pohdittu tarkastelemalla muiden hyvin onnistuneita kirjallisia tuotoksia ja analysoinnin ohjeistusta.

## 7.2 Tulosten tarkastelu

**Vanhempien mukaan ottaminen ravitsemusneuvontaan on hyvin tärkeää.** Leikkiikäisten lasten kohdalla vanhemmat on otettava mukaan interventioon, jotta se onnistuu. Vanhemmat määräävät mitä lapset syövät ja pystyvät vaikuttamaan paljon lasten ruokakäyttäytymiseen ja valintoihin. Artikkeleissa vanhemmat otettiin mukaan opettamalla heille käyttäytymisterapeuttisia tapoja ja vahvistamalla vanhemmuutta. Artikkeleita tutkiessa opinnäytetyöntekijät huomasivat, että vanhemmat haluavat ohjaus-  
hetkiltä muutakin kuin keskustelua. He arvostavat muun muassa lapsiystävällisyyttä ohjaajilta.

Vanhempien on hyvä tiedostaa lapsen normaaliin kehitykseen kuuluva **neofobia**, sillä vanhemmat luovuttavat yleensä liian helposti lasten maistattamisessa ja ostavat lopulta vain sitä, mistä lapset pitävät. Ravitsemusneuvojan on hankala toimia myös, jos vanhemmat eivät ymmärrä tai hyväksy sitä, että heidän lapsensa on lihava. Tätä tapahtuu varsin usein. **Tietoisuutta lasten lihavuudesta olisi lisättävä vanhemmille** ja korostettava, että lapset eivät välttämättä kasva ulos vauvanpyöreystään.

**Asiakkaiden taustat** oli otettu hyvin huomioon useissa tutkimuksissa. Suurin osa artikkeleiden tutkimuksissa mukana olleista asiakkaista oli alemmasta sosiaaliekonomisesta luokasta. Espanjan kieltä käyttäville aineisto oli käännetty heidän omalle kielelleen. Lapset huomioitiin mainiosti. Using Social Marketing Principles to Guide the Development of a Nutrition Education Initiative for Preschool-Aged Children-artikkelissa lapset saivat valita heille mieluisimmat maistamiseen kannustavat maskotit ja heille oli valittu maistamista edistäviä lastenkirjoja.

Suoria positiivisia tuloksia saatiin vain tutkimuksista, joissa apuna käytettiin **käyttämisterapeuttisia keinoja**. Opinnäytetyön tekijät uskovat, että näiden keinojen avulla voitaisiin ehkäistä ylipainoisen lapsen stigmatoitumista, sillä lapsen itsetunto ja –  
luottamus kasvaa prosessin aikana. Ruotsalaisessa artikkelissa ongelmana oli, että osa tutkittavana olevista tytöistä alkoi tarkkailla ja miettiä liikaa painoaan, eivätkä he enää



uskaltaneet syödä herkkuja edes syntymäpäivillään. Muut koulukaverit myös ihmettelivät, mihin terveydenhoitajalle menevä lapsi on menossa ja lapsi täten leimautui.

**Ravitsemusneuvonnan täytyy herättää positiivisia mielipiteitä ihmisissä**, koska kukaan ei noudata huonoina pitämiään ohjeita tai tule ravitsemusneuvontaan, jos ajattelee siitä negatiivisesti. Jos ylipäätään haluaa tehdä elämänmuutoksen jonkin avulla, täytyy tämän aputahon kykyihin luottaa. Muutamassa artikkelissa osa onnistui pudottamaan esimerkiksi painoa, mutta joukossa oli aina myös niitä, jotka eivät onnistuneet siinä terapeuttisista keinoista huolimatta. Kokemus neuvonnasta oli silti positiivinen ja myönteinen jos kokemus auttavasta tahosta oli positiivinen.

Tutkimusten luotettavuutta lisäsi selvästi **esitetaus**, joita oli tehty neljässä artikkelissa viidestä. Saadut tulokset osoittavat, että artikkeleissa toimineet neuvonta- ja ohjausmenetelmät toimivat juuri artikkeleiden tutkimuksissa mukana olleille henkilöille ja ryhmille, mutta ne eivät sellaisinaan välttämättä toimisi uuden ryhmän kanssa. Koska artikkeleista saadut tulokset ovat vasta alustavia, niitä ei voi yleistää suurempiin ryhmiin. Tutkimuksia ja ohjausmenetelmiä voidaan pitää kuitenkin otollisena ohjenuorana ja suuntaa näyttävinä neuvoina. Käyttäytymisterapeuttiset menetelmät ovat selkeästi toimivia lasten lihavuuden ennaltaehkäisyssä.

Puutteena kirjallisuuskatsauksessa on, että artikkelit ovat pääosin amerikkalaisia tai amerikkalaista elämäntyyliä noudattavista kulttuureista. Suomessa ei muun muassa käydä syömässä ulkona yhtä paljon kuin Yhdysvalloissa. Artikkeleissa on yritetty muuttaa kotien ruokaympäristöä ja interventiot on pääosassa toteutettu kotona.

### **7.3 Johtopäätökset ja tulosten hyödyntäminen**

Alle kouluikäiset lapset tavoitetaan pääosin päiväkodissa, päivähoidossa ja neuvolas-  
sa. Täten tulokset koskettavat terveydenhuoltohenkilöstöstä eniten terveydenhoitajia ja lastenhoitajia. Äitiysneuvolan vastaanotossa olisi hyvä ottaa asiakkaan taustat perinpohjaisesti huomioon. Ohjaus on joidenkin vanhempien mielestä Suomessa melko standardisoitua, jolloin asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen ravitsemusneuvonnassa

saattaa jäädä puutteelliseksi. Tutkimusten pohjaltakin on huomattu, että konkreettinen ja yksilöllinen ohjaus on tehokkaampaa kuin normaali ohjaus.

Ulkomailla terveystammattilaisilla on ongelmana se, kuinka ottaa vanhempien kanssa puheeksi lasten lihavuus. Asian laita on samankaltainen Suomessa. Koulutusta terveystammattilaisille tarvitaan. Koulutuksessa voisi käsitellä reflektiivistä kohtaamista ja vanhemmuuden vahvistamista.

Vaikka Suomenkin lasten lihavuuden Käypä hoito-suosituksissa on kerrottu käyttäytymisterapeuttisten menetelmien olevan tehokkaimpia, on epäselvää, kuinka laajalti ne ovat täällä käytössä. Suomessa on vuonna 2011 tehty tutkimus, jossa käytettiin käyttäytymisterapiaa soveltavaa ryhmäohjausta. Tutkimuksen mukaan ylipainoiset kouluikäiset hoikistuivat enemmän intensiivisen perhekeskeisen painonhallinnan ryhmäohjelman avulla kuin lapset, jotka osallistuivat tavanomaiseen yksilöohjaukseen. (Kallavainen, 2011). Jatkotutkimukset voisivat käsitellä kuinka suosittuja ne ovat Suomessa ja kuinka ne ovat toimineet. Sapere- ja Neuvokas perhe-ohjausmenetelmät ovat jo rantautuneet tänne melko hyvin. Nykyaikana olisi myös tarpeellista tutkia toimiiko käyttäytymisterapeuttiset menetelmät interventiomuotona esimerkiksi verkkokurssina/koulutuksena. Tämä helpottaisi useampien ihmisten tavoittamista. Lihavuuden pitkäaikaisista vaikuttavuutta voitaisiin parantaa systemaattisilla seurantakäynneillä, jotka järjestettäisiin hoito-ohjelman jälkeen.

Opinnäytetyön myötä opinnäytetyön tekijät oppivat tarkastelemaan tietoa kriittisemmin ja hyödyntämään sitä tietopohjassaan. He oppivat myös loogista asioiden yhteen vetämistä ja linkittämistä eri lähteistä. Vaativaksi opinnäytetyön tekemisen teki se, että tutkimusaineisto oli englanninkielinen ja suurin osa lähteistä oli myös vieraskielisiä. Opinnäytetyön tekijöiden ammatillinen kielitaito on karttunut prosessin aikana merkittävästi. Opinnäytetyön tekijät pystyvät tulevaisuudessa käyttämään kartutettua tietoa kansansairauksien ennaltaehkäisevässä työssä sairaanhoitajana.

## LÄHTEET

- Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Yleiskatsaus. Suomen Lääkärilehti. 34/2010: vsk 65. S. 2691-2696.
- Arffman, S. & Hujala, N., Lehto, M. (toim.). 2010. Ravitseminen neuvolatyössä. *Varhainen vuorovaikutus ja ruokakäyttäytyminen. Ravitsemussuositukset neuvonnan taustalla*. S. 78, 128-140. Kustantaja Edita Prima Oy. Helsinki.
- Bantle, J.P., Wylie-Rosett, J., Albright, A.L., Apovian, C.M., Clark, N.G., Franz, M.J., Hoogwerf, B.J., Lichtenstein, A.H., Mayer-Davis, E., Mooradian, A.D., Wheeler, M.L. 2008. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Verkkosivusto. Viitattu 24.4.2012. <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=12188>
- Birch, L. & Fischer, J. 1998. Development of eating behaviours among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539-549.
- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., Mardell, J. and Parry, V. 2007. *Foresight, Tackling Obesities: Future Choices, Project Report 2nd Edition*, UK Government Office for Science
- Covington, K.S., Cybulski, M.J., Davis, T.L., Duca, G.E., Farrell, E.B., Kasgorgis, M.L., ym. 2001. Kids on the move: Preventing obesity among urban children. *American Journal of Nursing*, 101(3), 73-75, 77, 79, 81-82.
- Dunkel, L., Saarelma, O. & Mustajoki, P. 29.3.2011. Lasten painoindeksi (ISO-BMI). Duodecim – Terveyskirjasto. Verkkootikkeli. Viitattu 25.11.2011. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01073](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01073)
- Edmunds, L.D., Mulley, B. & Rudolf, M.C.J. 2007. How should we tackle obesity in the really young? *Archives of Disease in Childhood*, 92 (Toimit.1), A75.
- Eisenberg, M.E., Olson, R.E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Bearinger, L.H. (2004). Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 792-796.
- Eissa, M. A. & Gunner, K. B. 2004. Evaluation and management of obesity in children and adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 18 (1), 35–38.
- Furman, B. 2010. *Muksuopin lumous. Uusi tapa auttaa lapsia voittamaan psyykkiset ongelmat*. Kustantaja: Tammi. Helsinki.
- Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. 2001. Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 108(3), 712-718.

Friedlander, S.L., Larkin, E.K., Rosen, C.L; Palermo, T.M. & Redline, S. 2003. Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 117, s. 1206-1211.

Gable, S., Chang, Y. & Krull, J.L. 2007. Television watching and frequency of family ... risk for being overweight, *International Journal of Obesity* 31 (2007): 644–651.

Hassink, S. 2003. Problems in childhood obesity. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 30(2), 357-374.

Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola T. & Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka – Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2004: 11. S. 53-61. Kustantaja Edita Prima Oy. Helsinki.

Heinonen, L. 1998. Ratkaisuja ravitsemusneuvontaan – ongelmista onnistumisiin syömisen hallinnassa. s. 20-25. Kustantaja: Suomen Diabetesliitto ry. Tampere

Hunt, P. & Pearson, D. 2001. Motivating change. *Nurs. Stand.* 2, s. 45–52.

Iivonen, K. 2006. Prochaskan ja DiClimenten vaihe- ja prosessimallin soveltaminen ryhmäohjauksessa. Duodecim - Terveyskirjasto. Verkkosivusto. Viitattu 18.2.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00268#refs](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00268#refs)

IOM, Institute of Medicine of the National Academies. 2005. Progress in Preventing Childhood Obesity: Focus on Schools - Brief Summary: Institute of Medicine Regional Symposium. Verkkosivusto. Viitattu 23.10.2011. <http://www.iom.edu/Reports/2005/Progress-in-Preventing-Childhood-Obesity-Focus-on-Schools---Brief-Summary-Institute-of-Medicine-Regional-Symposium.aspx>

Jalanko, H. Lihavuus lapsella – Ennaltaehkäisy ja hoito. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 24.4.2012. Verkkosivusto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00443&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00443&p_haku=)

Janson, A. & Danielsson, P. 2005. Painonsa arvoiset. Lasten ylipainosta vanhemmille ja ammattilaisille. Helsinki: Edita Prima Oy, 145-146.

Johansson, K. 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A 51. Turku: Turun yliopisto, 2007.

Johnson, S.L. 2000. Improving preschoolers' self-regulation of energy intake. *Pediatrics* 2000;106:1429 - 35.

Jyväskylän yliopisto - Koppa. Laadullinen analyysi. Verkkosivusto. Viitattu 24.4.2012. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/laadullinen-analyysi>

Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpankki. n.d. Viitattu 16.3.2012. [www.kajak.fi](http://www.kajak.fi), Opiskelijoille, Opinnäytetyö, Opinnäytetyöpankki.

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. S. 39-40, 47-49. Kustantaja: WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Kyttälä, P., Ovaskainen, M., Kronberg-Kippilä, C., Erkkola, M., Tapanainen, H., Tuokkola, J., Veijola, R., Simell, O., Knip, M., Virtanen, S.M. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Helsinki: Kansanterveyslaitos 2008

Lagström, H., Hakanen, M., Niinikoski, H., Viikari, J., Rönnemaa, T., Saarinen M., Pahkala, K. & Simell O. Growth patterns and obesity development in overweight or normal weight 13-year-old adolescents – The STRIP study. *Pediatrics* 2008; 122: 876-83.

Lahti-Koski, M. 2005. Lihavuus. Teoksessa: Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. Suomalaisen terveys. Helsinki: Duodecim, 95.

LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. 2010. 3 Tulokset: 3.1 Lasten kasvu ja kehitys s. 35-37. Raportti 2/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.

Mackenzie, A.E. 1994. Evaluating ethnography: considering for analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 774-781.

Mikkilä, V., Lahti-Koski, M., Pietinen, P., Virtanen, S. & Rimpelä, M. 2002. Alkuperäistutkimus. Nuorten lihavuuteen ja koettuun painoon liittyvät tekijät. 2002, (118) 921-9.

Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus – Ongelma ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 295-296.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus, Painokaari Oy, Helsinki, 42-59.

Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen, R., Koponen P; Ovaskainen, M., Sippola, R., Virtanen S., Laatikainen T., LATE-työryhmä (toim.) Lasten terveys – Lagström, H. 2006. Lasten ja nuorten lihavuus: yleisyys ja muutokset Suomessa. Teoksessa: Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. Lihavuus, ongelma ja hoito. 3. Painos. Helsinki: Duodecim, 284-291.

Needleman, I. 2002. A guide to systematic reviews. *Journal of Periodontology* 2002; 29 (Suppl. 3): 6-9.

Nieminen, M. 1997. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka: 4.2 Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. 219. Kustantaja: WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Nuutinen, O. 1997. Lasten lihavuus. Kirjassa: Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A., Uusitupa, M. Lihavuus. Ongelma ja hoito. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 1998, 177-92.

Parsons, T.J., Power, C. & Manor, O. 2001. Fetal and early life growth and body mass index from birth to early adulthood in 1958 British cohort: longitudinal study. *BMJ*. Verkkosivu. Viitattu. 5.2.2012. [http://www.bmj.com/content/323/7325/1331?ijkey=82be6bb420566a67e7a65411fdf9350bbe4e185d&keytype=tf\\_ipsecsha&linkType=ABST&journalCode=bmj&resid=323/7325/1331](http://www.bmj.com/content/323/7325/1331?ijkey=82be6bb420566a67e7a65411fdf9350bbe4e185d&keytype=tf_ipsecsha&linkType=ABST&journalCode=bmj&resid=323/7325/1331)

Perrin, E.M., Flower, K.B., Garrett, J. & Ammerman, A.S. 2005. Preventing and treating obesity: pediatricians' self-efficacy, barriers, resources and advocacy. *Ambulatory Pediatrics*, 5, 150-156.

Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1, 4-14.

Rampersaud, G., Pedreira, M; Girard, B., Adams, J & Metz, J. Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105: 743-760.

Robinson, T. 1999. Reducing Children's Television Viewing to Prevent Obesity: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of American Medical Association*. Verkkosivusto. Viitattu 26.4.2012.

Rollnick, S., Mason, P. & McCambridge, J., Kinnersley, P., Elwyn, G. & Resnicow, K. 2005. Consultations about changing behaviour. *BMJ* 331, s. 961-963.

Rolls, B. J. (2003). The supersizing of America. Portion size and the obesity epidemic. *Nutrition Today*, 38, 42–53.

Salo, M., Angle, S., Kaukua, J., Ketola, E., Komulainen, J., Lipsanen-Nyman M., Nuutinen O., Pere, A., Vanhapelto T. & Veijola R. 1.8.2005. Lihavuus (lapset): Lasten lihavuuden hoito – Hoidon toteutettavuus ja arviointi. Käypä hoito-suositus. Verkkójulkaisu. Viitattu 25.11.2011.

Sanders, M., Patel, R., Le Grice, B. & Shepherd, R. 1993. Children with persistent feeding difficulties: An observational analysis of the feeding interactions of problem and nonproblem eaters. *Health Psychology*, 12: 64-73.

Satter, E. The feeding relationship: problems and interventions. *J Pediatr* 1990; 117: S181-S189.

Schwimmer, J.B., Burwinkle, T.M. & Varni, J.W. 2003. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Journal of Medical Association*, 289, s. 1813-1819.

Sihvola, S. 2000. Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampereen yliopisto. S. 49. <http://acta.uta.fi/>

Simell, O., Niinikoski, H., Ronnema, T., ym. 2009. Cohort Profile: the STRIP Study (Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project), an Infancy-onset Dietary and Life-style Intervention Trial. *Int J Epidemiol* 2009; 38:650 - 5.

Stewart, L., Chapple, J., Hughes A.R., Poustie, R. & Reilly J.J. 2008. The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. s. 466-472. Julkaisussa EBSCOhost Cinahl. Viitattu 25.10.2011.

Story, M.T., Neumark-Stzainer, D.R., Sherwood, N.E; Holt, K; Sofka, D; Trowbridge, F.L. & Barlow S.E. 2002. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics*, 110 (1 Pt 2), 210-214.

Suomen Sydänliitto ry. 2006. Neuvokas perhe-kortti. Verkkojulkaisu. Viitattu 29.11.2011. <http://www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe-kortti>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Lasten kasvunseurannan uudistaminen. Kasvunseurannan asiantuntijaryhmän raportti. Raportti 49/2011. Helsinki 2011.

Tawast, P. 2011. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Turun yliopisto – Humanistinen tiedekunta – Kulttuurituotannon ja maisematutkimuksen koulutusohjelma. Verkkojulkaisu. Viitattu 23.1.2012. <http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/satakunta/opiskelu/ohjeet/kirjallisuuskatsaus.html>

Te Velde, S.J., Van der Horst, K., Wind, M. & Brug, J. 2009. Mediators of energy balance related behaviours among children and adolescents. *Obesity Facts* 2009; 2:30.

Tuomasjukka, S., Kyllönen, J., Ketola, M., Lagström, H. ja Aromaa, M. 2010. Ravitsemusohjauksessa on huomioitava muutakin kuin suositukset. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2010;126(11):1295-302

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

Vanhala, M., Korpelainen, R., Tapanainen, P. Lifestyle risk factors for obesity in 7-year old children. *Obes Res Clin Pract* 2009; 3; 99-107.

Vuorela, N., Saha, M.T., Salo, M. Prevalence of overweight and obesity in 5- and 12-year-old Finnish Children in 1986 and 2006. *Acta Paediatr* 2009; 98: 507-12.

Wardle, J. & Cooke, L. Genetic and environmental determinants of children's food preferences. *Br J Nutr* 2008;19:15-21.

Wang, G. & Dietz, W. H. 2002. Economic burden of obesity in youths aged 6 to 17 years: 1979-1999. Julkaisussa *Pediatrics*, 109(5), 949-956.

Wills, J. (toim.) 2007. Promoting Health: Vital Notes for Nurses. Introduction: The Role of the Nurse in Promoting Health. Kustantaja Blackwell Publishing Ltd.

World Health Organisation, 2011. Data and statistics: Risk Factors. Viitattu 29.9.2011. <http://www.who.int/research/en/>

Zabinski, M., Daly, T. & Norman, G. 2006. Psychosocial correlates of fruit and vegetable fat intake among adolescent boys and girls. *J Diet Am Assoc* 2006; 106: 814-21.



## LIIITTEET

### Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset

Boles, R.E; Scharf, C. & Stark, L.J. 2010. Developing a Treatment Program for Obesity in Preschool-Aged Children: Preliminary Data. *Children's Health Care*, 39:34-58.

Melin, A. & Lenner, R.A. 2009. Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.2009; 23; 498-505.

Rudolf, M.C.J; Hunt, C; George, J; Hajibagheri , K. & Blair, M. 2010. HENRY: development, pilot and long-term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents of babies and preschool children to prevent childhood obesity. *Child: care, health and development*, 36, 6, 850-857.

Stewart, L; Chapple, J; Hughes, A.R. Poustie, V. & Reilly, J.J. 2008. The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The official Journal of The British Dietetic Association*. 21; 464-473

Young, L; Anderson, J; Beckstrom, L; Bellows, L. & Johnson, S.L. 2004. Using Social Marketing Principles to Guide the Development of a Nutrition Education Initiative for Preschool-Aged Children. *Nutr Educ Behav*. 2004; 36;250-257.

## Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimukset

Tutkimuksen tekijä(t), tutkimuspaikka, vuosi	Tutkimus	Tutkittava lihavuuden ennaltaehkäisy-menettely	Keskeiset tulokset
Melin, A. & Lerner, R.A. Göteborg, Ruotsi Vuosi 2009	Prevention of further weight gain in overweight school children	Kouluterveydenhoitajia koulutettiin kuinka kohdata ylipainoinen lapsi ja hänen vanhempansa	Terveydenhoitajat saivat hyvin seurattua lapsen painon kehitystä ja osalla se kehittyikin hyvään suuntaan. Osalle lapsista kehittyi tosin pakkomiellelle painon seuraamisesta.
Rudolf, M.C.J.; Hunt, C; George, J; Hajibagheri, K. & Blair, M. Leeds, Englanti Vuosi 2010	HENRY: development, pilot and long-term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents of babies and pre-school children to prevent childhood obesity	Terveysammattilaisia koulutettiin lasten ylipainon ohjaukseen.	Koulutus oli monen mielestä hyödyllinen. Moni korosti sitä, kuinka tärkeää on reflektointi vanhempien tapaamisessa, erityisesti oletuksia ja heidän tuomitsemistaan sekä taipumusta antaa liikaa tietoa. Osa taas arvosti selvää, eteenpäin suuntautuvaa ravitsemustietoa.
Young, Anderson, Beckstrom, Bellows, Johnson Australia 2004	Using Social Marketing Principles to Guide the Development of a Nutrition Education Initiative for Preschool-Aged Children	Kokeiltiin kuinka sosiaalisia markkinointikeinoja voitaisiin käyttää hyödyksi ravitsemuskoulutuksessa leikki-ikäisille lapsille. Teemaksi tuli maistelu.	Lapset tulivat kokeilun myötä avoimemmiksi uusien ruokien maisteluille.
Boles, R.E; Scharf, C. & Stark, L.J. Colorado Denver, Yhdysvallat 2010	Developing a Treatment Program for Obesity in Preschool-Aged Children: Preliminary Data	Lasten painoa ja pituuden kehitystä seurattiin vuoden ajan lisäten liikuntaa ja kehittämällä terveelliset ruokatottumukset opettamalla vanhemmille käyttäytymisterapeuttisia keinoja. Vanhempia pyydettiin vastaamaan moniin kyselyihin.	Seurannassa olleiden lasten paino laski ja heille kehittyi terveellinen ruokailumalli, mutta liikunta ei juuri lisääntynyt.
Stewart, L; Chapple, J; Hughes, A.R. Poustie, V. & Reilly, J.J. Glasgow, Liverpool, Englanti 2008	The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment	Käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä ja standardisoituja menetelmiä käytettiin ohjauksissa, ja niitä vertailtiin. Vanhempien reaktioita tarkkailtiin.	Vanhemmat, jotka olivat olleet käyttäytymisterapeuttisten menetelmien ohjauksissa, kehuivat ohjausmenetelmää. Standardisoidujen menetelmien ohjauksessa olleet vanhemmat eivät olleet yhtä tyytyväisiä.