
**ÄITIEN LAIHDUTUS- JA PAINONHALLINTARYHMÄ
LASTENNEUVOLASSA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivun kampus, 11.3.2013

Tiina Nikkanen



Lahdensivun kampus
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitaja AMK

Tekijä	Tiina Nikkanen	Vuosi 2013
Työn nimi	Äitien laihdutus- ja painonhallintaryhmä lastenneuvolassa	

TIIVISTELMÄ

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa laihdutus- ja painonhallintaryhmä Hämeenlinnan alueen lastenneuvoloiden äideille Hämeenlinnan keskusneuvolassa käyttäen apuna Käypä hoito -suosituksia (2010, 2011, 2012) elintapaohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea äitien laihdumista, painonhallintaa ja terveellisempien elintapojen omaksumista vaikuttaen koko perheen hyvinvointiin terveydenhoitajan elintapaohjauskeinoin. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös saada tietoa tämän tyyppisen laihdutus- ja painonhallintaryhmän tarpeellisuudesta ja tehokkuudesta sekä saada mahdollisia kehittämisohdotuksia terveydenhoitajan painonhallintaohjaukseen. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Hämeenlinnan terveystalouden liikelaitoksen lastenneuvola.

Aineisto muodostui teoriapohjasta, kyselystä, osallistujien henkilökohtaisista suunnitelmista laihdutukselle ja painonhallinnalle ja lopussa kerätystä suullisesta loppuarvioinnista. Opinnäytetyön laajuuden vuoksi aineisto käsiteltiin ja tulokset esiteltiin ilman varsinaisia tutkimusmenetelmällisiä analysointikeinoja.

Laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistui aluksi kuusi äitiä, joista yksi keskeytti alkuvaiheessa terveydellisten syiden vuoksi. Osallistujat pudottivat painoaan kolmessa kuukaudessa yhteensä 29,5 kg eli keskimäärin 6,49 % ja vyötärönympäryksestä 31,1 cm. Painoindeksien ollessa alkutilanteessa 32,3–37,2 kg/m² oli se lopputilanteessa 29,5 - 35,2 kg/m². Ryhmään osallistuneet äidit pitivät vastaavaa ryhmää tarpeellisena ja tärkeänä apuna elintapamuutoksessa. Laihdutuksessa tärkeimpänä kannustimena nähtiin vertaistuki. Elintapaohjauksella saavutettiin yksilöllisten hyötyjen lisäksi myös vaikutuksia koko perheen hyvinvointiin. Saavutetut hyvät tulokset tukisivat ajatusta, että terveydenhoitajan antama elintapaohjaus ja vertaistuen mahdollistaminen, olisi kannattavia ja suositeltavia käytäntöjä liikapainoisille tai lihaville äideille lastenneuvolassa.

Avainsanat Liikapaino, lihavuus, elintapaohjaus, laihdutus ja painonhallinta.

Sivut 52 s. + liitteet 10 s.

Lahdensivu Unit
Degree Programme in Nursing
Public Health Nurse

Author	Tiina Nikkanen	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Mothers Slimming and Weight Control -Group in a Child Welfare Clinic	

ABSTRACT

The purpose of this practice based thesis was to plan and implement a slimming and weight control group for mothers in child welfare clinics in the area of Hämeenlinna by using the Current Care Guidelines for 2010, 2011 and 2012 in lifestyle counselling. The aim of this thesis was to support mothers in slimming, weight control and adapting a healthier lifestyle effecting the whole family's wellbeing with the life style counselling methods of public health nurse. The aim was also to get information about the necessity and efficiency of this kind of slimming and weight control group. The aim was also to get possible developing suggestions to life style counselling given by public health nurses. Commissioner of thesis was child health centre at Hämeenlinna's Health Services.

The material consisted of theory background, a questionnaire, participants' personal plans to slimming and weight control and to spoken feedback given by the participants in the end of the group gathering. The material was written without any actual research methods because the extent of the thesis.

In the slimming and weight control group discussed in the thesis participated six mothers at the beginning, but one of the mothers had to quit because of health related reasons. The participants lost weight together 29,5 kilos and from the waistline they lost 31,1 centimeters in three months. The weight loss was on average 6,49 %. The Participants' Body Mass Index was in the beginning of the group between 32,3 and 37,2 kg/m² and in the end between 29,5 and 35,2 kg/m². The participated mothers thought that the slimming and weight control group was necessary and important to help in life style changes. In slimming the most important thing was peer support. Life style counselling benefited the individual and in addition also the wellbeing of the participants' families. The good results of the thesis support the thought, that the life style counselling given by public health nurse and the enabling of peer support to slimming and weight control group in the child welfare clinic would be an advisable policy.

Keywords Overweight, obesity, life style counselling, slimming and weight control

Pages 52 p. + appendices 10 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TEOREETTINEN VIIITEKEHYS	6
2.1	Liikapaino ja lihavuus.....	7
2.2	Terveystieteiden keinoja laihdutus- ja painonhallinnan ohjauksessa lastenneuvolassa.....	9
2.3	Laihdutus	13
2.3.1	Elintapaohjaus	14
2.3.2	Laihduttajan ruokavalio	16
2.3.3	Liikunta laihdutusvaiheessa	17
2.4	Painonhallinta	18
2.4.1	Energian tarve, saanti ja kulutus	19
2.4.2	Rasva	21
2.4.3	Hiilihydraatit ja ravintokuitu	21
2.4.4	Proteiini	22
2.4.5	Ruokien valinta, ruokavalion koostaminen ja ateriarytmi	23
2.4.6	Nesteen tarve ja juomat	23
2.4.7	Fyysinen aktiivisuus ja itsehavainnointi painonhallinnan apuna	24
2.5	Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus ja kriteerit laihdutus- ja painonhallintaryhmän äideille.....	25
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET	26
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	26
4.1	Opinnäytetyön prosessi.....	26
4.1.1	Kysely laihdutus- ja painonhallintaryhmään haluaville.....	27
4.1.2	Laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuvat	28
4.2	Laihdutus- ja painonhallintaryhmän sisällöt ja toteutus	29
4.2.1	Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomake	31
4.2.2	Ensimmäinen ryhmäkoostuminen	33
4.2.3	Yksilölliset ohjaajat koskien laihdutuksen suunnittelua.....	34
4.2.4	Toinen ryhmäkoostuminen	36
4.2.5	Kolmas ryhmäkoostuminen	37
4.2.6	Neljäs ryhmäkoostuminen	38
4.2.7	Yksilölliset ohjaajat koskien painonhallinnan suunnittelua	38
4.2.8	Viides ryhmäkoostuminen	40
4.3	Opinnäytetyön arviointimenetelmät ja aineistonkeruu	42
5	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
5.1	Tulosten tarkastelua	42
5.2	Johtopäätökset.....	45
5.3	Opinnäytetyön eettiset kysymykset	50
5.4	Opinnäytetyön luotettavuus	51
	LÄHTEET	53

- Liite 1 Kysely laihdutus- ja painonhallintaryhmään haluaville
- Liite 2 Kyselyyn ohjaava tiedonanto
- Liite 3 Muutosvaihemalli (Prochaska ym)
- Liite 4 Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle
- Liite 5 Suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta

1 JOHDANTO

Lihavuus on rasvakudoksen ylimäärää. Syitä lihavuuden lisääntymiselle löytyy useita, joista tärkeimmät liittyvät elintason tuomiin muutoksiin elintavoille. Lihavuus on suurimpia kansanterveysongelmia, koska se lisää riskiä vakaville sairauksille, heikentää elämänlaatua, lyhentää elinaikaa ja aiheuttaa valtavia kustannuksia terveydenhuololle. Lihavuuden ja sen tuomien sairauksien ehkäisyn tarve on tuotu esille erilaisissa sosiaali- ja terveystieteellisissä ohjelmissa (Hallituksen politiikkaohjelma 2007, 7; Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015, 33). Lihavuus on kuitenkin yksi huonoimmin hoidettu ongelma terveydenhuollossa, jonka laiminlyönti pitkällä aikavälillä tulee kalliiksi. Useimmat lihavuuden haitoista ja sairauksista olisivat torjuttavissa tai hoidettavissa tehokkaalla lihavuuden hoidolla. Sen konservatiivista hoitoa perusterveydenhuollossa tulisi lisätä, koska tarve lihavuuden hoidon systemaattiselle organisoinnille on suuri. (Käypä hoito -suositus 2011; Nieminen, Pietiläinen & Sane 2011, 804; Fogelholm, Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 14, 22; Lappalainen & Turunen 2007, 35.)

Vanhempien lihavuus on lapsuusiän lihavuuden merkittävä riskitekijä. Vanhempien lihavuuden ja liikunnallisen passiivisuuden on todettu olevan edistämässä heidän lapsilleen samoja ongelmia. Lasten lihavuus taas jatkuu usein aikuisikään, joten sen ehkäisyn toimet tulisi aloittaa jo neuvolaiässä. Parhaiten tämä tapahtuu tukemalla elintapamuutokseen sitouttamalla koko perhe siihen. Vaikuttamalla vanhempiin voidaan vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin, koska vanhempien malli ja oma toiminta vaikuttavat lasten liikunta- ja ruokailutottumuksiin. (Käypä hoito -suositus 2012, Mustajoki 2009, 9.) Neuvola- ja kouluikäisten lasten äideistä liikapainoisia olivat 40 % ja isistä 60 %, lihavia heistä oli äideistä 12–14 % ja isistä 14–16 %. (Hakulinen-Viitanen, Kaikkonen, Laatikainen, Markkula, Mäki, Ovaskainen, Virtanen & Wikström 2012, 7.) Lihavuudenhoidossa yksi merkittävä keino on elintapaohjaus. (Käypä hoito -suositus 2011).

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa laihdutus- ja painonhallintaryhmä Hämeenlinnan alueen lastenneuvoloiden äideille Hämeenlinnan keskusneuvolassa käyttäen apuna Käypä hoito -suosituksia (2010, 2011, 2012) elintapaohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea äitien laihdumista, painonhallintaa ja terveellisempien elintapojen omaksumista vaikuttaen koko perheen hyvinvointiin terveydenhoitajan elintapaohjauskeinoin. Tavoitteena on myös saada tietoa tämän tyyppisen laihdutus- ja painonhallintaryhmän tarpeellisuudesta ja tehokkuudesta sekä saada kehittämisehdotuksia terveydenhoitajan painonhallintaohjaukseen. Opinnäytetyön laajuus on 8 opintopistettä.

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmä kokoontui 19.9–18.12.2012 eli yhteensä kolme kuukautta. Ryhmäkokoontumisia järjestettiin viisi ja kaksi erillistä yksilöllistä ohjauksetta jokaiselle osallistujalle. Laihdutus- ja painonhallintaryhmä eteni ensin laihdutusvaiheessa ja loppupuolella siirryttiin ohjauksen sisällössä painonhallintavaiheeseen. Ohjaus painonhallintavaiheessa pyrki huomioimaan koko perheen terveellisten elintapojen omaksumista.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi neuvolaa varten laihdutus- ja painonhallintaryhmä materiaalia ja raportti ryhmästä saaduista kokemuksista, jota lastenneuvola voi tarvittaessa hyödyntää omiin tarpeisiinsa. Tietoperusta opinnäytetyöhön saatiin alan kirjallisuudesta.

lisuudesta, tutkimuksista ja suosituksista. Ryhmän ohjaajana toimi opinnäytetyöntekijä ja ryhmäohjaukseen asiantuntemusta toi myös Hämeenlinnan terveystieteiden liikelaitoksen ravitsemusterapeutti ja kuntahoitaja.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Hämeenlinnan terveystieteiden liikelaitoksen lastenneuvola. Yhteyshenkilönä toimi palveluesimies Virva Jäppinen. Laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistujat kerättiin Hämeenlinnan alueen lastenneuvoloiden äideistä kyselyllä (liite 1). Kyselyn pohjalta opinnäytetyön tekijä valikoi ryhmään kuusi osallistujaa lihavuuden Käypä hoito -suositusten kriteerien pohjalta, jotka on esitelty tarkemmin luvussa 2.5.

Ruoka ja syöminen parhaimmillaan edistävät fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä yhdistää perhettä. Ravinnon ja energian kulutuksen epätasapaino aiheuttaa ongelmia painonhallinnalle. Terveystieteiden liikelaitoksen neuvolassa päivittäin liikapainoisia tai lihavuudesta kärsiviä ihmisiä, joten opinnäytetyön aihe on ollut jo pitkään ja tulee tulevaisuudessakin olemaan ajankohtainen ja haastava. Haastetta ja oman ravitsemustietämysten kehittämisen tarvetta terveystieteiden liikelaitosten tuovat asiakkaiden ja perheiden erilainen tieto- ja taitotaso ravitsemusasioissa. (Armanto & Koistinen 2007, 203–206.)

Toiminnallisen opinnäytetyön avainsanoja ovat laihdutus, painonhallinta, elintapaohjaus, liikapaino ja lihavuus. Näitä käsitteitä on avattu teoreettisessa viitekehityksessä.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Kirjallisuushaut termeillä lihavuus, ylipaino, liikapaino, painonhallinta, laihdutus, ryhmäohjaus ja äiti tehtiin Vanaicatisissa, Nellissä ja Theseuksissa. Haut tuottivat paljon tuloksia lihavuuteen liittyen, joten hakua ei lähdetty laajentamaan muihin halupalveluihin. Lihavuutta on siis tutkittu ja kartoitettu paljon, joten tausta-aineistoa ja perusteluita aiheelle löytyi paljon. Opinnäytetöitä oli tehty jonkin verran lihavuuden ja painonhallinnan näkökulmasta, mutta ne kohdistuivat pääasiassa lapsiin ja nuoriin sekä raskausaikaan ja työikäisiin työterveyshuollossa. Nämä työt oli usein toteutettu ryhmäohjauksena ja osallistuvina opinnäytetöinä. Ryhmän ja vertaistuen merkitystä painonhallinnassa ja terveystieteiden liikelaitoksen roolia ohjaajana opinnäytetyönään oli selvittänyt Harju ja Orkola (2004). Täysin samasta kohderyhmästä tehtynä en löytänyt yhtään.

Opinnäytetyössä suunniteltava ja toteutettava laihdutus- ja painonhallintaryhmän teoriapohja perustui pitkälti aikuisten lihavuuden käypä hoito -suosituksiin. Sen vuoksi tässä kappaleessa avainsanoja (laihdutus, painonhallinta, elintapaohjaus, liikapaino ja lihavuus) käsitellään paljolti sekä Käypä hoito -suositusten (2010, 2011, 2012) että muun kirjallisuuden pohjalta terveystieteiden liikelaitoksen, lapsiperheen, pienten lasten äitien ja lastenneuvolaikäisten lapsien näkökulmasta. Laihdutus- ja painonhallintaryhmän rungoksi valitsin käypä hoito -suositukset, koska ne perustuvat systemaattisesti koottuun tutkimustietoon ja niitä päivitetään säännöllisin väliajoin. Suositukset ovat kaikkien saatavilla ja ajantasaisia sekä niihin perustuva toiminta on teoreettisesti perusteltua. (Käypä hoito -suositus 2011.) Koska käypä hoito -suositukset koskevat kaikkia aikuisia, on opinnäytetyön tuotoksena syntyvä materiaali neuvolaa varten näin myös laajakäyttöisempää.

2.1 Liikapaino ja lihavuus

Lihavuus on rasvakudoksen ylimäärää. Lihomisen syy on ihmisen elimistön liiallisessa energian saannissa kulutukseen nähden. Lihominen johtuu usein kierteestä, jossa lihavuuden aiheuttamat sairaudet ja haitat lisäävät entisestään painonnousua. Näitä syitä ovat muun muassa liikkumisen vaikeutuminen, henkiset vaikutukset ja dieettikierre. Lihavuus liittyy myös matalaan koulutustasoon ja heikkoon taloudelliseen asemaan kaikissa länsimaissa. Työttömyys, heikko taloudellinen tilanne lapsuudessa tai pienet tulot aikuisena sekä stressaavat elämäntilanteet saattavat olla altistavia tekijöitä lihavuuteen. Nykyinen elinympäristö on muuttunut myös lihottavampaan suuntaan elintason noustua, vaikka ihmisen elimistö ei ole muuttunut tuhansiin vuosiin. Näitä muutoksia ovat mm. istuva elämäntapa, ihmisten vähentynyt energiantarve elintapojen muututtua, yöunenhäiriöt, muutokset ruokailutottumuksissa ja ateriointitavoissa. (Mustajoki 2007, 8–21; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 9, 12; Käypä hoito -suositukset 2011; Laatikainen, Männistö & Vartiainen 2012.)

Suomalaisten ravitsemuksen suurimpia ongelmia ovat energian saannin ja kulutuksen välinen epätasapaino. Yhteiskunnallisella tasolla lihomista hillitsee yleinen suhtautuminen lihavuuteen ja sen terveystaakkojen sekä arkielämää hankaloittavien vaikutusten tiedostaminen. (Mustajoki 2007, 9; Käypä hoito -suositukset 2011.)

Lihavuuden luokittelussa käytetään yleisesti BMI- eli painoindeksiä (Body mass index), joka määritetään laskemalla paino jaettuna pituuden neliöllä (kg/m^2). Painoindeksin on todettu kuvaavan hyvin suhteellista painoa ja rasvakudoksen määrää. Kansainvälisesti on sovittu, että liikapaino alkaa BMI arvosta 25,0–29,9 ja lihavuus 30,0–39,9. BMI:n ylittäessä arvon 25 kg/m^2 , lisääntyy myös monien sairauksien vaara. Arvo BMI 30 kg/m^2 ja enemmän, lisää sairastuvuusriskiä suuresti. Liikapainosta käytetään myös nimitystä ylipaino, mutta tässä opinnäytetyössä käytetään termiä liikapaino käypä hoito -suositusten mukaan. (Käypä hoito -suositus 2011; Laatikainen, Männistö & Vartiainen 2012.)

Lihavuutta voidaan myös luokitella painoindeksiä täydentävällä vyötärönympärysmittalla, jonka mukaan naisilla yli 90 cm ja miehillä yli 100 cm kertoo merkittävästä vyötärölihavuudesta. Vyötärölihavuus eli suuri vyötärön ympärysmitta kertoo vatsaonteloon ja sisäelimiin kertyneestä liiallisesta rasvakudoksesta, joka on vaarallisempaa terveydelle kuin ihonalaisrasva. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Liikapaino ja lihavuus lisäävät merkittävästi monien sairauksien vaaraa tai pahentaa niitä. Riskiä lihavuuteen liittyvien sairauksien vaaraan lisää lihavuuden määrä, sen varhainen alkamisikä ja vyötäröpainotteinen lihavuus. Lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat mm. sepelvaltimotauti, tyypin 2 diabetes, kihti, kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, uniapnea, sappikivet, nivelrikko ja eräät syöpämuodot. Lihavuus lisää myös vaaraa astmalle, dementialle, hedelmättömyysongelmille, raskauskomplikaatioille, maksa-, munuais- ja haimasairauksille sekä erilaisille verenkiertoelimistön sairauksille. Lihavuus myös nostaa kuolemanvaaran riskiä. Lihavuudella on todettu myös olevan yhteys sosiaalisiin sekä psyykkisiin ongelmiin, sekä se heikentää yleisesti elämänlaatua. (Käypä hoito -suositus 2011; Nieminen ym. 2011, 804; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 13)

On arvioitu, että ilman lihavuutta ja tupakoinnin lopettamisella tyypin 2 diabeteksestä 60–80 % ja sepelvaltimotaudista noin 80 % jäisi ilmaantumatta. Lihavuus lisää myös riskiä työkyvyttömyydelle. On arvioitu, että miehillä peräti puolet tuki- ja liikuntaelin-

sairauksien ja sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamasta työkyvyttömyydestä johdettu lihavuudesta. (Nieminen ym. 2011, 804; Turku 2007, 13.)

Suomalaiset ovat pohjoismaiden toiseksi lihavin kansa islantilaisten jälkeen. Ilmiö on kuitenkin maailmanlaajuinen, koska on arveltu, että maailmassa on yli miljardi ylipainoista ihmistä. Suomessa todettiin FINRISKI-terveystutkimuksessa vuonna 2007 olevan yli 2 miljoonaa työikäistä liikapainoisia, joista lihavia oli 650 000. Naisista 25–74 -vuotiaiden ikäryhmässä vähintään 57 % oli liikapainoisia. Naisten liikapaino ikäryhmässä 35–44 -vuotiaat on lähtenyt nousuun vuoden 2004 jälkeen. Viimeisen 20 vuoden aikana on arvioitu, että lihavuus on yleistynyt naisilla 34 % ja miehillä jopa 75 %. (Laatikainen, Männistö & Vartiainen 2012; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 14; Turku 2007, 13; Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015, 33.)

Suomessa painoindeksi työikäisillä oli vuonna 2007 miehillä keskimäärin 27,0 kg/m² ja naisilla 26,3 kg/m². Vuoden 2012 FINRISKI-tutkimuksessa työikäisten painoindeksit olivat pysyneet melko samoina ollen työikäisillä miehillä 27,1 kg/m² ja naisilla 26,0 kg/m², eli huomattavaa muutosta ei ole viiden vuoden aikana tapahtunut. (Laatikainen, Männistö & Vartiainen 2012; Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015, 33.)

Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen -hankkeessa (LATE 2006–2011) laadittiin valtakunnallinen suunnitelma lasten ja nuorten terveysseurannan toteutuksesta. Hankkeen loppuraportissa todettiin, että lasten ylipaino on lisääntymässä ja riskiä sille lisää joko toisen tai molempien vanhempien lihavuus. Neuvola- ja kouluikäisten lasten äideistä 12–14 % on lihavia ja isistä 14–16 %. Ylipainoisia näistä äideistä on 40 % ja isistä 60 %. Leikki-ikäisistä lapsista ylipainoisia on eri lähteiden mukaan 6–15 %. Kun lapsen pituuspaino ylittää +20 % kasvukäyrän, luokitellaan lapsi ylipainoiseksi. Lapsuusajan lihavuus taas lisää riskiä aikuisiän painonhallintavaikeuksille ja sydän- ja verisuonisairauksille. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 7.)

Lihavuus ei ole kuitenkaan periytyvää, vaan geenit vaikuttavat alttiuteen lihoon. Alttiuteen lihoon lapsilla vaikuttavat lisäksi perheen sekä muiden lapsen kasvatukseen osallistuvien ruokailu- ja liikuntatottumukset ja -asenteet sekä ihmisen ympäristön muuttuminen lihomista suosivaksi. Ylipainon taustalla on monia sosiaalisia ja psyykkisiä syitä, mutta yleensä ympäristölliset tekijät ovat tärkeimpiä tekijöitä lasten lihavuuden synnyssä. Neuvolassa olisi keskeisintä kiinnittää huomiota lasten painonhallinnassa perheen arkiruokailuun, vuorovaikutustaitoihin sekä aktiivisen elämäntapaan. Motivoituminen lapsen painonhallintaan voi olla kuitenkin vaikeaa, jos perheen vanhemmatkin ovat lihavia. (Mustajoki 2007, 18–19; Lappalainen & Turunen 2007, 35; Fogelholm & Hakala 2006, 146; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 221; Kaikkonen ym. 2012, 7; Käypä hoito -suositus 2012.)

Raskauden aikana äideille annetaan tarvittaessa äitiysneuvolassa painonhallinta ohjauksena. Runsaan painonnousun raskauden aikana on todettu altistavan myös myöhemmälle painonnousulle ja pitkäaikaiselle ylipainolle sekä siihen liittyville ongelmille. Noin 15–25 %:lla äideistä painoa jää yli 5 kiloa synnytyksen jälkeen, osalle huomattavasti enemmän. Liialliseen painonnousuun ovat syynä mm. erilaiset ruokamieltymykset, ajatus kahden edestä syömisestä ja itselleen annettu lupa pitää taukoa painonhallinnasta. Liiallista painonnousua raskauden aikana ja sen jälkeen tulisi ehkäistä edistämällä tehokkaasti terveyttä. (Armanto & Koistinen 2007, 64; Kinnunen 2009, 11, 19; Mustajoki 2007, 17.)

Neuvoloissa olisi hyvä seurata lapsen kehittymisen lisäksi äidin painon kehittymistä, koska synnytyksen jälkeisistä liikkakiloista eroon pääsy saattaa olla hankalaa ja lisätä riskiä jatkuvalla lihomisella (Fogelholm & Hakala 2006, 150). On kuitenkin todettu, että äitien seuranta mm. raskausdiabeteksessa päättyy kuitenkin usein synnytykseen (Savolainen 2008, 28). Tällöin ohjaus painonhallinnassa ja elintapamuutoksiin myös päättyy. Lihavuus yleistyy myös huonosti nukkuvilla henkilöillä, joita pienten lasten vanhemmat usein ovat. (Mustajoki 2007, 17.)

Lihavuuden hoidon tavoite tulisi olla terveydenhuollossa ehkäisevä ja hoitava lihavuuteen liittyvissä tai sen vuoksi pahenevissa sairauksissa Käypä hoito -suositusten (2011) mukaan. Toimintakykyä ja elämänlaatua tulisi parantaa puuttamalla lihavuuteen. Edellytyksenä on, että elintapoja muutetaan terveelliseen suuntaan, pudotetaan painoa riittävästi sekä pyritään pysyviin tuloksiin. Hoidon tavoitteena tulisi olla vähintään 5 % suuruinen painon pieneneminen energian saantia vähentämällä ja sen kuluusta lisäämällä. Mitä nuoremasta henkilöstä on kyse, sitä tärkeämpää lihavuuden ehkäisy ja hoito on. Laihtuminen vaikuttaa edullisesti lihavuuteen liittyviin sairauksiin tai vaaratekijöihin sekä parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on käynnistänyt kansallisen lihavuusohjelman "Lihavuus laskuun - Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta 2012–2015". Ohjelmassa halutaan edistää niitä toimia, jotka ennaltaehkäisevät lihavuutta, pysäyttää iän myötä tapahtuvaa lihomista sekä auttavat tunnistamaan riskitapauksia lihavuuteen liittyvien sairauksien suhteen. THL on kutsunut mukaan laaja-alaisesti eri tahoja, joilla on mahdollisuus vaikuttaa ihmisten terveystapoihin, kuten esimerkiksi mediaa, kaupaa, terveydenhuoltohenkilöstöä, päättäjiä, kuntia ja eri järjestöjä. (Laatikainen, Mänistö & Vartiainen 2012.)

2.2 Terveydenhoitajan keinoja laihdutus- ja painonhallinnan ohjauksessa lastenneuvolassa

Lastenneuvolan keskeisenä voimavarana toimii terveydenhoitaja terveyden edistämisen ja perhehoitotyön asiantuntijana vastaten hoitotieteellisestä tasosta. Terveydenhoitaja tuntee oman alueensa väestön ja perheet, sillä hän tapaa perhettä noin 16-20 kertaa ennen lapsen koulun alkua. Terveydenhoitajan työtä ohjaavia arvoja ovat perhekeskeisyys, asiakaslähtöisyys ja voimavaralähtöisyys, joten hänen työnsä edistää ja vahvistaa koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 32; Armanto & Koistinen 2007, 22, 115.)

Neuvolan ravitsemusneuvontaa ohjaavat Suomalaiset ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005) ja vuonna 2009 voimaan tullut asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollosta. Asetuksessa ravitsemus on yksi keskeisistä aihepiireistä hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä, jossa tulisi huomioida koko perhe. (Arffman & Ojala 2010a, 11–12.)

Neuvolalla ja terveydenhoitajalla on tärkeä tehtävä lapsiperheiden ravitsemuskasvattajina, koska käytännössä kaikki lasta odottavat perheet tai lapsiperheet käyttävät neuvoloiden palveluja. Vanhemmat luottavat neuvolasta saatuun ravitsemusohjaukseen ja he uskaltavat ottaa puheeksi arjesta nousevia ruokailukysymyksiä tutuksi tulleen terveydenhoitajan kanssa. Ravitsemusasioiden esille ottamisessa ja selvittelyssä auttaa luottamuksellinen, vastavuoroinen ja tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde. Neuvolan ra-

vitsemuskasvatuksessa tärkeää on huolehtia ohjattavan itsemääräämisoikeudesta, jolloin ohjattava tekee ratkaisunsa itse. Tavoitteena on huomioida asiakasta ja perhettä kokonaisuutena ja kehittää hänen tai perheen omia edellytyksiä huolehtia terveydelle suotuisasta ravitsemuksesta. (Armanto & Koistinen 2007, 203; Arffman & Ojala 2010 a, 11.)

Haastetta ravitsemuskasvatukselle lisää asiakkaiden taitojen ja tietojen eritasoisuus, jolloin tulee huolehtia, että jokainen saa omista lähtökohdistaan käsin asiallista ja hyödynnettävää ravitsemustietoa. Ravitsemusasioissa ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen koulutuksen, moniammatillisen tiimityöskentelyn ja verkostoitumisen avulla on tärkeää. (Armanto & Koistinen 2007, 203.)

Terveydenhoitajat kokivat ravitsemusneuvonnan tärkeäksi osaksi neuvolatyötä ja olivat kiinnostuneita ravitsemuksesta tutkimuksessa (2007), jossa selvitettiin terveydenhoitajien saamaa ravitsemuskoulutusta, sen tarvetta ja ravitsemusneuvonnan käytäntöjä äitiys- ja lastenneuvolassa. Kyselyyn vastasi 327 terveydenhoitajaa. Lähes kaikki terveydenhoitajat toivoivat lisää ravitsemusneuvontataitojen opetusta ja ravitsemuskoulutusta. (Ilmonen, Isolauri & Laitinen 2007, 3661–3666.)

Asiakasta tai perhettä ohjattaessa neuvolassa tulisi selvittää heidän ruokatottumuksia kokonaisuutena. Apuna selvittämisessä voi käyttää erilaisia kyselylomakkeita, kuten ruokakarttaa, ruokapäiväkirjaa ja frekvenssilomaketta. Jokaisen ruokavaliosta tulisi antaa jotain hyvää palautetta ja tukea niitä hyviä tottumuksia. Asiakkaan ja perheen tulisi itse antaa tehdä ratkaisunsa muutoksen tarpeesta ja asettaa tavoitteet sille. Terveydenhoitajan tehtävä on avata keskustelua, tukea, ohjata ja motivoida näissä päätöksissä sekä antaa lisätietoa tarvittaessa yleisistä ravitsemus- ja ruokailusuosituksista. (Armanto & Koistinen 2007, 203–205.)

Elintapamuutoksille motivoitumisessa olennaisinta on, että asiakas tai perhe voi itse nimetä muutostarpeensa ja tavoitteensa. Tällöin terveydenhoitaja ei sanele, vaan rohkaisee perhettä pohtimaan ja löytämään ne itse. Elintapamuutoksissa keskeistä on kokemus omasta pystyvyydestä. Jos tavoitteet asetetaan saavuttamattomiin, vastassa on väistämättä pystyvyyden tunteen heikkenemistä ja motivaation hiipumista. (Armanto & Koistinen 2007, 203–205.)

Ravitsemuspulmien selvittelyssä auttaa ratkaisukeskeinen, onnistumiskokemuksia painottava työtapa. Laihdutus- ja painonhallinnanohjauksessa voi käyttää myös kognitiivisen käyttäytymisterapian sekä omistautumis- ja hyväksymisterapian menetelmiä. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa pyritään saamaan kokonaisvaltaista kuvaa ihmisen toiminnasta selvittämällä tapahtumien taustoja ja niiden syitä. Ohjauksessa tarkastellaan tällöin ihmisen tapoja, asenteita, puheita ja ajatuksia itsestä, kehostaan, ruoasta ja syömisestä. Ohjauksessa asiakas nähdään aktiivisena vaikuttajana ja häntä tuetaan löytämään muutostarpeita ja kokeilemaan muutoksia käytännössä. (Armanto & Koistinen 2007, 205–206; Käypä hoito -suositus 2011.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapiassa korostetaan omien arvojen merkitystä elintapamuutoksille. Lähtökohtana on tunnistaa omat ajatukset ja tunteet koskien muun muassa omaa kehoa ja syömistä sekä hyväksyä ne. Tärkeää on myös määritellä omia arvoja ja pohtia muutoksen esteitä sekä etsiä ratkaisuja niihin. Ravitsemusneuvonnan tukena on hyvä käyttää asiakkaalle tai perheelle annettavaa neuvontaa tukevaa materiaalia. (Armanto & Koistinen 2007, 205–206; Käypä hoito -suositus 2011.)

Yhtenä elintapamuutoksen ohjausmenetelmänä terveydenhoitaja voi käyttää perheen kanssa perhelähtöisen muutoksen suunnittelua. Sitä kutsutaan mm. eläytymismenetelmäksi tai tulevaisuusmuistelumenetelmäksi ja niissä ohjataan asiakasta ensin kuvittelemaan myönteinen tilanne tai tilanne esimerkiksi vuoden päästä toiveiden suhteen. Tällainen tilanne laihdutuksessa ja painonhallinnassa olisi esimerkiksi onnistunut elintavan muutos tai painotavoitteen saavutus. Tämän jälkeen pyydetään asiakasta kertomaan tilanteeseen johtaneesta tapahtumasta ja sitä edellyttäneistä tekijöistä sekä perheen muuttuneesta tilanteesta. Nämä menetelmät auttavat ohjattavaa hahmottamaan muutoksen suunnittelua ja tunnistamaan mahdollisia tuentarpeita siinä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 106.)

Uusien elintapojen omaksumisessa yksi oleellinen tekijä on uusien tapojen oppiminen. Oppiminen tarkoittaa oppijan aktiivista toimintaa, jossa rakennetaan ja päivitetään jatkuvasti uusia toimintatapoja. Hyvä oppiminen on tiedon ja omakohtaisten merkitysten jatkuvaa rakentelua. Muutos edellyttää, että tietoa pystytään soveltamaan toiminnan tasolla. Tämä edellyttää ohjauksen soveltamista jokaisen ohjattavan tavoitteisiin ja lähtötilanteeseen. Oppimisprosessissa ohjaajalta vaaditaan jossain määrin pedagogisia taitoja sekä nykyisten oppimiskäsitysten tuntemista. Ohjaus tapahtuu vastavuoroisella ja avoimella keskustelulla, jolloin tavoitellaan ongelmiin uusia näkökulmia ja sitoutumista uuteen toimintatapaan. (Turku 2007, 16–17.)

Valmentavassa elämäntapaohjauksessa (VETO) hyödynnetään vuorovaikutuksellisia ja motivoivia keinoja sekä muokataan ohjaus sopimaan ohjattavan elämään tuettaessa elintapamuutoksissa. Valmentavassa elämäntapaohjauksessa ohjaaja toimii oppimisen ohjaajana, valmentajana. Ohjattava toimii tiedon rakentelijana, tekijänä, ei vain tiedon vastaan ottajana. Tekijä eli ohjattava tekee päätökset koskien elintapamuutoksiaan ja valmentaja eli ohjaaja tarjoaa puitteet tekijän työskentelylle ja pohjustaa päätöksentekoa. Ohjauksen vaatimukset ja haasteet tulisi vastata ohjattavan suoriutumiskykyä. Tärkeintä olisi saada muutoksen tekeminen toiminnan tasolle. Valmentavan ohjaustyylin taustaideologia on lähellä voimaantumisen (empowerment) käsitettä, jossa motivoitumista käsitellään mahdollisuuden, ei pakon näkökulmasta. Voimaantumisessa pyritään lisäämään ohjattavan voimantuntoa, jolloin hänestä itsestään tulee itsensä ohjaaja ja hoitaja. (Turku 2007, 12, 18–19, 21–23.)

Ohjauksessa oleellisesti vaikuttavat terveydenhoitajan haastattelu- ja keskustelutaidot. Niihin kuuluvat asiakkaan kunnioitus, taitavasti muotoillut kysymykset ja vastausvaltuuden antaminen haastateltavalle. Ohjauksen haastattelumenetelmiä ovat muun muassa motivoiva ja interventiivinen haastattelu sekä voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Interventiivinen haastattelu on lähestymistapa, jossa kaikki haastatteluun tai vuorovaikutukseen osallistuvan tekeminen käsitetään interventioksi eli asioihin puuttumiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 96–97; Turku 2007, 51.)

Terveydenhoitajan on hyvä harjoitella erilaisia kysymysmuotoja, joilla on eri tilanteissa mahdollisuus saada erilaisia vastauksia. Suorissa ja lyhyissä tiedon hakevissa kysymyksissä korostuu terveydenhoitajan rooli kysyjänä ja asiantuntijana mutta ne eivät mahdollista hyvin keskustelua tunteista. Avoimilla kysymyksillä aktivoidaan asiakasta alkuvaiheessa oman tilanteensa kuvailuun ja itsearviointien tekoon. Refleksiiviset kysymykset tukevat ohjattavan tunnistamaan omaa ajattelua sekä voimavaroja ja auttavat ratkaisujen etsimisessä. Näissä kysymyksissä vuorovaikutus on tasavertaista ja ne mahdollistavat tunteista keskustelun. Konfrontoinnissa eli vastakkainasettelussa ter-

veydenhoitaja antaa palautetta saamastaan ristiriitaisesta tiedosta. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004, 96–97; Turku 2007, 51.)

Käyttäytymisen muutoksen ohjaamiseen on kehitetty erilaisia vakiintuneita menetelmiä, kuten motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen menetelmä. Ihmissuhdealoilla toimivien keskuudessa käytetään paljon ratkaisukeskeistä ajattelu- ja työtapaa, joka on myönteinen tapa kohdata elämän haastetilanteita. Ratkaisukeskeisyydessä korostetaan asiakas- ja tavoitelähtöisyyttä, tulevaisuussuuntautuneisuutta, voimavarakeskeisyyttä, leikkisyyttä, huumoria ja edistyneen huomiointia. Siinä korostetaan toiveikkautta, yhteistyötä, voimavaroja ja edistystä, joten se soveltuu erinomaisesti yhdeksi ohjauksessa käytettäväksi toimintatavaksi laihdutus- ja painonhallintaryhmälle. (Ratkes ry, n.d.) Motivoivassa haastattelussa pyritään saada henkilö motivoitumaan muutokseen ja sitoutumaan elintapamuutoksiin suunnittelemalla itse ne. Ohjattavan tekemä itsearviointi luo hänelle mahdollisuuden arvioida elämäntapojen ja muiden ulkoisten tekijöiden vaikutusta terveyteensä sekä muokata uusia sisäisiä toimintamalleja. (Käypä hoito -suositus 2011; Turku 2007, 50.)

Motivoivaan haastatteluun kuuluvat osana avoimet kysymykset, reflektiivinen toisto, positiivinen palaute ja yhteenvetöjen teko. Avoimet kysymykset mahdollistavat ohjattavan itsearvioinnin kysyttäessä mitä, mikä, miten, missä, milloin? Reflektiivinen toisto on ohjattavan sanoman toistoa niin, että ohjattava saa mahdollisuuden pohtia tilannetta syvällisemmin ja kokee tulleensa kuulluksi. Ohjattavaa rohkaistuu näin puhumaan lisää ja keskustelua voidaan syventää. Positiivisella palautteella heti alkuvaiheesta lähtien luodaan avointa ja luottamusta herättävää tunnelmaa ohjaukseen. Antamalla positiivista palautetta ohjaaja myös viestittää, että keskustelun tarkoitus on tukea ohjattavan päätöksentekoa, ei arvostella tai antaa arvioita hänen elämäntavoistaan. Yhteenvedossa poimitaan vielä keskustelun pääkohdat yhteen, joka auttaa suuntaamaan seuraavaan tapaamiseen. Yhteenvedossa todetaan, mihin keskustelussa on päädytty ja mihin toimenpiteisiin se johtaa. (Turku 2007, 50–53.)

Lihavuuden hoidossa oleellista on elintapamuutosten pysyvä toteuttaminen halutessa kestävää hoitotulosta. Potilas- ja asiakaskeskeisellä työskentelyllä pyritään herättämään potilasta ajattelemaan omaa tilannettaan ja elintapojaan. Potilaskeskeisessä keskustelussa pyritään saamaan selvyyttä muutoshalukkuudesta avoimin kysymyksin. Koska muutosprosessi (liite 3) etenee eri vaiheissa, on tärkeää asiakasta ohjaavan terveydenhoitajan ymmärtää, missä vaiheessa asiakas muutosprosessissa on. Eri vaiheissa olevat henkilöt hyötyvät erilaisesta ohjauksesta. Muutos tapahtuu prosessina joko edeten seuraavaan vaiheeseen tai liikkuen eri vaiheiden välillä. Muutosvaihemallin vaihteita ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu tai aloittelu ja ylläpito. (Käypä hoito -suositus 2011; Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 162.)

Esiharkinta vaiheessa oleva henkilö ei ole tiedostanut muutostarvetta tai pitänyt sitä itselleen mahdollisena. Tässä vaiheessa olevaa henkilöä saa muutoksessa eteenpäin osoittamalla muutoksen tarpeellisuutta ja tukemalla häntä tekemään aluksi pienempiä muutoksia. Esiharkintavaiheessa painonhallinnan tavoitteena voi olla painonnousun pysäyttäminen. Harkinta vaiheessa henkilö on tunnistanut muutostarpeen ja pohtii sen mahdollisuuksia, etuja ja haittoja. Tässä muutosprosessin vaiheessa olevaa henkilöä voi terveydenhoitaja tukea auttamalla tunnistamaan muutoksen etuja ja haittoja sekä löytämään ratkaisuja toteutukseen. Valmistelu tai aloittelu vaiheen henkilö alkaa toteuttaa muutosta tehtyään päätöksen muutoksen toteuttamisesta ja konkreettisen suunnitelman sille. Hänelle tulisi antaa kannustavaa palautetta kokeiluissa, tukea suunnitelman

telman hiomisessa kokemuksen perusteella ja huolehtia toteutuksen säännöllisen seurannan sisällyttämisestä suunnitelmaan. Ylläpito vaiheessa muutos on toteutunut ja jatkuu suunnitelman mukaan, jolloin henkilö kaipaa terveydenhoitajalta tukea muutoksen seurannassa ja kannustavaa palautetta siinä. (Käypä hoito -suositus 2011; Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 162.)

Tutkimuksessa ”Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen, esimerkkinä painonhallinta” (Pirinen 2007) kuvattiin työterveyshoitajan toteuttamaa terveysneuvontaa, sen kehittymistä ja rakentumista. Tutkimuksessa huomattiin, että hoitajat keräsivät yleisimmin tietoa asiakkaan terveystottumuksista, ympäristötekijöistä ja terveydentilasta. Tietoa kerättiin myös jonkin verran heidän tietämyksestään, kokemuksistaan ja asenteistaan. Vähemmälle tiedonkeruussa jäivät kognitionaalis-emotionaaliset tekijät ja aikaisemmat ratkaisurytykset sekä tieto asiakkaiden painonhallintataidoista. Tarkistamatta jäivät myös asiakkaan tiedon soveltaminen omaan arkielämään sekä hänen sosiaalisen tuen saantinsa. Hoitajat ohjasivat asiakasta arvioimaan omaa muutoshalukkuuttaan, mutta eivät ohjanneet tekemään heitä selkeää muutospäätöstä ja tavoitteiden suunnittelussa oli ongelmia. Hoitajien ohjauksessa ilmeni asiantuntija- ja ongelma-keskeisyyttä sekä asiakas- ja voimavarakeskeisyyttä. Tutkimuksessa esiintyi enemmän itse neuvontaa kuin terveysneuvonnan vaikuttavuutta lisäävää seuranta- ja sitoutumisen tukemista. Tutkimuksessa ehdotettiin tulosten perusteella terveysohjauksen kehittämistä muuttamalla ohjausta toiminnallisemmaksi, elämyksellisemmäksi ja audiovisuaalisia menetelmiä hyväksikäyttävämmäksi. Ohjaajalla tulisi olla myös taitoja auttaa asiakkaita muuttamaan teoretieto omaksi käyttöteoriaksi ja ymmärrettävä asiakkaan muutosprosessissa pitkäaikaisen tuen tarkeys. (Pirinen 2007, 10, 92–97, 100–101.)

Ryhmäohjauksessa yhdistetään lastenneuvolassa samassa elämäntilanteessa olevia asiakkaita ja perheitä. Ryhmäohjauksen perustana on ryhmän tarkoitus ja tavoitteet. Ryhmätoiminta lisää neuvolatoiminnan asiakaslähtöisyyttä, vanhempien luottamusta ja arvostusta terveydenhoitajaan ja neuvolaan sekä antaa uusia mahdollisuuksia terveydenhoitajille tukea perhettä. Ryhmäohjaus on neuvoloissa käytössä oleva ohjaustapa. Vanhempien mielestä ryhmätoimintaa saisi lisätä neuvoloissa sen vertaistuki mahdollisuuden vuoksi. Vertaistuellla tarkoitetaan sosiaalista tukea ryhmän jäseniltä, kun jäseniä yhdistää jokin tekijä elämässään tai sama elämäntilanne. Sosiaalinen tuki sisältää emotionaalista, arvioivaa ja tiedollista tukea sekä käytännöllistä apua, josta on todettu olevan hyötyä monille perheille. Äidit ovat ryhmistä saaneet lisää voimavaroja selvitä arkisista tilanteista, apua arjen hallintaan sekä mielihyvää ja iloa. (Armanto & Koistinen 2007, 436–437; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 113–114.)

2.3 Laihdutus

Laihduttaminen tarkoittaa painon pudotusta vähentämällä energian saantia pidemmäksi aikaa energian kulutukseen nähden. Laihdutuksella pyritään pysyvään painonlaskuun, painonhallintaan ja lihavuuteen liittyvien pitkäaikaisten sairauksien estämiseen ja hoitoon pitkäaikaisella tähtäimellä. Laihduttamalla saavutetaan terveydelle edullisia vaikutuksia, kuten positiiviset muutokset insuliiniherkkyyteen, veren rasva-arvoihin, verenpaineeseen ja glukoosiaineenvaihduntaan. (Raussi & Uusitupa 2011, 2664; Lappalainen & Turunen 2007, 35.)

Käypä hoito -suosituksissa (2011) laihdutus tapahtuu ensisijaisesti usealla tapaamiskerralla annettavalla elintapaohjauksella, jossa ohjauksella vaikutetaan ruokavalioon,

liikuntaan, ajatuksiin ja asenteisiin. Laihdutuksessa suositetaan elintapaohjausta sisältäen ruokavalion energiamäärän vähentämisen ja energian kulutuksen lisäämisen. Muina lihavuuden hoidon vaihtoehtoina ovat erittäin niukkaenerginen ENE-dieetti, lääkehoito ja leikkaushoito.

Lappalaisen ja Turusen (2007, 7–8) Psykologinen lyhythoito painonhallinnassa -oppaan yhteydessä toteutettiin kaksi erilaista painonhallinnan interventioryhmää kontrolloituna hoitotutkimuksena. Ryhmiä oli kaksi kestoaltaan erilaista eli lyhyempi ja pidempi ryhmä. Ryhmiin osallistui kahdeksasta kahteentoista henkeä ja seuranta tapahtui neljän kuukauden ajan painon, vyötärön ympäryksen ja painoindeksin seurannalla sekä arvioimalla vaikuttavuutta vielä muilla hyvinvoinnin mittareilla. Neljän kuukauden kuluttua hoidon alusta seurantatapaamiseen osallistui 65 % osallistujista. Lyhyemmässä eli yhden tapaamiskerran ryhmässä paino laski keskimäärin 2,8 kg. Pidemmässä eli neljän tapaamiskerran ohjelmassa paino laski keskimäärin 2,5 kg. Heidän tutkimuksensa osoitti, että painonhallintaa voi saada tehokkaasti aikaan myös lyhyellä interventiolla.

Keränen (2011, 5) totesi tutkimuksessaan, että laihtumisen kannalta oleellista on mm. syömiskäyttäytymisen ohjaus sekä keskustelu elämäntilanteen kuormittavuudesta ja realistisesta painotavoitteesta. Tutkimuksessaan Tehostetun ohjauksen vaikutus laihtumistulokseen ja syömiskäyttäytymiseen hän totesi, että riskejä keskeyttämiseen muodostavat liian iso laihdutustavoite ja vapaa-ajan puute.

2.3.1 Elintapaohjaus

Elintapaohjaus sisältää Käypä hoito -suositusten (2011) mukaan ohjausta, jolla vaikutetaan ruokavalioon, liikuntaan, ajatuksiin ja asenteisiin. Sen tulisi olla aina keskeisessä osassa lihavan potilaan hoitoa sekä perustua potilaan omaan valintaan ja vastuuseen. Elintapaohjaus tapahtuu joko yksilöllisesti tai ryhmässä. Ohjauksen voi Käypä hoito -suositusten mukaan käydä lyhytinterventiona tai useimpien ohjauskertojen muodossa. Ohjauksen määrä arvioidaan lihavuuden vaikeusasteen, liitännäissairauksien ja käytettävissä olevien resurssien pohjalta.

Lihavuuden hoidon tavoitteina ovat vähintään viiden prosentin suuruinen painon aleneminen ja saavutetun painon ylläpito. Ohjauksessa tulisi kiinnittää huomio laihtuttamisen lisäksi terveellisten elintapojen omaksumiseen, lihavuuden liitännäissairauksien ja niiden vaaratekijöiden hoitoon ja toimintakyvyn ja kunnon ylläpitoon. Elintapaohjauksen suunnittelee ja toteuttaa moniammatillinen ryhmä suositusten mukaan ja laihdutusta ja painonhallintaa tulisi seurata terveydenhuollon muiden kontaktien yhteydessä tai 2–4 viikon välein toteutettavilla seurantakäynneillä. Elintapaohjausta saaneiden henkilöiden on todettu eri tutkimuksissa laihtuneen noin 3–5 kiloa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Elintapaohjauksen sisällön tulisi Käypä hoito -suositusten (2011) perusteella sisältää potilaan tilanteen kartoittamisen ja muutoksen edistämisen, syömisen hallinnan, ruokavalion energiamäärän vähentämisen ja ravitsemuksellisen riittävyyden turvaamisen sekä fyysisen aktiivisuuden lisäämisen. Tietoinen elintapamuutoksen toteuttaminen on tavoitteellista ja suunnitelmallista ja perustuu harkintaan. Muutos toteutuu vain, jos henkilö on halukas, valmis ja kykenevä muutokseen.

Elintapaohjauksessa tulisi huomioida käypä hoito -suosituksissa esitettyä Muutosvaihemallia (liite 3). Keskeistä muutosvaihemallissa on prosessi, joka etenee toisistaan eroavien vaiheiden kautta. Muutosvaiheet mallin mukaan ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu tai aloittelu ja ylläpito. Aluksi ohjauksessa tulisi tunnistaa ohjattavan muutostarpeet ja niiden mahdollisuudet. Sitten suunnitellaan toteutus, aloitetaan muutoksen kokeilu ja tarvittaessa hiotaan suunnitelmaa kokemuksien pohjalta. Muutoksen ylläpito vaiheessa seurataan muutoksen pysyvyyttä ja toimivuutta ja tarvittaessa palataan muutosvaihemallin alun esiharkinta tai harkintavaiheeseen ja muutetaan suunnitelmaa. Muutosvaihemallin käyttö tukee ohjauksen toteuttamista. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Elintapaohjauksen tavoitteena on tehdä mahdollisimman tietoisiksi henkilön käyttäytyminen, ajattelutavat, tunteet, tilannetekijät ja niiden tulkinat liittyen laihduttamiseen ja painonhallintaan. Näin mahdollisuus elintapojen muuttamiselle syntyy. Muutoksen edistämässä tärkeää on muutosta tukevien tekijöiden ja voimavarojen sekä mahdollisesti sitä uhkaavien tai estävien tekijöiden kartoittaminen. Laihtumisessa ja painonhallinnassa keskeistä on ohjaus käyttäytymisen muutoksiin, koska pysyvät tulokset ja elintavat saavutetaan vain vanhoja tottumuksia muokkaamalla ja uusien oppimisella. Tässä oleellista on henkilön oma motivaatio muutoksen toteuttamiselle. Käyttäytymismuutoksen ohjausmenetelmiin sisältyy muutosaikeen muodostaminen, sen seurauksien pohdinta, toteuttamisen suunnittelu, selkeiden tavoitteiden asettaminen, suunniteltu muutoksen toteuttamisen seuranta, uhkaavien tekijöiden tunnistaminen ja hallinta, myönteisiin seurauksiin ja tunteisiin huomion kiinnittäminen, kannustimien käyttö ja ongelmanratkaisu- ja stressinhallintamenetelmät. Käyttäytymisen muutoksiin tähtäävässä ohjauksessa tulee huomioida henkilön voimavarat ja sen tulee olla yksilölähtöistä ja vahvistavaa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Elintapamuutoksen seurannassa laihdutus- ja painonhallintaryhmässä apuna voidaan käyttää säännöllistä punnitusta, ruoka- ja liikuntapäiväkirjoja tai askelmittaria. (Käypä hoito -suositus 2011.) Käyttäytymisen muutoksen ja elintapaohjauksen menetelmiä on käsitelty laajemmin kappaleessa 2.2.

Ikola, Mustafa ja Mäkyne (2011, 9, 13–23) hakivat tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat elämäntapamuutoksessa edistävasti tai ehkäisevästi opinnäytetyönään kirjallisuuskatsauksella yhdeksästä tutkimusartikkelista induktiivista sisällön analyysiä käyttäen. Opinnäytetyön tekijät jakoivat neljään kategoriaan elämänmuutosta edistävä tekijät eli voimavaroihin, motivaatioon, omaan toimintaan ja ympäristöön liittyviin tekijöihin. Elämäntapamuutosta ehkäisevät tekijät he jakoivat omaan toimintaan, voimavaroihin ja muihin tekijöiden kategorioihin. Elämäntapamuutosta edistäviä voimavarakijöitä olivat muun muassa sosiaalinen tuki vertaistuen ja ammattihenkilön antaman tuen rinnalla, sopiva elämäntilanne ja pystyvyyden tunne. Motivoivia tekijöitä olivat terveys ja toimintakyky sekä positiivinen palaute, sosiaalinen hyväksyntä, painon lasku ja vastuu elämäntapamuutoksista jollekin muulle. Omaan toimintaan ja ympäristöön liittyviä tekijöitä olivat oman käyttäytymisen tiedostaminen, luottamus omiin kykyihin, ongelmien ratkaisutaidot sekä arvostus ja kannustava positiivinen ympäristö. Elämäntapamuutosta ehkäiseviä tekijöitä oli omaan toimintaan liittyen sitoutumattomuus, pakonomainen syöminen, itsekurin ja motivaation puute. Voimavarakijöistä tuen puute ja epäsuotuisa elämän tilanne sekä negatiivinen mieliala heikensivät elämäntapamuutokseen sitoutumista. Muita ehkäiseviä tekijöitä olivat terveysongelmat ja alhainen koulutustaso.

2.3.2 Laihuttajan ruokavalio

Ruoka ja syöminen parhaimmillaan edistävät fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä yhdistää perhettä (Armanto & Koistinen 2007, 206). Liiallinen energian saanti suhteessa sen kulutukseen johtaa lihavuuteen. Lihavuuden hoidossa keskeistä on ruokavaliohoito. Sillä on todettu saavutettavan Käypä hoito -suosituksissa 5–6 %:n painon aleneminen 9–12 kuukauden aikana. Laihtumiseen laihdutusryhmässä vaikuttavat kuitenkin ohjauksen kesto ja sisältö, sen intensiteetti ja ajoitus, ohjattavan oma motivaatio ja terveydentila sekä ohjaajan ammattitaito. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Laihdutusvaiheen ruokavaliossa on tavoitteena opastaa ja motivoida liikapainoisia tekemään ruokavaliossaan sellaisia terveyden kannalta hyviä muutoksia, jotka vähentävät energian saantia ja siten painoa. Ruokavalion ravintosisältö ei saisi kuitenkaan huonontua. Turvallisin ja terveellisin ruokavalio on sellainen, joka sisältää energiara- vintoaineita siten, että kokonaisuus energiansaannista eli E %:sta tulee 25–35 E % rasvasta, 40–60 E % hiilihydraateista ja 15–25 E % proteiineista. Rasvoista enintään 10 E % saa tulla tyydyttyneistä eli kovista rasvoista. Hiilihydraateista suurin osa tulisi olla kuitupitoisia hiilihydraatteja. Riittävä proteiinimäärä ruokavaliossa, eli 60–120 g vuorokaudessa tai 1g painokiloa kohti, saattaa edistää laihtumista. Proteiini pitää yllä pidempään kylläisyyttä, säästää lihaskudosta ja lisää hieman energiankulutusta. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Suosittelavan laihtumisnopeuden, eli 0,5-1 kiloa viikossa, saavuttaminen edellyttää 500–1000 kilokalorin vähentämisen päivittäin. Tämä tarkoittaa naisilla yleensä energiansaannin vähentämistä 1200–1500 kilokaloriin vuorokaudessa. Suositusten mukaisen laihdutusajan ruokavalion sisältäessä energiaa vähintään 1200 kcal vuorokaudessa pitäisi taata riittävä vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti. Jos ruokavalio on yksi- puolinen tai vähäenerginen ruokavalio jatkuu useita kuukausia, olisi suositeltavaa huolehtia kalsiumin, D-vitamiinin sekä muidenkin rasvaliukoisten vitamiinien riittävästä saannista. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Energian saantia pienennetään vähentämällä ruokavaliosta tyydytynyttä eli kovaa rasvaa, sokeria, valkoisia viljavalmisteita ja alkoholia eli niin sanottuja tyhjiä kaloreita. Tämän vähennyksen voi toteuttaa välttämällä rasvaisia ruokia, juustoja, leivonnaisia ja leikkeitä sekä sokeri- ja alkoholipitoisia juomia, makeisia, suklaata, valkoista leipää, pikaruokia, leivitettyjä ja rasvassa kypsennettyjä ruokia. Myös pienentämällä riisin, pastan ja perunan annoskokoja tai korvaamalla osan tai kokonaan kasviksilla, saa energiansaantia pienennettyä. Ruokavaliioon tulisi lisätä vähintään puoli kiloa päivässä vähäenergisää vesi- ja kuitupitoisia ruokia, kuten marjoja, hedelmiä ja kasviksia. Valkoiset viljavalmisteet tulisi korvata mahdollisuuksien mukaan täysjyvävalmisteilla. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Jokaisella aterialla olisi myös tärkeää nauttia jotain proteiinipitoista ruokaa, jolloin varmistaa riittävän proteiinin saannin ja lisää kylläisyyden tunnetta aterioiden välillä. Rasvaiset maitotuotteet, liharuoat, leikkeleet ja makkarat tulisi vaihtaa rasvattomiin ja vähärasvaisiin vaihtoehtoihin, koska pelkästään rasvamäärän vähentäminen ruokavaliosta lisää painonpudotusta. Riittävien pehmeiden rasvahappojen saanti tulisi varmistaa kuitenkin nauttimalla kasvimagariinia tai -öljyjä päivittäin. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Ateria tulisi koota lautasmallin mukaan ja juotavaa tulisi nauttia 1–1,5 litraa päivässä. Ruokajuomana suosituksissa kehoitetaan käyttämään rasvatonta tai vähärasvaista mai-

toa tai piimää. Janojuomana tulisi käyttää vettä. Ruokailuvälineiksi suositellaan valittavaksi tavallista pienempiä lautasia, laseja, mukeja ja tarjoiluastioita, jolloin ruokailija tottuu pienempiin ruoka-annoksiin helpommin. Laihduttajan ei myöskään tulisi ottaa kotiin runsaasti energiaa sisältäviä herkkuja, jotka saattavat houkutella naposteluun. Laihduttajan tulisi myös suosituksen mukaan välttää ääridieettejä, koska ne ovat usein koostumukseltaan yksipuolisia, eikä niiden pitkäaikaisesta turvallisuudesta ole näyttöä. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Ruokavaliota suunniteltaessa yhdessä ohjattavan kanssa tulisi ottaa huomioon henkilön aikaisemmat tottumukset ja mieltymykset, koska tämä lisää motivaatiota tehdä ruokavaliomuutoksia ja sitoutua muutokseen. Tässä apuna voi käyttää ruokapäiväkirjaa. Säännöllinen ateriarytmi, sisältäen 4–5 ruokailua, on oleellinen osa sekä laihdutusta että painonhallintaa. Tällöin verensokeri pysyy tasaisempana ja auttaa hillitsemään nälän tunnetta ja tarvetta napostella tai ahmia ruokaa. (Käypä hoito -suositus 2011.) Säännöllinen ruokarytmi tuo lisäksi perheen lapsille päivään turvallisuutta (Armanto & Koistinen 2007, 207).

2.3.3 Liikunta laihdutusvaiheessa

Liikunnalla eli lihasten käytöllä tarkoitetaan kaikkea muuta tekemistä, paitsi rentona makaamista. Kaikkeen muuhun tekemiseen tarvitaan lihaksia, jolloin kyse on lihastyöstä eli fyysistä aktiivisuudesta. Liikunnalla tarkoitetaan siis sellaista fyysistä aktiivisuutta, jota toteutetaan yleensä harrastuksena tiettyjen syiden tai vaikutusten takia. (Mustajoki 2007, 65, 71, 74; Käypä hoito -suositus 2010.)

Henkilön koko vaikuttaa energiankulutukseen, koska isomman massan liikuttamiseen kuluu enemmän energiaa. Tämä tulee huomioida laihduttaessa, koska niin liikunnan kuin levon energiankulutuksessa tapahtuu vähenemistä laihtumisen myötä. Liikkumisella kulutettu energia sisältää vapaa-ajan liikunnan ja muun lihastyön, jota kutsutaan usein hyötyliikunnaksi, arkiliikunnaksi, perusliikunnaksi tai elämäntapaliikunnaksi. (Mustajoki 2007, 65, 71, 74; Käypä hoito -suositus 2010.)

Työ- ja arkiliikunnan väheneminen näkyy lihavuuden lisääntymisenä. On tieteellinen fakta, että ylipainoiset ihmiset liikkuvat vähemmän kuin normaalipainoiset. Suomalaisista oli täysin liikkumattomia 20 % FINRISKI 2012 -terveystutkimuksessa. (Laatikainen, Männistö & Vartiainen 2012.) Laihdutusvaiheessa liikuntaa suositellaan lisättäväksi 300 kilokalorin energiankulutusta vastaava määrä päivittäin, jolla tarkoitetaan 45–60 minuutin kohtalaisen kuormittavaa kestävyysliikuntaa päivittäin. (Mustajoki 2007, 72; Käypä hoito -suositus 2011.)

Liikunnan lisäys ilman ruokavaliomuutosta vähentää liikapainoa 3–6 kuukauden aikana noin 2–3 kiloa. Liikunta yhdistettynä vähäenergiseseen ruokavaliioon parantaa muutamalla kilolla laihtumistulosta samassa ajassa. Kun energiankulutusta lisätään liikunnalla, vähenee viskeraalinen eli sisäelimiä ympäröivä rasvakudos, vaikkei itse paino vähenisi. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Liikunta elintapamuutoksena ehkäisee, hoitaa ja kuntouttaa useissa kansanterveydellisissä mielessä tärkeitä pitkäaikaissairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja, keuhkosairauksia, tyypin 2 diabetesta, tuki- ja liikuntaelinsairauksia sekä mielenterveyson-

gelmia. Terveydelle haitalliseksi on todettu liikkumattomuus, sillä oikein toteutettuna liikunnalla on vähän terveyshaittoja. (Käypä hoito -suositus 2010.)

2.4 Painonhallinta

Painonhallinta tarkoittaa laihdumistuloksen eli saavutetun painon säilyttämistä ja ylläpitoa. Tämä edellyttää, että syödään energiankulutusta vastaava määrä ruokaa, joka on huomattavasti vähempi määrä energiaa kuin ennen ennen laihdutusta. Energiankulutuksen arvioinnissa nyrkkisääntönä on, että painon vähennyttyä 15kg myös energiantarve vähenee 500 kilokaloria vuorokaudessa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Oleellista painonhallinnassa on käyttäytymisen muutoksen ohjaus, jota käsiteltiin laajemmin luvuissa 2.2 ja 2.3.1. Liikapainoisen pitäisi muuttaa ruokatottumuksiaan ja elämäntapojaan pysyvästi. Painonhallintaa ja lihavuuteen liittyvien sairauksien ehkäisyssä on todettu helpottavan ruokavalion rasvan saannin rajoittaminen, riittävä proteiinipitoisuus ja kuitupitoisten ruoka-aineiden lisääminen. Oleellista painonhallintavaiheessa ohjaavan terveydenhoitajan näkökulmasta on, että ohjattava saa tukea muutoksen seurannassa ja kannustavaa palautetta siinä. (Käypä hoito -suositus 2011, Raussi & Uusitupa 2011, 2664; Lappalainen & Turunen 2007, 35; Mustajoki, Rissanen & Uusitupa, 161–162.)

Yhdysvaltalainen rekisteri National Weight Control Registry (NWCR) on laatinut onnistuneen painonpudottajan profiilin keräämällä tietoja henkilöistä, jotka ovat onnistuneesti pudottaneet painoa ja pystyneet säilyttämään painonsa pitkään. Painonhallinta onnistuu profiilin mukaan liikkumalla runsaasti eli yli 60 minuuttia vuorokaudessa, syömällä niukasti energiaa ja rasvaa sisältävää ruokaa, punnitsemalla itsensä vähintään kerran viikossa, puuttumalla heti pieneen painonousuun, syömällä aamiaisen sekä syömällä säännöllisesti ja samalla tavalla arkena ja muina aikoina. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Suomessa toimii painonhallinnasta kiinnostuneiden ammattilaisten yhteistyöverkosto Painonhallintaohjausyhdistys ry. Yhdistys on laatinut ammattitaitoisen painonhallintaohjaajan tunnustuskriteerit. Tärkeitä ominaisuuksia painonhallintaohjaajalla yhdistyksen mukaan on monipuolinen tiedollinen ja taidollinen osaaminen eri-ikäisten lihavuudesta ja painonhallinnasta. Hänen tulisi olla terveydenhoitoalan ammattilainen, jolla on takanaan moniammatillinen taustatuki. Painonhallinnan ohjaus tulisi perustua käypä hoito -suositukseen yhdistyksen mukaan. Ohjaajan tulisi olla innostunut ohjauksesta, toimia asiallisena, kannustavana tukijana, toimia arvostavana, tasavertaisena kanssakulkijana antaen vastuun painonhallitsijalle itselleen. Ohjauksen tulisi perustua tieteellisesti tutkittuun terveystietoon ja ohjauksessa korostetaan pitkäjänteistä sitoutumista ja pysyvien elintapojen tärkeyttä. Ammattitaitoinen ohjaaja auttaa ohjattavaa löytämään uusia ja pysyviä tapoja painonhallintaan. (Painonhallintaohjausyhdistys ry, n.d.)

Tutkimuksessa Tavoitteena painonhallinta. Ryhmäläisten kokemuksia osallistumisesta painonhallintainterventioon (2003, 47–52) Kääriäinen ja Turunen kuvasivat Pieni Päätös Päivässä eli PPP-painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmästä ja saamastaan tuesta. Aineistoa kerättiin sekä ryhmään osallistuneilta naisilta että ryhmään ohjanneilta terveydenhoitajilta. Ryhmä kesti yhdeksän kuukauden ajan. Ryhmän osallistumisen myötä tehtiin laadullisia muutoksia ravitsemukseen, ruokaostosten va-

linnoissa ja liikkumisessa. Painonhallinnanohjauksella oli vaikutusta myös välillisesti perheenjäsenten terveystottumuksiin. Parasta antia ryhmästä koettiin olevan vertaistuki ja kannustus. Ohjausmenetelmistä saaduista tuloksista kävi ilmi, että erilaisten liikuntamahdollisuuksien kokeilu koettiin osallistujien keskuudessa positiivisena. Myös luentoja pidettiin tärkeinä ohjausmenetelminä, mutta liiallisia kotitehtäviä ja kirjallista materiaalia pidettiin kielteisinä. Ryhmään osallistuminen kohensi osallistujien mielialaa ja helpotti masennusta. Tutkijat ehdottavat tuloksissaan, että vaikuttavin aika painonhallintaryhmälle on syksy ja talvi, koska osallistuminen oli tuonut jaksamista pimeään aikaan. Terveystoimittajien rooli ryhmässä oli tiedon ja ammatillisena tuen antajana ja toiminnan koordinoijana. Tutkijat näkivät tulevaisuuden haasteina painonhallinnan ohjausmallin kehittämisen äideille, lapsille ja perheille, koska terveellisten elämäntapojen perusta luodaan lapsuudessa.

Terveystoimittajan rooli lasten lihavuuden hoidossa ja ennaltaehkäisyssä on iso, koska miltei kaikki perheet käyttävät lastenneuvolan palveluita hyväkseen (Armanto & Koistinen 2007, 203). Siksi on oleellista, että terveystoimittaja tunnistaa lapsen lihavuuden riski- ja taustatekijät. Lasten lihavuuden merkittäviä riski- ja taustatekijöitä ovat perimä ja vanhempien lihavuus. Vanhempien ylipaino, lihavuus tai lihominen ennen raskautta tai syntymän jälkeen lisäävät lapsen riskiä ylipainolle. Vahvan perinnöllisyyden vuoksi on tärkeää tunnistaa lihomiselle alttiit lapset neuvolassa. Lapsen lihavuuden riskiä nostavat myös vanhempien alempi sosioekonominen asema, äidin tupakointi raskauden aikana, vanhempien ja lapsen liikunnallinen passiivisuus, vähäinen nukkuminen, korvikeruokinta vauvana, lisäruokien varhainen aloittaminen vauvana ja lapsen painoindexin varhainen kääntyminen nousuun. Lihavuuden riskiä vähentävät lapsen säännöllinen aamiaisen syönti, perheen yhteinen ateriointi, sokeripitoisten juomien päivittäisen käytön lopettaminen, ruokavalion hyvä koostumus, ravinnon riittävä kuitupitoisuus, ravinnon rasvapitoisuuden vähentäminen sekä kasvisten, hedelmien ja marjojen käytön lisääminen. (Käypä Hoito -suositus 2012.)

Lasten lihavuuden riskiä vähentäviä tekijät ovat samansuuntaisia aikuisten painonhallintaan vaikuttavien tekijöiden kanssa, vain suositusmäärissä on eroja (Käypä hoito -suositus 2011; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Kun ohjataan vanhempia terveellisiin elintapoihin, pystytään vaikuttamaan koko perheen hyvinvointiin ja terveydenedistämiseen. Painonhallintaosuudessa opinnäytetyössä on käsitelty asioita myös neuvolaikäisten lasten näkökulmasta. Alle kuusi kuukautiset vauvojen ravitsemusta ei opinnäytetyössä käsitellä erikseen, koska suositusten mukaan tämän ikäisen paras ravinto on äidinmaito tai sen puuttuessa äidinmaidonkorvike (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 21; Tuokkala 2010, 48).

2.4.1 Energian tarve, saanti ja kulutus

Aikuisella energian tarve määritellään sillä, mikä määrä energiaa pitää fyysisen aktiivisuuden, kehon painon ja koostumuksen hyvää terveyttä ylläpitävällä tasolla. Laihduttamisessa ja painonhallinnassa on keskeistä ravinnosta ja juomasta saadun energiamäärän vähentäminen. Kehon energiavarastot ovat suuret, joten tärkeintä energian saannin tasapaino pitkällä aikavälillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 10.)

Ihminen tarvitsee energiaa liikkumiseen, perusaineenvaihduntaan ja ruoan aiheuttamaan lämmöntuottoon. Ihmisen kokonaisenergiankulutus voidaan jakaa lepoenergiankulutukseksi ja lihastyön aiheuttamaksi kulutukseksi. Näistä vain oikeastaan lihastyöl-

lä aiheutettuun energiankulutukseen pystyy itse vaikuttamaan. Lepoenergiankulutukseen vaikuttaa rasvattoman kudoksen määrä eli lihassmassa, ikä, sukupuoli, perintötekijät, hormonit ja fyysinen kunto. Naisilla rasvakudosta on suhteellisesti enemmän kuin miehillä. Nykyisin keskimäärin 70 % kokonaisenergiankulutuksesta on lepoenergiankulutusta ja 30 % kuluu liikkumalla. Yksi ihmisen ylipainokilo rasvaa sisältää 7000 kcal energiaa. Saamalla 7000 kcal enemmän tai vähemmän kuin kulutetaan laihdutaan tai lihotaan kilo. (Lappalainen & Turunen 2007, 34, 36; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 10; Mustajoki, 2007, 62.)

Energiansaantia kuvataan yleisimmin kilokaloreina (kcal) ja kilojouleina (kJ). Opinäytetyössä käytetään tutumpaa energian yksikköä kilokalori. Ihminen tarvitsee energiaa voidakseen elää ja saa sitä ruoasta ja juomasta. Ruoassa energia on kahdessa muodossa, joista rasvassa on energiaa 9000 kcal per kg ja hiilihydraateissa sekä proteiineissa eli valkuaisaineissa on energiaa 4000 kcal per kg. Ruoka tai ruoan ainesosat, jotka eivät sisällä energiaa, kutsutaan kalorittomaksi. Näitä ovat vesi, vitamiinit, mineraalit ja sulamattomat kuidut. Ruokien energianpitoisuuksista saa tietoa pakkausmerkinnöistä ja erilaisista ruoka-ainetaulukoista ja ruokien ravintosisältö kirjoista ja internetistä. Suomalaisissa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksissa on määriteltä, että energiaravintoaineiden keskimääräinen saanti kokonaisenergiasta tulisi saada 25–30 E % rasvasta, hiilihydraateista 50–60 E % ja proteiinista 10–20 E %. (Lappalainen & Turunen 2007, 36; Mustajoki 2007, 26–27; Käypä hoito-suositus 2011.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2008) on laatinut viitearvot energian tarpeelle aikuisille eri fyysisen aktiivisuuden tasoilla. Naisilla energian tarve ikäryhmässä 18–30 vuotta, 62 kiloa painavalla, kevyttä työtä tekevällä, jolla ei ole liikuntaa vapaa-aikana, on 1980 kcal vuorokaudessa. Kun taas samassa ikäryhmässä kevyttä työtä tekevällä, mutta säännöllisesti liikkuvalla energiantarve on 2570 kcal vuorokaudessa. Ikäryhmässä 31–60 vuotta, kevyttä työtä tekevällä ja liikuntaa harrastamattomalla 63 kiloa painavalla naisella energian tarve on 1940 kcal vuorokaudessa. Kevyttä työtä tekevällä ja säännöllistä liikuntaa harrastavalla energian tarve samassa ikäryhmässä on 2500 kcal vuorokaudessa. Säännöllisellä liikunnan harrastamisella tarkoitetaan 60 minuutin reipasta kävelyä päivittäin. Nämä viitearvot eivät ole suosituksia, koska yksilöiden välillä on suuria vaihteluja eli ne toimivat suuntaa-antavina painonhallinnan ohjauksessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 10–11.)

Lapsilla osa energiasta kuluu kasvuun ja kehitykseen, jolloin energiantarve kokoon nähden on suurempi aikuiseen verrattuna. Lapsen energiantarve määräytyy myös yksilöllisesti sen hetken kasvun, fyysisen aktiivisuuden ja yksilöllisten aineenvaihdunnallisten tekijöiden mukaan. Arvioitu energiantarve 1-vuotiailla tytöillä on 810 kcal vuorokaudessa ja pojilla 880 kcal vuorokaudessa. 2-vuotiailla tytöillä energiantarve on 1050 kcal vuorokaudessa ja pojilla 1120 kcal vuorokaudessa. 3-vuotiailla tytöillä energiantarve on 1170 kcal vuorokaudessa ja pojilla 1310 kcal vuorokaudessa nousen aina vuosittain noin 100 kalorilla ollen 7-vuotiailla tytöillä 1720 kcal vuorokaudessa ja pojilla 1940 kcal vuorokaudessa. Leikki-ikäisen lapsen energiantarpeen voi myös laskea suuntaa-antavasti kaavalla $1000 \text{ kcal} + \text{ikä vuosissa} \times 100 \text{ kcal}$. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 11–12; Toukkola 2010, 47.)

2.4.2 Rasva

On todettu, että rasvan osuuden vähentäminen ruokavaliossa laihduttaa huomattavasti, koska se on energiasisällöltään ja aineenvaihdunnan kannalta erilaista kuin muu ruoasta saatu energia. Ylipainoisten on todettu käyttävän enemmän rasvaa ravinnossaan kuin normaalipainoisten. Rasvan energiapitoisuus on yli kaksinkertainen hiilihydraatteihin ja proteiineihin verrattuna ja sen ylimääräiset kalorit kertyvät helpommin kehoon varastorasvaksi kuin hiilihydraattien. Rasvaa kutsutaankin energiatiheäksi ravintoaineeksi ja kaikissa rasvoissa on yhtä paljon energiaa. (Lappalainen & Turunen 2007, 37; Mustajoki 2007, 27, 34.)

Rasvat jaotellaan yleisesti pehmeisiin eli kasvirasvoihin ja koviin eli eläinrasvoihin. Kovat rasvat ovat tyydyttyneitä ja transrasvahappoja. Pehmeät rasvat taas ovat kertaja monitydyttömättömiä rasvahappoja. Selkeyden vuoksi opinnäytetyössä ja ohjauksessa käytetään termejä pehmeä ja kova rasva. Rasvansaantisuositukset ilmaistuna prosentteina kokonaisenergiansaannista eli E %:na ovat samat sekä aikuisille että yli 2-vuotiaille lapsille. Kovia rasvoja saisi ravinnosta saada kokonaisenergiämäärästä 10 E %, kun kokonaisrasvamäärä energiansaannista saisi olla 25–35 E %. 6–11 kuukautisten vauvojen tulisi saada energiastaan 30–45 E % rasvasta. 12–23 kuukautisten lasten olisi puolestaan saatava rasvasta 30–35 E % energiansaannistaan. Yli yksivuotiaiden kovan rasvan saanti ei saisi ylittää 10 E %. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14–16, 21–22.)

Pehmeät rasvat ovat terveellisempiä veren kolesterolin kannalta. Rungas kovan rasvan käyttö lisää sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen, joidenkin syöpien ja sappikivien määrää. Ravinnon rasvahappokoostumus vaikuttaa myös insuliiniherkkyyteen, munuaisten toimintaan, tulehdus- ja immunologisten reaktioiden säätelyyn, solujen rakennusosiin ja veren hyytymiseen. Lapset tarvitsevat rasvahappoja myös kasvuun, näkökyvyn, hermoston ja verisuonten kehittymiseen. Pehmeästä rasvasta ihminen saa rasvaliukoisia vitamiineja ja rasvahappoja. Rasvahapot ovat ihmiselle välttämättömiä, koska ihminen ei pysty niitä itse tuottamaan. (Mustajoki 2007, 27–28; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14–15; Arffman & Ojala 2010a, 15.)

On todettu, että suomalaiset miehet saavat ruoasta rasvaa enemmän kuin naiset. Vaikka rasvan laatu suomalaisten ruokavaliossa on parantunut ja saanti vähentynyt, saavat suomalaiset silti liikaa kovaa rasvaa. Yleisimpiä rasvan lähteitä ovat liharuoat, rasva- ja valmisteet, maitotuotteet ja muut viljavalmisteet kuin leipä. Kovaa rasvaa saadaan nykyisin eniten juustoista, liharuoista ja erityyppisistä ravintorasvoista. (Mustajoki 2007, 28; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 16.)

2.4.3 Hiilihydraatit ja ravintokuitu

Hiilihydraatteja ovat sokerit, tärkkelys ja niiden johdannaiset sekä ravintokuidut. Muut paitsi ravintokuitu imeytyy elimistössä verenkiertoon sokerina. Vaikka ravintokuitu lasketaan hiilihydraatteihin, se ei imeydy suolistosta elimistöön, eikä siten lisää ihmisen energian saantia. Kuidut kulkeutuvat kalorittomina paksusuoleen ja ulosteen mukana elimistöstä pois. Kuidut vähentävät ummetusta, tasaavat ohutsuolessa kolesterolin ja sokerien imeytymistä elimistöön, vähentävät joidenkin syöpien vaaraa ja lisäävät kylläisyyden tunnetta. Siksi ne ovatkin tärkeitä tekijöitä terveyden ja painonhallinnan kannalta. (Mustajoki 2007, 29–30, 32; Arffman & Ojala 2010a, 16.)

Hiilihydraattien osuudeksi kokonaisenergiansaannissa suositellaan aikuisille ja yli 2-vuotiaille 50–60 E %. Aikuiselle suositellaan saatavaksi ravintokuitua 25–35 g päivässä. Leikki-ikäisestä lähtien lapsen kuidun osuutta ruoassa voi alkaa kasvattamaan niin, että se kohtaisi aikuisten saantisuosituksia murroksiässä. Sokerien saanti ei saisi ylittää 10 E % päivässä. Lapsilla ja niillä aikuisilla, joilla energiantarve on pieni, tulisi sokerin saantia rajoittaa sen huonon ravintoainetiheyden takia. Ravintokuitu kohtuullisena määränä on terveellistä myös lapselle, mutta erittäin runsaskuituinen ruoka pienentää ruokavalion energiatihyettä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 17–18.)

Kuidun ja hiilihydraattien saantia käytännössä voi muovata suomalaisia ravitsemussuosituksia vastaavaksi vähentämällä sokeria tai sitä paljon sisältävien elintarvikkeiden käyttöä ja lisäämällä täysjyväviljavalmistusten, hedelmien, vihannesten, marjojen ja juureksien käyttöä. Kuidun saanti monipuolisista lähteistä on tärkeää kaikille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 18.) Riittävä kuidunsaanti ilman viljatuotteita on miltei mahdotonta. Siksi niiden kuuluukin sisältyä lapsesta lähtien jokaiselle aterialle. Pienillä lapsilla viljaa saa helpommin puuroista ja velleistä, koska leivän syönteä usein on vähäistä heillä. Leivissä täysjyväisyyden lisäksi kannattaa suosia ruisleivistä yli 10 % ja vaaleista leivistä yli 6 % kuitua sisältäviä tuotteita. (Arffman & Ojala 2010a, 16.)

Normaalipainoisten on todettu käyttävän enemmän hiilihydraatteja ravinnossaan kuin liikapainoisten. Hiilihydraattien saanti on suomalaisilla suositusta vähäisempää. Naiset saavat niitä miehiä enemmän kokonaisenergiastaan. Suomalaisten yleisimpiä hiilihydraattien lähteitä ovat leipä, muut viljavalmistukset, hedelmät, marjat, maitovalmisteet ja sokeri. Ravintokuidun lähteitä yleisimmin ovat leipä ja muut viljavalmistukset sekä hedelmät, kasvikset ja marjat. (Mustajoki 2007, 30, 32, 34; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 19.)

2.4.4 Proteiini

Valkuaisaineet eli proteiinit kulkeutuvat pilkkoutuneina aminohappoina verenkiertoon, josta elimistö käyttää niitä uusien proteiinien rakentamiseen. Proteiineja saadaan eläin- ja kasvikunnasta. Proteiinin päätehtävät elimistössä on toimiminen aineenvaihdunnan tapahtumia säätelevinä entsyymeinä ja hormoneina sekä monien elimistön rakenteiden muodostavina tekijöinä. Proteiinilla on todettu olevan kylläisyyttä lisäävä vaikutus ruokavaliossa. Yli tarpeen saadut proteiinit muutetaan elimistössä energiaksi. Suomalaiset saavat proteiininsa pääasiassa liha- ja maitovalmisteista sekä viljasta ja kalaruoista. (Mustajoki 2007, 30-31; 20.)

Proteiinien saantisuositus on aikuisilla ja yli 2-vuotiaille kokonaisenergiansaannistaan 10–20 E %. Suomessa proteiinien saanti väestöllä on riittävää. Proteiininpuutetta esiintyy vain yleensä huonosti syöville vanhuksilla tai pitkäaikaissairailta. Saantisuosituksia hieman ylittävistä proteiinimääristä ei ole todettu aikuisväestöllä olevan haittaa vaan pikemminkin ylipainoisilla hyötyä painonhallinnassa. Yli 25 E % määrän ei ole näyttöä turvallisuudesta pitkäaikaisesti käytettynä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 20.)

2.4.5 Ruokien valinta, ruokavalion koostaminen ja ateriarytmi

Suomalaisten ruokavalion parantamisessa keskeisimpiä keinoja ovat rasvan laadun parantaminen, suolan saannin vähentäminen ja kuidun saannin lisääminen. Keskeistä terveellisen ruokavalion muodostamisessa on, että siitä saadaan kaikki tarvittavat ravintoaineet. Joissain tilanteissa tarvitaan ravintolisiä täydentämään ruokavaliota. (Arffman & Ojala 2010a, 15, 18.)

Suola ei lihota, koska se ei sisällä energiaa. Tosin runsas suolan käyttö voi vaikuttaa painoon sitomalla vettä elimistöön. Muilla ravintoaineilla ei ole todettu olevan vaikutusta painoon, mutta ruokavaliosta tulee huomioida riittävä vitamiinien ja hivenainesten saanti. Jos ruokavalio on monipuolista, niin noin 1200 kilokalorin päivittäinen ruokavalio riittää kattamaan tarpeelliset ravintoaineet. Sen alittavassa tai yksipuolisessa ruokavaliosta tulisi nauttia monivitamiinivalmisteita. (Mustajoki 2007, 33-34.)

Suurimmalla osalla suomalaisista D-vitamiinin saanti talviaikaan jää vähäiseksi, koska luontaisesti sitä syntetisoituu iholla auringon UV-säteilyn vaikutuksesta. D-vitamiini on edellytys kalsiumin imeytymiselle. Ravinnosta D-vitamiinia saa kalasta, vitamiinoidusta margariinista ja maitotuotteista. (Arffman & Ojala 2010a, 16.) D-vitamiinilisää suositellaan liian vähäisen saannin riskiryhmille ympärivuoden uuden 2011 voimaan tulleen suosituksen mukaan. Riskiryhmään kuuluvat alle 18-vuotiaat, raskaana olevat ja imettävät naiset. (THL 2011)

Ruokaympyrä on toimiva tapa arvioida ja muodostaa ruokavaliota. Ruokaympyrässä on ruokavalio jaettu kuuteen lohkokoon, joissa lohkojen koko kertoo sen lohkon osuuden koko ruokavaliosta. Jokaisesta lohkokosta saadaan eri ravintoaineita, joten ruokavalion tulisi sisältää päivittäin ruoka-aineita jokaisesta lohkokosta. Ruokaympyrän lohkot muodostuvat maitotuotteista, viljatuotteista, rasvoista, kasviksista, hedelmistä ja marjoista, perunasta sekä liha, kala ja kanamunasta. (Arffman & Ojala 2010a, 14–15.)

Lautasmalli on hyvä apukeino koota yksittäinen ateria ravitsemussuosituksia vastaavaksi, joka täydennetään kasvirasvamargariinilla voidellulla leivällä, lasillisella rasvatonta maitoa tai piimää ja jälkiruoaksi valitulla hedelmällä tai marjoilla. Aikuisilla ja isommilla lapsilla ruokalautanen täytetään mallin mukaan puolittain kasviksilla ja vihanneksilla, neljäsosan perunalla, riisillä tai pastalla ja loppuneljännes kalalla, lihalla, kanamunalla tai palkokasveilla. Pienemmillä lapsilla lautanen jaetaan kolmeen osaan tasaisesti eli kolmanneksiin taatakseen riittävä proteiinien ja energian saanti. (Arffman & Ojala 2010a, 18.)

Lapsena opitut ruokatottumukset vaikuttavat pysyvyytensä vuoksi pitkälle tulevaisuuteen. Siksi terveellisen syömisen perusta sen hyvien vaikutusten vuoksi olisi hyvä oppia lapsuudesta lähtien. (Tuokkola 2010, 47.)

2.4.6 Nesteen tarve ja juomat

Ruokajuomaksi suositellaan sekä aikuisille että yli 1-vuotiaille rasvatonta tai vähärasvaista maitoa tai piimää, jossa on maksimissaan rasvaa 1 %. Janojuomaksi suositellaan käytettäväksi vettä. (Arffman & Ojala 2010a, 14.)

Alkoholi sisältää energiaa 7000 kcal kiloa kohden, joten sen käytöllä on vaikutuksia painoon. Suomalaiset miehet käyttävät alkoholia keskimäärin 12 grammaa päivässä ja naiset 3–4 grammaa, jolloin se kattaa miehillä lähes seitsemän prosenttia ja naisilla lähes neljä prosenttia ravinnosta saadusta energiasta. (Lappalainen & Turunen 2007, 36; Mustajoki 2007, 33.) Suomalaiset joivat puhtaaksi alkoholiksi muutettuna 10 litraa alkoholia vuodessa FINRISKI 2012 -tutkimuksessa (Laatikainen, Männistö ja Vartiainen 2012). Alkoholin saantisuosituksissa naiset voivat saada sitä puhtaaksi alkoholiksi muutettuna korkeintaan 10 grammaa vuorokaudessa eli yhden alkoholiannoksen päivässä. Miesten maksimi vuorokausi annostus alkoholia on korkeintaan 20g eli kaksi alkoholiannosta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33.)

Alkoholi heikentää ravintoaineiden imeytymistä ja lisää niiden menetystä virtsaan. Alkoholin käytön on todettu myös vääristävän ruokatottumuksia lisäten rasvan osuutta ja vähentäen hiilihydraattien osuutta ruokavaliossa. Myös maitovalmisteiden, vihannesten ja hedelmien kulutus on vähäisempää runsaasti alkoholia käyttävillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33.)

Sokeripitoisten virvoitusjuomien lisääntynyt käyttö on vaikuttanut myös osaltaan lihavuuden lisääntymiseen. Suomalaiset joivat FINRISKI 2012 -tutkimuksessa 60 litraa sokeripitoisia virvoitusjuomia vuodessa. (Laatikainen, Männistö & Vartiainen 2012.)

2.4.7 Fyysinen aktiivisuus ja itsehavainnointi painonhallinnan apuna

Liikuntaa on määritelty ja sen etuja ihmisen terveydelle ja painonhallinnalle on esitetty kappaleessa 2.3.3. Liikunnan on todettu tukevan painonhallinnassa tehokkaasti silloin kun liikuntatottumuksia on muutettu pysyvästi. Energiankulutuksen kannalta ei ole merkityksellistä liikutaanko yhtäjaksoisesti vai lyhemmissä erissä, kunhan liikunnalla saavutetaan sama energiankulutusmäärä. Aikuisille suositellaan vähintään kahta tuntia ja 30 minuuttia kestävyysliikuntaa ja kahta kertaa lihaskuntoharjoituksia viikossa. Vaihtoehtoisesti kestävyysliikuntaa voi harrastaa rasittavalla teholla tunnin ja 15 minuuttia viikossa. (Lappalainen & Turunen 2007, 34; Käypä hoito -suositukset 2010 & 2011; Laatikainen, Männistö & Vartiainen 2012.)

Itsehavainnoinnin keinoja painonhallinnassa ovat painon ja vyötärön ympäryksen säännöllinen seuranta. Punnitsemalla ja mittaamalla itseään säännöllisesti huomaa ajoissa liiallisen painonnousun, jolloin siihen pystyy myös ajoissa puuttumaan. Painonseuranta helpottaa tuloksien muistiin merkitseminen. Muistiinpanoista saa myös hyödyllistä tietoa painonhallinnassa pitkällä aikavälillä. Päivittäisestä tai viikoittaisesta punnitsemisesta saa muodostettua helposti pysyvän tavan. Samalla tavalla vyötärön ympärystä voi seurata säännöllisesti. Mittauksista saatu palaute tukee painonhallinnassa ja on tehokas keino muuttaa käyttäytymistottumuksia. (Lappalainen & Turunen 2007, 41–42.)

2.5 Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositus ja kriteerit laihdutus- ja painonhallintaryhmän äideille

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suositukset (2011) koskevat lihavuuden hoitoa terveydenhuollossa. Niiden tavoitteena on tehostaa lihavuuden hoitoa koko terveydenhuollossa, koska lihavuuden hoidon tulisi suositusten mukaan olla kiinteä osa terveydenhuollon toimintaa. Lihavuuden Käypä hoito -suositukset kohdentavat lihavuuden aktiivisen hoidon erityisesti potilaisiin, joilla on lihavuuden liitännäissairauksia tai niiden vaaratekijöitä, kuten tyyppin 2 diabetes tai sen esiaste, kohonnut verenpaine, dyslipidemia, rasvamaksa, uniapnea, sepelvaltimotauti, kantavien nivelten nivelrikko, astma, munasarjojen monirakkulatauti tai vaikea lihavuus (BMI yli 35 kg/m²). Hoitoon suositellaan valittavaksi myös terveyden kannalta erityisesti hyötyviä ja motivoituneita nuoria ja työikäisiä henkilöitä. Hoidon tulee tähdätä mahdollisimman pitkäaikaiseen tulokseen ja olla suunnitelmallista ja tavoitteellista. (Käypä hoito -suositukset 2011.)

Lihavuuden hoidon tavoitteena on suositusten pohjalta lihavuuteen liittyvien sairauksien hoito ja ehkäisy sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen ja paraneminen pysyvän laihutumisen myötä. Käypä hoito -suosituksessa ensisijaista lihavuuden hoidossa on suunnitelmallinen elintapaohjaus, jota annetaan usealla tapaamiskerralla sisältäen ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan painottuvaa ohjausta. Ohjaus jakaantuu laihdutusvaiheeseen ja painonhallintavaiheeseen. Elintapaohitoa tukevia menetelmiä suosituksissa ovat erittäin niukkaenerginen ENE-ruokavalio, lääkitys ja leikkaushoito. ENE-ruokavaliolle ehdottomia vasta-aiheita ovat normaali paino, vaikea sairaus, tyyppin 1 diabetes, raskaus, imetys, kliininen syömishäiriö ja psykoosi. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Suosituksissa lihavuutta määritellään painoindeksin ja vyötärön ympärysmittan mukaan, joilla myös hoidon tuloksia seurataan painon lisäksi. Käypä hoito -suosituksissa lihavuuden hoidon tavoitteena on vähintään 5 %:n suuruinen painon pudotus ja tuloksen ylläpito. Suositeltu laihutusnopeus on 0,5-1 kg viikossa. (Käypä hoito -suositukset 2011.)

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli Hämeenlinnan alueen lastenneuvoloiden äidit, joiden painoindeksi oli 25,0-39,9 kg/m². Koska ryhmä on hoitajavetoinen, rajattiin laihdutus- ja painonhallintaryhmän menetelmistä pois ENE-ruokavalio, lääkehoito ja leikkaushoito, jotka tulevat kyseeseen helpommin painoindeksin noustua yli 40 kg/m². Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallinnan ryhmässä osallistujien laihdutusvaiheessa käytettiin elintapaohjausta laihdutuskeinona, koska opinnäytetyössä haluttiin korostaa elintapamuutoksen tärkeyttä. Opinnäytetyön kohderyhmän painoindeksi eli yli 25 kg/m² poikkeaa käypä hoito -suositusten (2011) kohderyhmäksi suositellusta painoindeksistä, joka on yli 35 kg/m². Opinnäytetyössä haluttiin tuoda terveydenhoitajan työlle tyypillistä ennaltaehkäisevän työn näkökulmaa, jolloin puuttuminen jo liikapainoon, eli painoindeksiin yli 25 kg/m², ennen varsinaisia terveysongelmia on perusteltua.

Laihdutus- ja painonhallintaryhmään valittaessa osallistujia huomioitiin ensisijaisesti kaikki painoindeksiltään 25–39,9 kg/m² olevat ja jo liitännäissairauksia tai niille altistavia tekijöitä omaavat halukkaat osallistujat eli kaikki laihdutuksesta ja painonhallinnasta hyötyvät henkilöt. Vasta-aiheita osallistumiselle opinnäytetyössä pidettiin Käypä hoito -suosituksen (2011) ENE-ruokavalion vasta-aiheita. Vaikka opinnäytetyön laihdutuksen ohjauksessa ei käytetty ENE-ruokavaliota menetelmänä, niin koki opinnäytetyön tekijä turvallisimmaksi pitää samoja vasta-aiheita osallistujille. Näitä siis oli

normaali paino, vaikea sairaus, tyypin 1 diabetes, raskaus, imetys, kliininen syömis-häiriö ja psykoosi. Itse sairauksien lääketieteelliseen hoitoon ei laihdutus- ja painonhallintaryhmässä luonnollisestikaan otettu kantaa elintapaohjauksen lisäksi, koska ryhmää veti hoitaja.

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa laihdutus- ja painonhallintaryhmä pienten lasten äideille lastenneuvolassa Hämeenlinnan alueella käyttäen apuna Käypä hoito -suosituksia (2010, 2011, 2012). Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea äitien laihtumista, painonhallintaa ja terveellisempien elintapojen omaksumista vaikuttaen koko perheen hyvinvointiin terveydenhoitajan elintapaohjaukskeinoin. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös saada tietoa tämän tyyppisen laihdutus- ja painonhallintaryhmän tarpeellisuudesta ja tehokkuudesta sekä saada kehittämis ehdotuksia terveydenhoitajan elintapaohjaukseen laihdutuksessa ja painonhallinnassa äideiltä.

Opinnäytetyön kysymykset:

1. Miten lastenneuvolan terveydenhoitajan antamaa laihdutuksen ja painonhallinnan elintapaohjausta voidaan kehittää äitien näkökulmasta?
2. Kuinka tarpeelliseksi äidit kokee lastenneuvolan laihdutus- ja painonhallintaryhmän?
3. Millaisia tuloksia saadaan aikaan opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmällä ja ryhmän toimintamalleilla koskien äitejä ja heidän perheitään?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmän suunnittelu ja toteutus on edennyt prosessina. Tätä prosessia ja sen osia on kuvattu seuraavissa luvuissa.

4.1 Opinnäytetyön prosessi

Toiminnallisen opinnäytetyön suunnittelu ja toteutus lähti liikkeelle tammikuussa 2012. Silloin opinnäytetyön tekijä oli yhteydessä Hämeenlinnan pääterveysaseman neuvoloiden palveluesimieheen Virpi Jäppiseen. Todettiin, että vastaavaa ryhmää ei neuvolassa ole ollut, joten opinnäytetyössä edettiin ideapaperin tekemiseen. Ideapaperi valmistui huhtikuussa 2012. Silloin allekirjoitettiin ideapaperin pohjalta opinnäytetyön sopimus ja sovittiin lupakäytännöistä sekä muista käytännön asioista Virva Jäppisen kanssa. Ideaseminaari oli 15.5.2012. Toukokuun lopussa jaettiin kyselyt ja tiedonannot neuvoloihin, joissa ne sai olla heinäkuun alkuun.

Kesäkuun alussa eli 6.6.2012 opinnäytetyön tekijä oli yhteydessä Hämeenlinnan terveystalouden liikelaitoksen ravitsemusterapeuttiin puhelimitse. Sovittiin, että hän tulee osallistumaan yhdelle ryhmäohjaukselle ja luennoimaan ravitsemukseen liittyvästä aiheesta. Keskustelussa ravitsemusterapeutti toi esille, että laihdutus- ja painonhallintaryhmän laihdutus tulisi perustua elintapaohjaukselle. Ravitsemusterapeutti halusi myös painottaa, että laihdutus- ja painonhallinnan ryhmässä tulisi hyödyntää enemmän toiminnallisen ohjauksen ja osallistumisen puolta kuin vain pelkkää tiedonjakoa.

Liikunnallisen puolen asiantuntemusta opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään toi Hämeenlinnan terveystalouden liikelaitoksen kuntohoitaja. Hän suostui 16.8.2012 käydyn puhelinkeskustelun perusteella osallistumaan yhdelle ryhmäkoontumiskerralle. Toiveena hänelle esitettiin, että hänen aihepiirinsä koskisi pienten lasten äitien laihdutusta ja painonhallintaa tukevaa liikuntaa.

4.1.1 Kysely laihdutus- ja painonhallintaryhmään haluaville

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistujat kerättiin toukokuun 2012 lopulta heinäkuun alkuun asti eli reilun kuukauden ajan Hämeenlinnan alueen lastenneuvoloista Kyselyllä laihdutus- ja painonhallintaryhmään haluaville (liite 1). Kyselyyn johdatti jokaisen neuvolan aulatilojen tiedotustauluilla sijaitsevat tiedonannot (liite 2). Myös neuvolan terveydenhoitajia oli informoitu asiasta sähköpostitse, joten he pystyivät myös ohjaamaan asiakkaita täyttämään kyselyitä. Kyselyt, tiedonantot ja vastauslaatikot jaettiin kaikkiin Hämeenlinnan alueen lastenneuvoloihin eli kahdeksaan eri toimipisteeseen. (Hämeenlinnan kaupunki, n.d.).

Kyselyyn vastasi 24 äitiä. Vastanneiden keski-ikä oli 29,9 vuotta. Nuorin vastanneista oli 18-vuotias ja vanhin 38-vuotias. Vastanneilla oli keskimäärin 1,83 lasta ja jokaista raskautta kohden äideillä oli jäänyt liikapainoa keskimäärin 6,1 kiloa raskautta kohti. Liikapainoa keskimäärin kaikista raskauksista äideille oli jäänyt 11,3 kiloa. Yhdellä vastanneella oli poikkeuksellisesti pudonnut paino raskauden jälkeen ennen raskautta olevasta painosta 23 kiloa. Vastanneiden keskimääräinen painoindeksi eli BMI oli 31,4 kg/m². Alin BMI oli 22,4 kg/m² ja korkein 40,5 kg/m². Nämä molemmat vastaajat hylättiin opinnäytetyön osallistujien kriteerien mukaan liian matalan ja korkean painoindeksin vuoksi. Vastaajista rajattiin myös kolme pois opinnäytetyöhön osallistuvien valintakriteerien nojalla, koska he kertoivat sairastavansa syömishäiriötä. Mahdollisia osallistujia jäi jäljelle 19.

Kenelläkään 24 vastanneesta ei ollut todettua tyypin 1 tai 2 diabetesta, mutta raskausaikainen diabetes oli ollut kahdeksalla eli 33,3 % kyselyyn vastanneista äideistä. Raskausajan diabetesta ilmeni painoindeksiluokissa 27,3–40,5. Kuudella eli 25 %:lla vastanneista oli ollut verenpaine koholla raskauden aikana. Yhdellä vastanneista oli verenpainetauti. Mielenterveysongelmista kuusi ilmoitti sairastavansa jonkinasteista raskauden jälkeistä masennusta tai ahdistuneisuutta sekä uupumusta. Yksi vastanneista sairasti astmaa, yksi refluksitautia, yksi keliakiaa ja kolme migreeniä. Yhdellä vastanneista oli fibromyalgia, yhdellä kilpirauhasen vajaatoiminta ja yhdellä sappirakon hyvänlaatuisia kasvaimia. Kenelläkään ei ollut varsinaisia liikuntarajoitteita, mutta kolmella oli ollut jonkinasteisia polvi- ja selkäkipuja.

4.1.2 Laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuvat

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään halukkaita osallistujia tuli kyselyjen (liite 1) perusteella 24 lasten neuvoloiden äideistä Hämeenlinnan alueelta. Opinnäytetyön kriteerit täyttäviä osallistujia jäi jäljelle 19, kun kriteereinä oli BMI 25.0–39.9 kg/m² ja/tai mahdollisia lihavuudesta johtuvia tai pahenevia terveydellisiä riskitekijöitä. Vasta-aiheita osallistumiselle oli muun muassa syömishäiriöt, vaikeat psyykkiset sairaudet, raskaus, imetys ja normaali paino.

Ryhmään valikoitiin opinnäytetyön kriteerien mukaan halukkaista osallistujista 10, joille lähetettiin sähköpostilla vielä tarkentavia ja varmistavia kysymyksiä koskien heidän terveydentilaa ja motivaatiotaan 18.7.2012. Sähköpostilla haluttiin vielä varmistaa, ettei kukaan osallistujista imetä tai ole raskaana, koska siitä asiasta mainittiin vain kyselyyn (liite 1) johdantelevassa tiedonannossa (liite 2) neuvoloissa eikä kysytty itse kyselyssä (liite 1).

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään valittiin sähköpostivastauksien perusteella alkuperäisen suunnitelman mukaan kuusi äitiä. Ryhmä pyrittiin pitämään näin pienenä, jotta yksilöllinen ohjaus toteutuisi parhaiten. Valituille osallistujille lähetettiin sähköpostiviesti ryhmään valitsemisesta heinäkuun 2012 loppuun mennessä. Kaikille vastanneille, jotka eivät tulleet valikoiduiksi ryhmään, lähetettiin asiasta myös sähköpostiviesti.

Ryhmään osallistuvien painoindeksit alkutilanteessa olivat 27,3–37,2 kg/m² väliltä ja he olivat 26–38-vuotiaita. Kolmella osallistujalla oli ollut raskausajan diabetes joko yhdessä tai kaikissa raskauksissa. Yhdellä osallistujista oli verenpainetauti, yhdellä refluksitauti ja yhdellä sappirakon hyvänlaatuisia kasvaimia. Kolmella osallistujalla oli jonkin asteisia raskauteen liittyviä psyykkisiä häiriöitä.

Kahden ensimmäisen ryhmäkokoontumiskerran jälkeen yksi osallistujista joutui keskeyttämään terveydellisistä syistä, joten lopullisessa ryhmäkokoontumiskokouksessa oli viisi äitiä. Heidän painoindeksinsä oli 32,3–37,2 kg/m² ja he olivat 26–31-vuotiaita.

Osallistujista eli ryhmän äideistä kerättiin koko ryhmän ajan taustatietoja myös Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeella (liite 4). Lomakkeen sisältöä on kuvattu luvussa 4.2.1. Lomakkeen aluksi kartoitettiin osallistujan painonhallinnan historiaa ja hänen nykytilannettaan. Kaikki osallistujat kuvasivat olleensa lapsena hoikkia tai normaalipainoisia. Suurin osa osallistujista oli ollut aktiivisia liikkumaan lapsuudessa ja nuoruudessa, osa jopa kilpaurheilutasolla. Osallistujien lapsuudessa heidän vanhempansa olivat olleet normaalipainoisia, mutta vanhemmiten kaikki miltei lihoneyt liikapainoisiksi tai lihaviksi.

Osallistujien kotona heidän lapsuudessaan harrastettiin liikuntaa satunnaisesti ja enemmän hyötyliikuntaa. Aikaisempina laihdutusmenetelminä osallistujat olivat käyttäneet liikunnan lisäämistä, ruokavalion muokkaamista terveellisemmäksi, Painonvartijoiden tai muiden laihdutusryhmien palveluita sekä erilaisia pikadieettejä. Näistä he oppivat kasviksien ja hedelmien lisäyksen tärkeyttä, proteiinien ja kuitujen merkitystä, ihmedieettien tuloksien pysymättömyyttä, liikunnan ja terveellisen ruokavalion tärkeyttä.

Nykytilannettaan ja terveyttään osallistujat kuvasivat terveeksi tai melko terveeksi, mutta kokivat, että liikapaino tai lihavuus oli riskinä terveydelle ja hyvinvoinnille.

Osalla oli nivelvaivoja, väsymystä ja osa koki kuntosaa huonoksi. Nykytilanteessaan ja terveydessään he halusivat omaksua pysyviä terveellisiä elintapoja, jotta he laihtuisivat, edistäisivät terveyttään, ehkäisivät sairauksia, näyttäisivät hyvää mallia lapsilleen, olisivat tyytyväisiä itseensä ja saisivat ammatillista uskottavuutta laihutumisen myötä. Nämä tekijät kuvattiin laihduttamisessa ja painonhallinnassa motivoiviksi tekijöiksi. Perheeseen liittyen haluttiin muuttaa koko perheen elintapoja terveellisemmäksi ja aktiivisemmaksi, säännöllistä kaikkien ruokailurytmiä, lisätä hyötyliikuntaa sekä kasvien ja hedelmien käyttöä ruokailussa, muuttaa jatkuvan herkuttelun tapaa sekä muodostaa yhteisen ruokailunhetket.

Olemassa olevia voimavaratekijöitä osallistujat nimesivät ryhmän alussa jo olemassa olevan runsaan tiedon terveellisistä elintavoista, hyvän motivaatiotason, ystävien ja läheisten tuen asialle, mieltymyksen kasviksiin, hedelmiin ja liikuntaan. Osalla oli voimavaratekijöinä koira tai hevonen ulkoiluttajana ja säännöllinen ateriarytmi. Laihdutusta ja painonhallintaa uhkaavia tekijöitä nimettiin olevan innostuksen katoaminen, itsensä palkitseminen herkuilla, mieliteot, oma mieliala tai väsymys, lohtusyöminen, liian ehdoton asenne ja juhlat tai vierailut.

Osallistujat arvioivat painonhallinnan analyysissä (Lappalainen & Turunen 2007), että heidän painoonsa vaikuttavat kiire, runsas syöminen, epäsäännöllinen syöminen, herkuttelu, liikkumattomuus tai liikunnan vähyys, tunnesyöminen, väsymys, ahdistus, oman ajan puute, matkustelu tai vierailut, kauppakäynnit, itsensä väheksyminen, elämäntilanne, mieliteot, raskaudet ja itsensä huijaaminen. Näiden seikkojen muuttamiseksi osallistujat ehdottivat ratkaisujen löytämistä nopeiden ja terveellisten ruokien tekemiseksi, syömisestä säännöllistämisen, herkuttelun vähentämisen, liikunnan lisäämisen, korvaavan toiminnan keksimisen tunnesyömiseen tai itsensä palkittamiseen, itsensä hyväksymisen ja kuuntelemisen opetteluun, läheisten avun käyttö lisätäkseen omaa aikaa liikunnalle ja annoskoon rajoittamisen kasviksilla.

4.2 Laihdutus- ja painonhallintaryhmän sisällöt ja toteutus

Ohjaukset laihdutus- ja painonhallintaryhmälle suositellaan olevan 5–15 noin kahden-neljän viikon välein (Käypä hoito -suositus 2011). Opinnäytetyössä ryhmä kokoontui yhteisesti viisi kertaa ja yksilötapaamisia oli yhteensä kaksi ryhmän alussa ja loppupuolella. Ryhmäläisten omasta halusta järjestettiin lisäksi muutamia yhteisiä lenkkeily kertoja, johon osa ryhmäläisistä osallistui. Tapaamisvälit olivat 1–3 viikkoa pideten loppua kohti, jonka ajatuksena oli vahvistaa ryhmään osallistujien omaa uskoa pystyvyyteensä sekä valmistaa omaan seurantaan ja vastuuseen omasta painonhallinnasta.

Yksilö- ja ryhmäohjaus ovat tehokkuudeltaan vastaavanlaisia, mutta ryhmäohjaus on edullisempaa. Opinnäytetyössä käytettiin sekä ryhmäohjausta että yksilöohjausta. Ryhmäohjauksessa etuna yksilöohjaukseen verrattuna on vertaistuen, kokemusten-vaihdon ja toisilta oppimisen mahdollisuus. Vertaistuen ja säännöllisen seurannan on todettu tuovan motivaatiota elämäntapamuutokselle. (Savolainen 2008, 28–29.)

Käypä hoito -suosituksissa (2011) korostetaan, että laihdutus- ja painonhallintaryhmää tulisi vetää sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Ryhmään tulisi kuulua suositusten pohjalta vetäjän lisäksi lääkäri ja ravitsemusterapeutti sekä mahdollisuuksien mukaan fysioterapeutti ja psykologi. (Käypä hoito -

suositus 2011.) Opinnäytetyö laihdutus- ja painonhallintaryhmää veti opinnäytetyöntekijä eli terveydenhoitaja-opiskelija, joka on aikaisemmalta koulutukselta sairaanhoitaja.

Opinnäytetyöhön asiantuntemusta toivat ravitsemusterapeutti ja kuntohoitaja. Koska opinnäytetyössä haluttiin aktivoida osallistujia keskusteluihin ja sisällön suunnitteluun osallistumiseen, haluttiin asiantuntijaluonnoitsijoiden määrä pitää kohtuudessa. Vaikka tietopainotteinen ohjaus on hyödyllistä, niin oppimisprosessissa eteenpäin vie parhaiten ryhmäläisten kokemusten ja tarinoiden yhteinen pohtiminen. (Turku 2007, 100.) Suunnitelluissa sisällöissä myös joustettiin ryhmän tarpeen mukaan.

Ohjauksen sisältö muodostui Käypä hoito -suositusten (2010, 2011 & 2012) ja niihin liittyvien sähköisten aineistojen pohjalle. Lisäksi käytettiin Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2005) antamia Suomalaisia ravitsemussuosituksia, Psykologinen lyhyt-hoito painonhallinnassa -opasta (Lappalainen & Turunen 2007) ja eri liittojen ja yhdistysten sähköistä materiaalia, kuten Sydänliiton pieni päätös päivässä ja Neuvokas perhe -materiaaleja laihdutuksesta, painonhallinnasta ja elintapamuutoksista (Suomen sydänliitto ry, n.d.; Neuvokas perhe, n.d.). Ohjauksessa hyödynnettiin luvussa 2.2 käsiteltyjä terveydenhoitajan ohjauskeinoja. Laihdutus- ja painonhallintaryhmän sisältöalueet ja teemat eteni laihdutuksen kautta ryhmän loppua kohden painonhallintaan.

Ohjauksessa pyrittiin luomaan ryhmälle positiivinen, luottamuksellinen ja avoin keskustelua ja osallistumista tukeva ilmapiiri, jossa korostettiin asiakas- ja voimavarakeisyyttä. Ohjauksella, itsehavainnoinnilla, ryhmäseurannalla ja ryhmän tarjoamalla vertaistuella pyrittiin osallistujia motivoimaan ja tukemaan heidän sitoutumista elintapamuutokseen. (Käypä hoito 2011; Pirinen 2007, 100.) Tutkimuksessa (Pirinen 2007, 101) Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen – esimerkkinä painonhallinta tuli ilmi, että painonhallinnan ohjausta tulisi saada toiminnallisemmaksi, elämyksellisemmäksi ja audiovisuaalisia menetelmiä hyväksikäyttäväksi. Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmässä nämä seikat pyrittiin huomioimaan kokoontumiskerroilla tehdyillä harjoituksilla ja tehtävillä, havainnollistavalla materiaalilla sekä teorian esittämisen selkeinä Powerpoint-esityksinä. Osallistujille jaettiin myös kotiin luettavaksi opinnäytetyössä esiteltyä teoriaa tiiviinä pakettina.

Itse opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmän laihdutus ja painonhallinta tapahtui ensisijaisesti Käypä hoito -suositusten (2011) mukaan usealla tapaamiskerralla annettavalla elintapaohjauksella, jossa ohjauksella vaikutetaan ruokavalioon, liikuntaan, ajatuksiin ja asenteisiin. Laihdutuksessa suosittiin elintapaohjausta sisältäen ruokavalion energiamäärän vähentämisen ja energian kulutuksen lisäämisen. Jokaiselle osallistujalle laadittiin yksilöllinen suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle (liite 4).

Ravinnon energiamäärä vähennettiin yksilöllisissä suunnitelmissa osallistujan tavoitteen mukaan noin 500–1000 kcal vuorokaudessa. Energiamääriä arvioitiin yksilöllisesti käyttäen hyväksi Käypä hoito -suosituksia (2011) ja Suomalaisia ravitsemussuosituksia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 11). Suunnitelmat elintapamuutoksille laadittiin osallistujien toimesta ja ohjaajan avulla konkreettisiksi.

Opinnäytetyössä toteutettavassa laihdutus- ja painonhallintaryhmässä laihdutuksen seuranta tapahtui Käypä hoito -suositusten (2011) mukaan painon seurannalla sekä mittaamalla vyötärön ympärystä jokaisella kokoontumiskerralla. Vyötärön ympäryksen

mittaus tapahtui alimpien kylkiluiden lantioluiden puolesta välistä uloshengityksen aikana viiden millimetrin tarkkuudella. Punnitus tapahtui ilman kenkiä.

Psykologinen lyhythoito painonhallinnassa -oppaassa suositeltiin pitämään osallistujien mittaustulokset salassa, ettei ryhmän osallistujien välille muodostu kilpailua (Lappalainen & Turunen 2007, 14, 17). Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmässä osallistujat halusivat, että mittaustulokset ovat julkista tietoa, koska he kokivat sen motivoivan laihduttamista.

Seurantaan liittyi myös kuulumisien ja jaksamisen kysely sekä mahdollinen suunnitelman tarkistamisarvio. Ryhmäkokoontumisten alussa ja lopussa osallistujille laskettiin heidän painoindeksit. Osallistujat oli ohjattu myös toteuttamaan omaseuranta laihdutusta ja painonhallintaa tukevana keinona kotona omista motiiveistaan ja halukkuudesta riippuen.

Osallistujia ohjattiin kirjautumaan ja käyttämään halutessaan ilmaista Kiloklubi-laihutus- ja painonhallintaohjelmaa verkossa, koska ohjelma on tuotu esille myös Käypä hoito -suosituksissa (2011) hyvänä ohjauksen tukena käytettävänä menetelmänä. Kiloklubi-ohjelma tarjoaa ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvää tietoa, ruoka- ja liikuntapäiväkirjan ylläpitomahdollisuuden, edistymisen seurannan ja palautteenannon näistä. Kirjautuessa ohjelmaan osallistuja laatii oman painonhallinnan tavoitteen ja profiilin, jonka saavuttamista voi seurata ohjelman janalla, joka antaa aika-arvion saavutettavasta tavoitteesta. Kiloklubin ruokaosuudessa osallistuja kirjaa ruokapäiväkirjaa, joka laskee vuorokauden kilokalorit ja antaa ajantasaisen palautteen syötyjen ruokien ravitsemussisällöstä. Ohjelma ohjaa näin myös ruokien valinnassa. Ruokapäiväkirjassa ohjelma arvioi osallistujan ruokailun ja päivän energian-, kuidun, herkkujen ja kasvien saantia. Liikuntaosuudessa ohjelma laskee liikunnalla kulutetun energiamäärän liikuntapäiväkirjasta ja antaa palautetta liikunnan tehon, vaihtelun, kulutuksen ja määrän suhteen. Edistymisosoituksessa voi seurata painon, vyötärön ympäryksen, painoindeksin kehitystä piirtyvästä taulukosta ja verrattuna omaan tavoitteeseen. Ohjelma siis motivoi, tukee laihdutuksessa ja painonhallinnassa ja ohjaa elintapavalinnoissa antamalla välittömästi ja pidemmällä aikavälillä palautetta valinnoista ja onnistumisesta. (Kiloklubi, n.d.)

4.2.1 Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomake

Yksilöllisiä suunnitelmia varten laadittiin lomake, joka palvelisi sekä osallistujaa että ohjaajaa haastattelun pohjana, taustatietojen ja tietämyksen kartoituksessa, konkreettisenä apuvälineenä laihdutuksessa ja painonhallinnassa sekä seurannan ja muutosten tekemisen mahdollistajana. Suunnitelma mahdollistaa pitkän aikavälin tavoitteiden teon, jolloin se tukee ja palvelee osallistujaa ryhmän loppumisen jälkeenkin.

Lomakkeen suunnittelussa käytettiin opinnäytetyössä esille tullutta teoriataustaa. Lomakkeesta saatuja tietoja on kirjattuna eri kohtiin opinnäytetyön toteuttamisessa sekä pohdinnassa ja johtopäätöksissä.

Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle lomakkeessa käytettiin avoimia kysymyksiä, jotka alkoivat kysymyssanoilla mitä, mikä, miten, missä ja milloin. Avoinmet kysymykset ohjaavat vastaajaa pohtimaan spontaanisti omaa tilannettaan ja käyttäytymisen takana olevia tekijöitä ja soveltuvat siksi tukemaan osaltaan koko laihdu-

tus- ja painonhallintaprosessia. (Turku 2007, 51.) Avoimet kysymykset valittiin myös siksi, että ne antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista todellisen mielipiteensä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 196).

Ryhmään osallistuvien haluttiin määrittelevän itse oman laihdutustavoitteensa sekä muutostarpeensa elintavoille ja suunnittelevan ohjaajan opastuksella sen toteutuksen. Tämä pyrittiin huomioimaan rakennettaessa lomaketta, jolla pyrittiin korostamaan ohjattavan roolia tekijänä ja ohjaajan valmentajana (Turku 2007, 19). Kysymykset ovat esitetty minä-muodossa, joilla pyrittiin tukemaan ohjattavan omaa päätöksentekoa ja omaa vastuuta suunnitelman tekemisestä. (Turku 2007, 31; Käypä hoito -suositus 2011). Lomaketta rakennettaessa pyrittiin myös huomioimaan osallistujaa osana perhettä ja perhettä taas kokonaisuutena, koska ihmisen ruokakäyttäytymiseen vaikuttavat monet tekijät. (Armanto & Koistinen 2007, 203.)

Lomakkeen laatimisessa huomioitiin myös painonhallinnan ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä, joita tuotiin esille tutkimuksessa Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen – esimerkkinä painonhallinta (Pirinen 2007, 100–101). Näitä ovat muun muassa terveystottumukset, aikaisempi painonhallinnan tietämys ja kokemukset, ympäristötekijät, sosiaalisen tuen saanti ja tavoitteiden suunnittelun tärkeys.

Lomaketta laadittaessa huomioitiin myös Prochaskan muutosvaihemallia (Käypä hoito -suositus 2011, liite 3). Lomake sisältää muutosvaihemallin harkintavaiheen kartoitusta, kun siinä pyritään etsimään vastauksia kysymyksiin miksi, mitä, missä, milloin ja miten. Lomakkeessa suunnitellaan valmistelu ja aloitteluvaihe ja se sisältää mahdollisuuden suunnitelman jatkuvaan arviointiin, seurantaan ja ylläpitoon.

Lomakkeessa kartoitetaan laihdutuksen ja painonhallinnan historiaa, koettua terveydentilaa ja mahdollisia erityistekijöitä siinä, nykytilannetta, perheen elintapoja, voimavaroja, painonhallinnan analyysiä (Lappalainen & Turunen 2007, 65) sekä laaditaan tavoitteet ja suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle. Jotta päästäisiin suunniteltuihin tavoitteisiin laihdutuksessa ja elintapamuutoksissa, tulee olla selkeät ja konkreettiset tavoitteet ja suunnitelmat niiden toteutukselle sekä suunnitelman jatkuvaa arviointia. Suunnitelman laadinnassa huomioitiin, että tavoitteet ja suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle ovat mitattavia, osallistujan itse tekemiä ja aikaan sidottuja. Lomakkeessa myös kartoitettiin tuen saannin mahdollisuus. (Käypä hoito -suositus 2011; Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 159; Turku, 2007, 31, 70.)

Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeessa (liite 4) historia kohdassa kartoitetaan osallistujan lapsuuteen ja vanhempiin liittyviä asioita, koska tiedetään, että niillä on vahva vaikutus aikuisuuden painoon ja elintapoihin (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 7; Mustajoki 2007, 19; Lappalainen & Turunen 2007, 35; Fogelholm & Hakala 2006, 146). Historia osuudessa kartoitetaan myös aikaisempi painonhallinnan historia ja arvioidaan niiden hyviä ja huonoja puolia. Aikaisempien kokemusten läpikäynti, nykytilanteen kartoitus ja painonhallinnan analyysi auttavat osaltaan muutostarpeen tunnistamisessa ja sen suunnittelussa. Osallistujien taustojen kartoitus antoi tietoa myös ohjaajalle ohjattavan lähtökohdista, joka on edellytys yksilölliselle ohjaukselle. (Turku 2007, 17; Armanto & Koistinen 2007, 203.)

Yksi laihdutus- ja painonhallintaryhmää ohjaavista periaatteista oli voimavaralähtöisyys. Voimavaralähtöisyys on myös yksi terveydenhoitajan työn keskeisiä toimintaperiaatteita, jota pyrittiin huomiomaan lomaketta laadittaessa. Tärkeää motivaation,

laihdutuksen ja painonhallinnan sekä käyttäytymisen muutoksen kannalta on voimavarojen lisäksi kartoittaa muutosta tukevia ja uhkaavia tekijöitä. Näiden tekijöiden kartoittaminen auttoi osallistujia ja ohjaajaa tunnistamaan ohjattavan muutosvaiheen ja -valmiuden. (Käypä hoito -suositus 2011; Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 159; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2004, 103; Armanto & Koistinen 2007, 23).

Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomake esitetyttiin ensimmäisen ryhmätapaamiskerran jälkeen kotona ja sitä täydennettiin ohjaajan kanssa yksilöllisillä ohjauskerroilla, jossa itse tavoitteet ja suunnitelma laadittiin jokaisen henkilökohtaisesta näkökulmasta. Lomaketta käytettiin koko ryhmän ajan, joten se toimi osallistujien yhtenä työkaluna laihdutukselle ja painonhallinnalle.

4.2.2 Ensimmäinen ryhmäkoostuminen

Ensimmäinen ryhmäkoostuminen oli 19.9.12. Kaikki kuusi osallistujaa pääsivät tulemaan. Aluksi esittäytyttiin kahvin lomassa. Osallistujat ja ohjaaja esittelivät itsensä, kertoivat hieman omaa painonhallintataustaansa ja odotuksiaan ryhmältä, itseltä ja ohjaajalta.

Osallistujat innostuivat kovasti keskustelemaan ja kaikki osallistujista nosti esille odotuksensa vertaistuen saannista yhtenä tärkeimpänä asiana. Osallistujista kaikki myös toivat esille halukkuutensa elintapamuutoksille. Itse terveellisiä elintapamuutoksia pidettiin tärkeämpänä kuin laihtumistuloksia. Osa toivoi, että elintapamuutokset koskettaisivat heidän perheitäänkin.

Esittäytymiskierroksen jälkeen sovimme ryhmän pääperiaatteista ja yhteisistä sopimuksista. Sovittiin, että kaikki ryhmässä puhuttu ja kuultu on luottamuksellista tietoa. Sovittiin myös, että kaikki ovat vastuussa omasta laihdutuksesta, painonhallinnasta ja terveydestä. Jokainen osallistuja vastaa siitä, että on yhteydessä lääkäriin tai muuhun tahoon, jos huomaa haitallisia vaikutuksia terveydessään tai jo olemassa olevissa sairauksissa.

Osallistujat myös allekirjoittivat suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta -lomakkeet (liite 5). Osallistujille jaettiin luettavaksi kotiin opinnäytetyön teoriapohjassa ja Käypä hoito -suosituksissa (2010, 2011 & 2012) esiintuotua materiaalia tiivistetyksi laihdutuksesta ja painonhallinnasta sekä suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeet (Liite 4). He saivat kotitehtäväkseen tutustua siihen ja täyttää suunnitelman laihdutusosuutta alustavasi seuraavan kerran yksilöllistä ohjauskertaa varten. Kirjallisen materiaalin oli tarkoitus täydentää ryhmäkoostumiskertojen sisältöä, koska ryhmätapaamiset haluttiin pitää keskustelua mahdollistavina.

Teoriaosuus laihdutuksesta käytiin läpi jouhevasti, koska ryhmän osallistujat ilmaisivat omaavansa jo paljon tietoutta laihdutuksesta ja painonhallinnasta. Teoriaosuudessa käytiin läpi syitä ja uskomuksia liittyen lihavuuteen, Käypä hoito -suosituksen (2011) laihduttajan ruokavaliota, erilaisia ravinnon saanti suosituksia, ruokavaliota kevennysmahdollisuuksia, liikuntaa laihdutusvaiheessa, onnistuneen painonpudottajan profiilia, painoindeksin ja vyötärön ympäryksen mittaamista ja tulkintaa. Laihdutusta ja painonhallintaa mietittiin hieman yhdessä jokaisen tekemän painonhallinnan analyysin (Lappalainen, Turunen 2007, 65) pohjalta.

Lopuksi suoritettiin mittaukset ja punnitukset. Ryhmään osallistuvilla kartoitettiin alkutilanteessa paino, pituus, painoindeksi ja vyötärön ympäryys, jotka kontrolloitiin myös viimeisellä tapaamiskerralla tulosten yhteen vetämiseksi. Sovittiin, että mittauks-
tulokset ovat ryhmän sisällä julkista tietoa. Tämän ryhmään osallistujat kokivat yksimielisesti olevan motivoiva tekijä. Tiedot kerättiin jokaisesta ryhmään osallistuvasta tehtyyn Powerpoint- pohjaiseen taulukkoon, jonne kerrytettiin ryhmän aikaiset mittauks-
tulokset. Itse mittaukset tehtiin vähäeleisesti ryhmän ohjaajan toimesta, koska jokaisella oli hieman erilainen lähtötilanne ja tavoitteet painonpudotukselle.

Ryhmä alkoi ideoimaan yhdessä erilaisia keinoja pitää yhteyttä ryhmään osallistujien kanssa, joten heidän toiveista lähtien kaikille toistensa puhelinnumerot sähköpostitse. Osallistujille avattiin opinnäytetyöntekijän toimesta sosiaaliseen mediaan Facebook-
sivuille oman salaisen ja suljetun ryhmän, jonka sivuille ei pääse muuta kuin osallistujat ja ohjaaja. Tätä he halusivat hyödyntää toistensa tukemiseen ja kannustukseen sekä mahdollisten ryhmän ulkopuolella tapahtuvien tapaamisten sopimiseen ja ajatusten ja-
koon. Ryhmän osallistujat tuntuivat olevan innokkaita tapaamaan ryhmän ulkopuolel-
lakin, koska he kokivat olevansa samassa tilanteessa.

Koska vertaistuki nostettiin esiin korostetusti ja ryhmän osallistujat tuntuivat olevan innokkaita keskustelemaan ja jakamaan kokemuksia, päädyin siihen, että ryhmien ko-
koontumisissa täytyisi sisällön olla joustava, jotta vertaistuen saanti mahdollistuu. Ryhmän innokkuus osallistua ja suunnitella oli ryhmän todellinen voimavaratekijä.

4.2.3 Yksilölliset ohjausajat koskien laihdutuksen suunnittelua

Seuraavan kerran ohjaaja tapasi laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuvat yksilöllisten ohjausaikojen puitteissa 24.–26.9.2012. Jokaiselle oli varattu tunnin aika. Yksilöllisille ohjauskerroille olivat osallistujat täyttäneet kiitettävästi alustavia tietoja Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeille (liite 4), joka helpotti aikataulussa pysymistä.

Yksilöllisillä ohjauskerroilla käytiin suunnitelma läpi yhdessä osallistujan kanssa. Ohjaaja pyrki kyselemällä lisäkysymyksiä selvittämään osallistujan asenteita, tavoitteita ja odotuksia laihdutukselle sekä kartoittamaan nykytilannetta. Osallistujat toivat suunnitelma -lomakkeessa kysyttäviä asioita esille kertoessaan vapaasti asioista ja ohjaaja pyrki näistä kokoamaan ja selventämään reflektioivilla kysymyksillä suunnitelman runkoa. Ohjaaja pyrki koko ajan huomioimaan, ettei vaikuttaisi osallistujien ajatukseen, vaan, että kaikki kirjatut asiat olisivat osallistujien esiin tuomia.

Ohjaaja käytti apuna ohjaustilanteessa muutosvaihemallia (liite 3), valmentavan ohjauksen menetelmiä, ratkaisukeskeistä menetelmää ja motivoivaa haastattelua. Keskustelu ohjaustilanteessa pyrittiin pitämään luottamuksellisena ja avoimena. (Armanto & Koistinen 2007, 203). Ohjaaja pyrki huolehtimaan, että ohjaustilanteessa tulee selväksi kummallekin osapuolelle ohjattavan lähtökohdat, voimavarat ja tavoitteet, jotta suunnitelmasta muodostui tasapainoinen ohjattavan pystyvyyden, kykyjen ja tilanteen vaatimusten suhteen. (Turku 2007, 31).

Lomakkeen alussa kartoitettiin osallistujien taustaa lapsuuden, lapsuuden aikaisen perhe-elämän ja aikaisempien laihdutuskokemusten myötä. Keskustelua käytiin osallistujien kanssa siitä, miksi niitä oli kartoitettu. Yllättävää oli se, että kaikki osallistu-

jat olivat olleet lapsina hoikkia tai normaalivartaloisia. Lihominen kaikilla oli alkanut varhaisaikuisuudessa tai aikuisuudessa.

Laihdutustavoitteekseen osallistujat asettivat noin 0,5–1 kilon painonpudotuksen viikkoa kohti, joka on sama, mitä Käypä hoito -suosituksissa (2011) tuodaan esille hyvänä tavoitteena. Kaikki asettivat realistisen tavoitteen ryhmän ajaksi. Myös pitkän ajan tavoitteet painonpudotukselle asetettiin, koska ryhmä kesti vain kolme kuukautta.

Jokaiselle osallistujalle arvioitiin sopiva ravinnosta saatava energiamäärä vuorokaudessa laihdutusvaiheen aikana. Tässä huomioitiin, että kalorimäärä ylittää 1200 kilokalorin määrän vuorokaudessa, joka on Käypä hoito -suosituksissa (2011) rajattu monipuolisena toteutettuna riittäväksi ravitsemussisällöltään olevaksi energiamääräksi.

Osallistujat kirjasivat tavoitteikseen elintapamuutoksille pysyvän elintapamuutoksen, terveellisen ja säännöllisen syömisen, oman hyvinvoinnin edistämisen, terveysvaikutukset, laihtumisen, liikunnan lisäyksen ja herkuttelun vähentämisen. Tavoitteita koskien koko perhettä oli miehen tai koko perheen mukaan saaminen elintapamuutokseen, terveellinen ruokavalio kaikille, herkuttelujen rajoittamisen kaikilla ja hyötyliikunnan lisäämisen.

Konkreettisissa muutossuunnitelmissa energian saantia suunniteltiin vähennettäväksi laskemalla kalorien saantia, lisäämällä kasviksia, muokkaamalla ruokavaliota terveellisemmäksi, lautasmallin käyttämisellä, herkkujen syönnin suunnittelemisella ja rajoittamisella, muuttamalla maitotuotteet rasvattomiksi, pienentämällä annoskokoja, vähentämällä tuoremehujen ja virvotusjuomien käyttöä, jättämällä perunalastut ja pika-ruoat pois ruokavaliosta sekä sopeuttamalla ruokailut vastaamaan energiantarvearviota. Energiankulutusta osallistujat suunnittelivat lisäävän alkuvaiheessa lisäämällä hyötyliikunnan määrää yksin tai perheen kanssa sekä aloittamalla uuden tai jatkamalla vanhoja liikuntaharrastuksia. Jokainen osallistuja laati yksilöllisen suunnitelman liikunnalle heidän omista lähtökohdista tai halusta.

Syömiskäyttäytymiselle muutossuunnitelmia tehtiin suunnittelemalla säännöllinen ateriaritmi, siirtämällä kaikki ruokailu ruokapöydän ääreen, annoskokoja rajaamalla, sokerin ja napostelun välttämällä sekä täysjyväviljan, kasvien, marjojen ja hedelmien lisäämisellä. Mielitekoja osallistujat aikoivat hallita säännöllisellä ruokailulla, sallimalla itselleen suunnitellun ja maltillisen herkuttelun, suunnittelemalla kaupassa käynnit ennalta, menemällä kauppaan kylläisenä, syömällä normaalisti ennen juhlia ja rajaamalla herkkujen ostoa kotiin. Suunnitelmaa laadittaessa osallistujia ohjattiin yksilöllisesti muun muassa keinoissa hallita tai muuttaa syömiskäyttäytymistä, nälän tunnetta, ruokailutapoja ja annoskokoja.

Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeessa (liite 4) oli kohta, jossa tehtiin suunnitelma repsahdustilanteiden varalle. Ohjauksessa jokaisen osallistujan kanssa kuitenkin korostettiin sitä, että repsahduksia ei saisi miettiä kielteisessä mielessä, vaan tilanteina, joista voidaan oppia. Osallistujille korostettiin, että liiallinen ankaruus itseä ja omaan onnistumista kohtaa saa aikaan vain sitä, että mahdollisesti halu koko elintapamuutokselle loppuu. Kaikille korostettiin, että repsahdukset kuuluvat osana laihduttamiseen ja elämään, jollaisina ne tulisi myös hyväksyä. Osallistujat näkivät asian myös niin ja kirjasivat suunnitelmaansa, että repsahdustilanteet tulisi tunnistaa, jotta voi taas palata takaisin haluamiinsa terveellisiin elintapoihin.

Osallistujat suunnittelivat kotona toteutettavan seurannan, joka kirjattiin suunnitelmaan. Seuranta osallistujat olivat valmiita tekemään yhden kerran päivässä tai kerran viikossa punnitsemalla ja mittaamalla vyötärön ympärystä. Osa osallistujista oli kirjautunut Kiloklubi tai omasta valinnastaan maksulliseen Kalorilaskuri -palveluun, jossa seuranta myös tapahtui.

Osallistujat myös nimesivät henkilöt, joilta saisi tukea laihdutukselle ja painonhallinnalle. Näiden henkilöiden merkitystä ja tärkeyttä elintapamuutoksen onnistumiselle ohjauksessa mietittiin ja korostettiin.

4.2.4 Toinen ryhmäkokoontuminen

Toinen ryhmätapaaminen oli viikon päästä yksilöllisistä ohjauskerroista 2.10.2012. Päivän aiheena oli "kohti muutosta". Ryhmän aluksi käytiin läpi vapaamuotoisesti keskustellen kaikkien kuulumisia ja mieleen nousseita asioita. Esille tuli paljon kaikkia hyödyttäviä asioita ja ryhmän osallistujat osasivat antaa tukea ja kannustusta hienosti toisilleen. Monet kertoivat elintapamuutoksensa olevan vasta alussa ja sulattelevansa asioita. Jotkut olivat aloittaneet innolla laihdutuksensa ja uusien elintapojen koekulun. Moni oli kokenut hyötyneensä Kiloklubin tai muun vastaavan palvelun käytöstä.

Käypä hoito -suosituksissa (2011) ja elintapaohjausmenetelmissä painotetaan muutosprosessin tunnistamisen tärkeyttä ja sitä, miten käyttäytymismuutosta voidaan tukea eri ohjausmenetelmin. Käyttäytymismuutoksessa tavoitteena on tehdä käyttäytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä mahdollisimman tietoisia ja näin mahdollistaa muutos. (Käypä hoito -suositus 2011; Turku 2007.) Kokoontumiskerralla pyrittiin jakamalla tietoa ja erilaisten harjoitusten ja tehtävien avulla tukemaan osallistujia muutosprosessissa. Teoriaosuudessa kävimme läpi muutoksen taustatekijöitä ja muutosvaiheprosessia (liite 3). Ryhmään osallistujat saivat tehdä nelikenttäanalyysin elintapamuutoksesta. Nelikenttäanalyysin oli tarkoitus auttaa osallistujia tunnistamaan muutostarvettaan, selvittää sen hyötyjä ja haittoja sekä uhkia ja voimavaroja itselleen, joka on tärkeää muutoksessa onnistumisen kannalta. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Osallistujien kanssa keskusteltiin omista ratkaisuksistaan laihdutuksessa ja jaettiin konkreettisia vinkkejä ja tukea vertaisten kanssa. Yhteiset avoimet keskustelut laihdutuksen suunnitelmista auttoivat ohjattavia tuomaan muutoksia toiminnan tasolle ja pohtimaan niitä arjessaan, koska ainoastaan omaa toimintaa arvioimalla saa aikaan pysyviä muutoksia elämään. (Turku 2007, 31). Yhdessä käyty keskustelut auttoivat myös sisäistämään tehtyjä ratkaisuja ja mahdollistivat vertaistuen saantia. Vertaistuella saa ryhmässä uusia näkökulmia ja ratkaisumalleja elintapamuutokselle, voimavaroja selvittää muutosprosessissa ja iloa ryhmätyöskentelyyn. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 113.)

Muutoksen tuomista toiminnan tasolle pyrittiin myös tukemaan kotiin annettavalla tehtävällä, jossa jokaista osallistujaa pyydettiin laatimaan kotona ruokasuunnitelma useammalle päivälle ja tämän pohjalta ostoslista. Kaupassa ohjattavia pyydettiin tutustumaan tuotteisiin ja pakkausselosteisiin ja pohtimaan vaihtoehtoja siitä näkökulmasta, että mikä on aina parempi valinta. Näitä seikkoja pyydettiin pohtimaan myös laittaessaan ruokaa. Osallistujia kehoitettiin myös kertomaan näistä paremmista valinnoista perheelleen ruokaillessa ja nauttimaan hyvän ruoan tuomasta mielihyvästä. Tämän

tehtävän tavoitteena oli laittaa osallistujia pohtimaan ruokavalintojaan, tutustumaan parempiin valintoihin ruokaostoksilla ja ruoanlaitossa, tuoda perhettä mukaan terveellisiin elintapamuutoksiin, korostaa jokaisen roolia valintojen tekijänä ja suunnata osallistujan ruoanvalmistus- ja ostoskäytäntöjä suunnitelmalliseen ja terveellisempään suuntaan. Tehtävästä ja sen tuomista huomioista oli tarkoitus keskustella seuraavalla ryhmäkokoontumiskerralla.

Toisen ryhmäkokoontumiskerran päätteeksi heräteltiin osallistujia vielä pohtimaan muutosta siltä kannalta, että mitä sen toteutuminen tai toteutumatta jättäminen merkitsee ohjattavalle. Muutosaikeen vahvistamista haluttiin tukea myös miettimällä, miksi muutos kannattaa. Näiden tekijöiden pohtiminen on keskeistä käyttäytymismuutoksen ohjauksessa. (Käypä hoito -suositus 2011.)

Lopuksi oli punnitus ja mittauskierros. Ryhmäläisiltä oli yhteensä kahdessa viikossa pudonnut painoa 10,7 kg eli keskimäärin 1,78kg osallistujaa kohden. Vyötärön ympäryksestä oli lähtenyt pois yhteensä 14,8 cm eli 2,47 cm osallistujaa kohti. Lopuksi luin vielä Lappalainen ja Turunen (2007, 51) oppaasta yhden ajatuksia herättävän metaforan "Piste horisontissa" ja mietimme sen merkitystä.

4.2.5 Kolmas ryhmäkokoontuminen

Kolmannella tapaamiskerralla 18.10.12. ryhmässä oli vierailevana asiantuntijana kuntotohijaja, joka on oman työnsä puolesta ohjannut aikaisemmin painonhallintaryhmiä. Osallistujista kaksi ei päässyt tulemaan sairastumis- ja työtilanteen vuoksi. Toinen poissaolijoista joutui keskeyttämään osallisuutensa ryhmässä tässä kohtaa, kun hänen sairastui äkillisesti ja vakavasti. Tämä sairastuminen ei liittynyt laihdutukseen. Tämä keskeyttänyt osallistuja lähetti oman painonsa ja vyötärönmittansa vielä tälle kokoontumiskerralle. Hänen painonsa ja vyötärönmittansa on huomioitu tämän kerran yhteenvedossa, muttei tästä eteenpäin eikä loppuyhteenvedossa.

Kuntotohijaja puhui liikunnan myönteisistä vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin sekä osana laihdutusta ja painonhallintaa. Hän antoi konkreettisia vihjeitä ja ideoita osallistujille liikunnasta sekä painonhallinnan haasteisiin. Hän opasti ryhtiasioissa ja teimme lopuksi eräänlaisen Taiji-harjoituksen. Hän korosti liikunnan lisäämistä pienin askelin sekä sitä, että liikunnasta tulisi nauttia eikä vain tehdä pakolla. Hän jakoi myös osallistujille Tartu tilaisuuteen, ota tavaksi -painonhallintaoppaan, joka liittyy valtakunnalliseen KKI (2011), Kunnossa kaiken ikää -ohjelmaan.

Ryhmään osallistujat kokivatkin positiivisena, että kuntotohijaja esitti asian myönteisestä ja kannustavasta näkökulmasta. Luennon päällimmäiseksi viestiksi jäi, että kaikki arkiaktiivisuus ja pienikin liikunta hyödyttää eikä ihmisen tulisi vaatia itseltään kohtuuttomuuksia. Tämä oli armollista kuultavaa pienten lasten äideille, jotka kamppailevat ajankäytön ja sen puutteen kanssa.

Lopuksi oli kuulumisten jakamista sekä punnitus ja vyötärön ympärysmittaus. Poissaolleilta tiedusteltiin mitat puhelimitse. Tähän mennessä eli neljässä viikossa ryhmään osallistujat olivat pudottaneet painoa 18,9 kg yhteensä sekä vyötäröltä yhteensä 20 cm. Painoa oli pudotettu siis keskimäärin 3,15kg ja vyötärön ympäryksestä 3,30cm osallistujaa kohti

4.2.6 Neljäs ryhmäkokoontuminen

8.11.2012 eli neljännellä ryhmäkokoontumiskerralla oli vierailevana asiantuntijana ravitsemusterapeutti. Osallistujista, joita siis oli tässä vaiheessa jäljellä viisi, yksi oli estynyt tulemaan. Hänelle otettiin talteen ravitsemusterapeutin jakama materiaali, joka annettiin hänelle seuraavalla kokoontumiskerralla.

Ravitsemusterapeutti puhui syömisen hallinnasta ja erilaisista ravitsemussuosituksista. Hän havainnollisti esitystään eri ruuilla, joilla ryhmäläiset saivat kokeilla omia ruokamäärien arviointitapoja. Ruuista ja herkuista oli koottu myös erilaisia 100 kilokalorin annoksia havainnollistamaan valintoja.

Hän jakoi osallistujille materiaalia kuidun ja proteiinisaannista sekä esimerkkejä ruokavalion koostamisesta tietyissä energiamäärissä. Hän oli koonnut hyödyllistä materiaalia energiatarpeen määrittämisestä ja miten päivän energiansaanti olisi suotuisinta jaksaa. Hän antoi myös rungon 1600 kilokalorin ruokavaliolle.

Ryhmä täytti ravitsemusterapeutin havainnollistavan kyselyn syömisenhallinnasta, joka ohjasi osallistujia miettimään, että millä syömisen hallinnan alueilla on vielä parannettavaa. Ravitsemusterapeutti otti ryhmää mukaan hyvin keskusteluun ja aktivoi heitä osallistumaan. Hän kannusti myös ryhmäläisiä positiivisessa hengessä.

Ravitsemusterapeutin lopetettua kävimme keskustelua kuluneista viikoista ja ryhmäläisten esille tuomia asioita. Keskustelua herätti syysväsymys ja siihen liittyvät motivaatiohaasteet. Osallistujilta kartoitettiin, mitä he toivovat viimeisessä ryhmäkokoontumisessa käsiteltävän. Toiveena esitettiin, että käytäisiin läpi kertausta painonhallinnasta sekä mietittäisiin yhdessä keinoja mielihalujen säätelyyn. Osallistujille tarjottiin mahdollisuutta ottaa puoliset mukaan viimeiselle ryhmäkokoontumiskerralle, mutta he halusivat kokoontua omana ryhmänä.

Lopuksi oli punnitus ja mittaus. Poissaolleelta tiedusteltiin mitat puhelimitse. Seitsemässä viikossa osallistujat olivat pudottaneet 24,1 kg eli keskimäärin 4,82 kg ja vyötärön ympäryksestä 24,9 cm eli 4,98 cm osallistujaa kohti. Viikkovauhdilla tämä on ollut 0,69 kg painonpudotusta ja 0,71 cm vyötärön ympäryksestä. Painonpudotus on vaihdellut osallistujien kesken seitsemän viikon aikana 3,9–5,4 kilon ja vyötärön ympäryksen pienentyminen 2,9–6,8 cm.

4.2.7 Yksilölliset ohjausajat koskien painonhallinnan suunnittelua

20.11. ja 29.11. olivat toiset yksilölliset ohjausajat painonhallintaa koskien. Jokaiselle varattiin tunnin aika, jossa käytiin Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeen (liite 4) painonhallintaosuus läpi. Samassa arvioimme laihdutuksen onnistumista ja osallistujan mahdollisia toiveita vielä sitä koskien.

Tällä ohjaus kerralla määriteltiin uudelleen pidemmän aikavälin tavoitteet ja tehtiin suunnitelma sen toteutumiselle tai ylläpidolle. Ohjauksessa korostuivat pitkän aikavälin tavoitteet ja suunnitelmat sille ja seurannalle sekä osallistujien kannustaminen elintapamuutoksessa jatkamisessa. Myös tässä ohjauskerrassa oli huomioitu ensimmäisessä yksilöllisen ohjauskertojen osuudessa (luku 4.2.3) kuvatut ohjausmenetelmät.

Ohjauksella katsottiin taaksepäin laihdutuksessa onnistumista ja nimettiin onnistumisessa auttaneita tekijöitä sekä tunnistettiin niitä tekijöitä, joita oli vielä tarve muuttaa laihdutustulosten toiveessa. Osallistujat olivat mielestään onnistuneet säännöllistämään ateriarytmiänsä, vähentämään herkkuja tai suunnittelemaan herkutteluhetket, pitämään tehdyn ja vahvan päätöksen elintapamuutoksesta, itsensä kuunteluun oppimisessa, syömisen hallinnassa, puolison tai perheen mukaan saamisessa elintapamuutoksiin, liikunnan lisäämisessä, painon pudotuksessa, syömisen rajoittamisessa ruokapöydän ääreen ja pysyvän elintavan muodostamisessa. Muutosta vielä haluttiin kasvien lisäämiseksi, ateriarytmin pitämiseksi muuttuvissa elämäntilanteissa, korvaavan tavan löytämiseksi herkuilla palkitsemiseen, liikunnan lisäämiseksi ja herkuttelun hallitsemiseksi.

Kaikilla osallistujilla oli vielä tässä vaiheessa itse laihdutus kesken ja pitkänaikavälin tavoitteet oli saavuttamatta, joten painonhallinnan suunnitelmat tehtiin siitä tavoitepainon ja ajallisesti sen elämäntilanteen näkökulmasta. Osallistujille arvioitiin tavoitepainon ja elämäntilanteen mukaan energiantarve, joka tukisi painonhallinnassa. Jokainen suunnitteli terveellisen tavan lisätä laihdutusajan energiamäärästä painonhallintavaiheen energiamäärään. Nämä keinot olivat muun muassa kasvien, hedelmien, täysjyvätuotteiden, pehmeiden rasvojen ja proteiinien sopiva lisääminen ruokavalioon. Jokainen osallistuja suunnitteli myös liikuntaansa ja oman seurannan painonhallintavaiheessa.

Osallistujat tekivät suunnitelmat mahdolliselle tilanteelle, jossa paino tai elintavat lähetsivät menemään epäsuotuisaan suuntaan. Näissä tilanteissa osallistujat suunnittelivat toimivansa niin, että palaavat hetkeksi laihdutusajan käytäntöihin, muuttavat toimintaansa mahdollisimman nopeasti, asettavat itselleen jonkin hälytysrajan painossa, miettivät epäsuotuisaan käyttäytymiseen johtaneita syitä ja pitävät mahdollisesti ruokapäiväkirjaa tai käyttävät Kiloklubin -palveluita taas hetken selvittääkseen tilannetta.

Uhkia hyvin jatkuvalla painonhallinnalle nähtiin olevan periksi antaminen, itsensä pakkottaminen jossain asioissa, työhön paluu äitiyslomalta, stressitilanteet ja kiire arjessa. Näihin osallistujat suunnittelivat hallintakeinoiksi oman tavoitteen mieleen palauttamisen, itsensä rakastamisen oppimisen ja palkitsemisen ajoittain, oppimalla olemaan ylpeä savutuksistaan, suunnitteleamalla ennalta arkea ja syömisiä sekä pitämällä kiinni säännöllisestä ruokailusta.

Ohjauksessa suunnitelmaan nimettiin tekijät, jotka jää pysyvinä vaikuttamaan osallistujan omaan ja hänen perheensä elämään. Näitä tekijöitä nimettiin kasvien ja hedelmien runsaus ruokavaliossa, lasten kanssa yhdessä tekeminen ja liikkuminen, herkuttelun säännöstely, säännöllinen ateriarytmi, liikunta osana elämää, vähärasvaisten- ja täysjyvätuotteiden käyttö ja mallina toimiminen lapsille.

Osallistujat kirjasivat suunnitelmaan omasta mielestään tärkeimmän saavutetun hyödyn tähän mennessä elintapamuutoksestaan. Näitä hyötyjä olivat terveellisempi ruokavalio, nivelvaivojen ja refluksitaudin helpottaminen, hyvät vaikutukset perheen elämään, oman jaksamisen lisääntyminen sekä saavutetut terveydelliset edut. Myös kahden osallistujan puoliset olivat laihtuneet vaimonsa rinnalla yli 10 kiloa ja toisella heistä normalisoitui pidempään seurattu kohonnut verensokeritaso.

Osallistujien toiveesta tämän ohjaukserran puitteissa myös punnittiin ja mitattiin vyötärön ympäryys. Osallistujat esitti tämän toiveen, koska edellisestä mittauksesta oli ai-

kaa 2–3 viikkoa ja seuraavaan mittaukseen olisi tullut väliä vielä 3–4 viikkoa. Kulu-
neina 9–10 viikon aikana osallistujat olivat pudottaneet painoa yhteensä 24,4 kg eli
keskimäärin 4,88kg ja vyötärönympäryksestä 26,3 cm eli keskimäärin 5,26 cm osallis-
tujaa kohti. Osallistujien paino on alentunut kymmenelle viikolle jaettuna 0,49 kg ja
vyötärönympäryksestä 0,53 cm viikossa. Vaihteluväli pudotetulle painolle oli 3,6–6,4
kg 10 viikon aikana.

Osallistujien esiin tuoma syysväsymys ja motivaation puute oli vaikuttanut viidestä
osallistujasta kolmeen tuoden painoa takaisin. Heidän kohdallaan mietittiin ohjaukses-
sa yksilöllisesti syitä tilanteelle ja suunniteltiin jatkoa tarkemmin.

4.2.8 Viides ryhmäkokoontuminen

Viimeisellä ryhmäkokoontumiskerralla 18.12.2012. kertosimme painonhallinta-
asioita. Tähän sisältyi asioita syömisenhallinnasta ja liikunnasta sekä hyvistä syömis-
ja ruokailukäytännöistä koko perheessä. Viimeiselle kokoontumiskerralle pääsi osal-
listumaan vain kolme ryhmäläistä, koska kaksi muuta oli sairastunut infektiotautiin tai
oli lapsenhoito-ongelmaa. Asioiden kertauksen lisäksi teemana oli pikkujoulut, jotka
toteutettiin nyttikesti-hengessä. Kaikki osallistujat toivat jotain syötävää, joten poh-
dimme myös paljon sallittujen herkkujen, juhlien ja poikkeavien tilanteiden merkitystä
painonhallinnalle.

Osallistujat tekivät kaksi toiminnallista harjoitusta (Turku 2007, 94–96). Harjoituksil-
la oli tarkoitus lisätä ryhmäläisten suuntautumista tulevaisuuteen, vahvistaa heidän
toimintavalmiuksia ja pystyvyyden tunnetta ryhmän ulkopuolella sekä ohjata ja syven-
tää heidän omia arviointikeinoja, mielikuvia ja asenteitaan painonhallinnassa. Ensim-
mäinen harjoitus oli ns. tyhjän tuolin tekniikalla toteutettu harjoitus, jossa oli kolme
tuolia; epäonnistumisen pelko -tuoli, onnistumisen usko -tuoli ja tulevaisuuden -tuoli.
Ryhmäläiset istuivat vuorotellen tuoleihin ja kuvasivat tuolin teemaan liittyviä pelko-
ja, onnistumiseen liittyviä tekijöitä ja tulevaisuuden näkymää. Toisessa harjoituksessa
ryhmäläiset nimesivät aikaisempia huonoja elintapojaan tai -tottumuksiaan ja niistä
keskusteltiin yhdessä. Sitten tapa tai tottumus kirjoitettiin ajan puutteessa mielessä pa-
perille, joka heitettiin roskeen mielikuvissa konkretisoidakseen tilannetta. (Turku 2007,
94–96.)

Ryhmän osallistujien kanssa sovittiin, että alussa avattu Facebook-ryhmä pidetään
toiminnassa. Näin ryhmään osallistujat saavat jatkaa keskenään toistensa kannustamis-
ta, seurata menestymistä ja saada vielä vertaistukea, koska kaikkien tavoitteet painon-
pudotukselle jatkui vielä ryhmäkokoontumisien jälkeen. Tämä ei kuitenkaan vaadi
enää opinnäytetyöntekijältä sidonnaisuutta. Ryhmä suljetaan, kun osallistujat niin toi-
vovat.

Ryhmän ohjaaja keräsi itselleen osallistujien Suunnitelma laihdutukselle ja painonhal-
linnalle -lomakkeet (liite 4) lainaksi tietojen keräämistä varten. Ryhmään osallistuvilta
kerättiin myös osoitetiedot, jotta heille voitaisiin lähettää suunnitelmalomakkeet taka-
sin. Poissaolleiden yhteystiedot ja mittauksien tulokset sain puhelimitse ja heille lähetettiin
postimerkeillä varustetut kuoret, joilla he pystyivät lähettämään omat Suunnitelma
laihdutus- ja painonhallintalomakkeet opinnäytetyön tekijälle.

Osallistujilta kerättiin myös suullinen palaute ryhmän ja ohjaajan toiminnasta ja menettelmistä. Poissa olleille lähetettiin sähköpostitse pyyntö antaa palautetta. Palautetta pyydettiin antamaan yleisellä tasolla ilman varsinaista ohjausta palautteen annolle.

Suullisessa palautteessa osallistujat pitivät laihdutus- ja painonhallintaryhmää lastenneuvolan äideille tarpeellisena. Kaikkien mielestä tärkein anti ryhmästä on ollut siitä saatu vertaistuki niin yhteisissä tapaamisissa kuin sosiaalisen median kauttakkin. Osallistujat olivat yhtä mieltä siitä, että samassa elämäntilanteessa olevat osallistujat ovat olleet korvaamaton tuki ja lisäkannustus elintapamuutokselle. Muutama osallistuja toi esille myös sen, että ohjaajan sama elämäntilanne osallistujien kanssa lisäsi ohjaukseen ymmärrystä ja kykyä katsoa ohjattavien tilannetta oikeasta näkökulmasta. Ohjaaja kuvattiin myös kannustavaksi, ei syyllistäväksi ja asioista ei "paasattu". Ohjaaja osasi myös osallistujien mukaan esittää asioita positiivisista lähtökohdista ja tuoda esille osallistujien voimavaroja.

Eri mieltä oltiin siitä, oliko tapaamiskertoja tarpeeksi vai liian vähän. Yksi esitti toiveen, että ryhmä olisi saanut jatkua vielä keväänkin.

Osallistujat arvioivat, että valitut ja muuttuvat teemat ja sisällöt olivat hyviä. Käytetyt mielikuvaharjoitteet ja tunteiden käsittely koettiin hyväksi. Tosin yksi osallistuja toivoi, että mielikuvaharjoitteita olisi tehty myös siitä näkökulmasta, joka olisi herätellyt ajattelemaan itsestään positiivisia mielikuvia. Harjoituksia ruoan maistelusta ja haistelusta lisäämään ruoan nautinnollista ja hidasta syömistä olisi myös yhden osallistujan mukaan voitu tehdä.

Osallistujat pitivät helpottavana, että kuntohoitaja toi uudenlaisen näkökulman liikuntaan. Pidettiin hyvänä, että hän korosti kaiken liikunnan tärkeyttä, liikunnan aloittamista pienin askelin ja sitä, että siitä tulisi nauttia. Syömisenhallinnassa koettiin hyötyä olevan Kiloklubista ja ravitsemusterapeutin jakamasta suunnitelmasta 1600 kcal ruokavalion muodostamiselle.

Asiantuntijoita käytettiin osallistujien mielestä joko liikaa tai tarpeeksi. Liikaa vastauksen antaneet selittivät vastaustaan sillä, että olisi halunnut olla vain omana ryhmänä kaikki tapaamiset. Osallistujilla oli kaikilla mielestään valmiiksi paljon tietoa asioista, mutta ryhmästä saadut tiedot koettiin kuitenkin tarpeellisiksi. Jaettu materiaaleja pidettiin hyvän mittaisina ja informatiivisina.

Suunnitelmaa laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomaketta pidettiin hyvänä, koska se laittoi osallistujan pohtimaan myös paljon tunteita sekä ohjasi hyvin itse laihdutuksessa. Suunnitelma koettiin palvelevan myös myöhemmin, koska siihen pystyy palamaan aina uudelleen laihduttaessa ja painonhallintavaiheessa. Ryhmä koettiin olevan hyvä sysäys elintapamuutokselle ja se oli auttanut henkisesti jaksamaan syksyn.

Lopullisessa punnituksessa ryhmän kestätyä tasan kolme kuukautta, painoa osallistujilta oli pudonnut yhteensä 29,5 kg eli keskimäärin 5,9 kg osallistujaa kohti. Vyötärön ympäryksestä oli lähtenyt yhteensä 31,1 cm eli keskimäärin 6,22 cm osallistujaa kohti. Tämä tekee kulunutta 13 viikkoa kohden painonpudotusta 0,45 kg viikossa ja vyötärön ympärysmittaa on vähentynyt 0,48 cm viikossa osallistujaa kohti. Prosentuaalisesti painoa putosi keskimäärin 6,49 % ollen 5,06–8,75 % vaihteluvälillä. Painoindeksi laski keskimäärin 2,3 kg/m² osallistujilla ollen nyt 29,5–35,2 kg/m².

4.3 Opinnäytetyön arviointimenetelmät ja aineistonkeruu

Opinnäytetyössä tulee kuvata tiedonhankinnan keinoja, sen vaiheita, perustella valintoja sekä avata aineiston kuvaamisen ja analysoinnin tekniikoita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 255). Näitä seikkoja pyritään selvittämään tässä osiossa, vaikkei opinnäytetyössä käytetty varsinaisia aineiston analysointimenetelmiä.

Opinnäytetyössä pyrittiin vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin, jotka on esitetty kappaleessa 3. Opinnäytetyön tavoitteet. Ensimmäiseen kysymykseen koskien terveydenhoitajan antaman elintapaohjauksen kehittämistä laihdutuksessa ja painonhallinnassa lastenneuvolassa pyrittiin saamaan vastaus teoriapohjassa kappaleessa 2.2. kuvaamalla erilaisia elintapaohjauskeinoja terveydenhoitajan työssä sekä osallistujien antamalla loppupalautteella. Kappaleessa 2.2. kuvattiin terveydenhoitajan olemassa olevia keinoja ja menetelmiä koskien elintapaohjausta ja näitä keinoja ja menetelmiä käytettiin ryhmän ohjauksessa. Näin menetelmistä saatiin palautetta suullisesti.

Opinnäytetyön toisena tutkimuskysymyksenä oli laihdutus- ja painonhallinnan ryhmän tarpeellisuus lastenneuvolan äideille. Tähän arviota saatiin suullisessa loppuarviossa, opinnäytetyön tuloksilla sekä teoriapohjassa. Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli ryhmän ja sen toimintamallien tuoma hyöty osallistujille äideille ja heidän perheilleen. Tätä tutkimuskysymystä arvioitiin Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeesta saatujen tietojen ja suullisen palautteen pohjalta.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin Kysely laihdutus- ja painonhallintaryhmään haluaville (liite 1) sekä Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeilla (liite 4) ja viimeisellä ryhmäkokoontumisella kerätyllä suullisella palautteella.

Kysely laihdutus- ja painonhallintaryhmään haluaville (liite 1) ja Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeiden (liite 4) tiedot käsiteltiin ilman varsinaisia analysointimenetelmiä, koska opinnäytetyön laajuus oli kahdeksan opintopistettä. Erikseen toteutettava laadullinen tai määrällinen tutkimus tai kerätyn laajan aineiston analysointi tutkimusmetodeilla keinoilla olisi lisännyt huomattavasti vielä työn laajuutta. Opinnäytetyön tuloksia on kuvattu myös osallistujista kerätyistä punnitus- ja mittaus tuloksista pohjalta. Opinnäytetyön aineistoa on siis kerätty koko opinnäytetyöprosessin aikana lähtien teoriaosuuden keräämisestä ja päättyen ryhmän antamaan suulliseen palautteeseen ja aineiston yhteenvetoon.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Pohdinnassa ja johtopäätöksissä on pyritty tiivistämään työn tulokset ja tekemään niiden sekä teorian pohjalta johtopäätöksiä opinnäytetyöstä. Tämä on varsinkin tässä opinnäytetyössä tarpeen työtä selkiyttävänä tekijänä, koska tuloksia on esitetty monessa eri kohdassa.

5.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan laihdutus- ja painonhallintaryhmän osallistujien saavuttamien tuloksien, Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeista

(liite 4) kerättyjen tietojen ja osallistujien antaman suullisen loppuarvioinnin kannalta. Tuloksia tarkastellaan myös opinnäytetyön tutkimuskysymysten ja tavoitteiden pohjalta.

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään lopullisten osallistujien eli viiden äidin painoindeksit alkutilanteessa olivat välillä 32,3–37,2 kg/m² eli keskimäärin 34,5 kg/m². Opinnäytetyön ryhmän lopuksi kolmen kuukauden jälkeen ne olivat 29,5–35,2 kg/m² eli keskimäärin 32,2 kg/m². Painoindeksi laski siis keskimäärin 2,3 kg/m² osallistujaa kohden. FINNRISKI 2012 -tutkimuksessa työikäisen naisen keskimääräinen painoindeksi oli Suomessa 26,0 kg/m² (Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015, 33). Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistujat asettivat kuitenkin kaikki tavoitteensa lähelle normaalipainoa, koska heidän laihdutuksensa jatkui vielä ryhmän loppumisen jälkeen. Osallistujia motivoi osaltaan painoindeksin käyttö ja sen riskirajojen tunnistaminen. Yksi osallistujista pääsi alle lihavuuden rajan eli 30,0 kg/m² ja toinen melko lähelle, jolloin riskit lihavuuteen liittyviin sairauksiin vähenevät huomattavasti (Käypä hoito -suositus 2011).

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistujien paino oli alkutilanteessa 83,3–96,8 kg ollen keskimäärin 91,1 kg. Ryhmän loppuvaiheessa paino vaihteli 78,7–91,9 kg välillä ollen keskimäärin 85,2 kg. Osallistujien paino aleni ryhmän aikana yhteensä 29,5 kg eli keskimäärin 5,9 kg osallistujaa kohti. Kun ryhmä kesti 13:n viikon ajan, niin painonpudotusta tuli keskimäärin 0,45 kg osallistujaa kohti viikossa. Osallistujat olivat asettaneet 0,5–1 kg viikkovauhdin tavoitteekseen painonpudotukselle, joten tämäkin tavoite kahteen desimaaliin pyöristettynä saavutettiin keskimääräisesti.

Prosentuaalisesti painoa pudotettiin 5,06–8,75 % välillä ollen keskimäärin 6,49 % taso. Käypä hoito -suosituksissa (2011) annetut 5–10 % painonlasku tavoite saavutettiin hyvin maltillisella viikkovauhdilla, joka suositusten mukaan tulisi olla 0,5–1 kg viikossa.

Ryhmän aluksi osallistujien vyötärön ympärykset vaihtelivat 93,2–101,5 cm välillä ollen keskimäärin 98,1 cm. Viimeisellä mittauskerralla vyötärön ympärykset olivat 86,7–98,5 cm ollen keskimäärin 91,9 cm. Vyötärön ympäryksestä lähti osallistujilla yhteensä kolmen kuukauden aikana 31,1 cm eli keskimäärin 6,22 cm osallistujaa kohti. Alkutilanteessa kaikilla osallistujilla ylittyi Käypä hoito -suosituksissa (2011) ilmoitettu riskiraja 90 cm naisille. Lopputilanteessa osallistujat pääsivät keskimäärin lähelle 90 cm vyötärölihavuuden riskirajaa (Käypä hoito -suositus 2011) ja osallistujista kaksi alitti sen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa laihdutus- ja painonhallintaryhmä lastenneuvolan äideille Hämeenlinnan alueella, joka toteutui alkuperäisen suunnitelman mukaan aikatauluissa hyvin pysyen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea äitien laihtumista, painonhallintaa ja terveellisten elintapojen omaksumista vaikuttaen koko perheen hyvinvointiin terveydenhoitajan elintapaohjauskeinoin. Opinnäytetyön tavoitteiden saavutettavuutta on osin vaikea arvioida, koska kukaan osallistujista ei ollut vielä painonhallintavaiheessa. Tämä vaatisi erillisen jatkuvan seurannan, jota toki osallistujat jatkoivat keskenään sosiaalisen median kautta Facebook-sivuilla.

Osallistujat asettivat itselleen tavoitteeksi jo ryhmän alussa terveellisten ja pysyvien elintapojen omaksumisen. Myöskään tämän tavoitteen pysyvyyttä ei pysty arvioimaan

ilman jatkuvaa seurantaa. Suullisessa palautteessa ja omissa Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeissa osallistujat arvioivat kuitenkin saavuttaneensa asettamansa tavoitteet ryhmälle ja itselleen sekä perheelleen. He arvioivat, että ovat onnistuneet tekemään elintapamuutoksen ja, että sen vaikutukset ovat yltäneet perheeseen asti. Näistä tärkeimpiä perhettä ja lapsia koskevia vaikutuksia ovat muun muassa ateriarytmin säännöllisyys, perheen yhteinen terveellinen ruokavalio, hyötyliikunnan ja yhdessä tekemisen lisääminen, herkuttelun rajoittaminen ja äitien halu toimia hyvänä esimerkkinä lapsilleen.

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli myös saada tietoa opinnäytetyön menetelmin järjestetystä laihdutus- ja painonhallintaryhmän tarpeellisuudesta ja tehokkuudesta sekä saada kehittämissuhteita terveydenhoitajan antamaan elintapaohjaukseen neuvolassa. Tavoite täyttyi tiedonsaannissa, vaikkakin se kuvaa vain tämän ryhmän tilannetta ja antaa vain suuntaa-antavia kehittämissuhteita.

Ryhmä koettiin suullisen palautteen perusteella osallistujien kesken tarpeelliseksi ja ryhmän toimintatavoilla tuntui pääsevän Käypä hoito-suositusten (2011) tavoitteisiin lihavuudenhoidossa elintapaohjauksella. Vertaistuki tuotiin korostetusti esille osallistujien kesken kysyttäessä, mistä osallistujat kokivat olevan eniten hyötyä laihdutuksen ja painonhallinnan onnistumisen kannalta. Osallistujissa oli myös muihin joko terveyskeskuksen tai kaupallisen puolen järjestämiin laihdutus- ja painonhallintaryhmiin osallistuneita, joten heillä oli olemassa vertailukohtaa vertaistuen saannista. Osallistujat toivat esille myös, että ohjauksessa tärkeää on ohjattavien elämäntilanteen ymmärtäminen, asioiden käsittely ohjattavien tarpeista lähtien, kannustava ja ei-syyllistävä tyyli, tunteiden käsittely sekä vaihtuvien teemojen ja harjoitusten tekeminen. Nämä suullisen palautteen ja opinnäytetyön pohjalta tulleet ehdotukset elintapaohjaukselle tullaan käsittelemään Hämeenlinnan alueen neuvoloiden terveydenhoitaja kokouksessa, johon opinnäytetyön tekijä menee raportoimaan opinnäytetyönsä tuloksista.

Opinnäytetyön tekijän alkuperäisenä ajatuksena oli työn aihetta suunniteltaessa halu tehdä toiminnallisen, terveyttä edistävän ja vahvasti terveydenhoitajan työhön liittyvän opinnäytetyön. Tässä suhteessa opinnäytetyön tekijä onnistui hienosti. Vaikka työllä saavutettu hyvinvointi jakaantuikin pienelle ryhmälle, niin saavutettu hyöty on jo suuri.

Ryhmäohjaus on neuvoloissa runsaasti käytetty työmenetelmä, joten opinnäytetyön kautta tekijä sai hyvää kokoemusta ryhmäohjauksen suunnittelusta ja toteutuksesta terveydenhoitajan työssä. Jokaiseen suunnitelman toteutukseen liittyy olennaisesti myös sen arviointi, joka tässä opinnäytetyössä tehtiin suullisen arvioinnin ja tuloksien arvioinnin puitteissa. Kirjallisesti suoritettu loppuarviointi olisi varmasti antanut vielä enemmän kehitysehdotuksia, mutta oli työn laajuuden vuoksi tässä työssä poissuljettu.

Yhtenä isona haasteena, mutta myös varmasti edesauttavana tekijänä toimi opinnäytetyötekijän sama ikä ja elämäntilanne ohjattavien kanssa. Se toi haastetta ammatillisen roolin ylläpitämisessä. Tämä oli hyvin opettavaista, koska opinnäytetyön tekijä kuitenkin pyrki tietoisesti koko ajan ammatillisen roolin ylläpitoon. Samassa elämäntilanteessa oleminen kuitenkin varmasti auttoi ymmärtämään äitejä, toi tietynlaista joustavuutta ja oikeanlaista kohdennusta itse ryhmän suunnitteluun ja toteutukseen sekä kohderyhmän huomioimiseen eri tavalla. Turku (2007, 99) on todennutkin, että ohjaajan kyky rakentaa siltoja ryhmäläisten arkeen tukee ryhmäläisten sitoutumista ryhmään paremmin. Suullisen palautteen pohjalta voi olettaa, että ohjaajan kuuluminen

samaan elämäntilanteeseen, vastavuoroisesti lisäsi opinnäytetyön tekijän uskottavuutta ohjaajana ryhmään osallistujien näkökulmasta.

Ohjausmenetelmiä pyrittiin käyttämään opinnäytetyössä monipuolisesti, joita asiantuntijoiden havainnollistavat ja osallistavat menetelmät tukivat. Nopeasti kävi selväksi, että osallistujilla oli jo runsas tieto- ja taitotaso olemassa laihdutuksessa ja painonhallinnassa ja suurin hyöty ryhmästä oli sen vertaistuen, seurannan ja kannustuksen saanti. Näitä pyrittiin hyödyntämään koko ryhmäohjauksen ajan. Yksilöllistä kannustusta osallistujille annettiin punnitus ja mittaustilanteissa maltillisesti, mutta ryhmän osallistujien kesken, sosiaalisen median, yksilötapaamisissa ja sähköpostin kautta enemmän. Tällä tavoin pyrittiin välttämään osallistujien asettamista eriarvoiseen asemaan tai heidän loukkaamistaan.

Elintapaohjauksen eri menetelmiin tutustuminen ja niiden omaksuminen vei paljon aikaa. Opinnäytetyön tekijä on valmistunut sairaanhoitajaksi vuonna 2001, jolloin potilasohjauksessa painotettiin asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä, mutta oli käytännössä potilaan ongelmasta käsin lähtevää tietoa jakavaa ohjausta. Opinnäytetyön myötä opinnäytetyön tekijän on täytynyt kääntää ajattelumallinsa uusiksi koskien ohjausta. On täytynyt ymmärtää, että asiakas tuo esille tarpeensa muutokselle, sen halukkuudelle, muutoksen toteuttamiselle ja tavoitteille. Ohjaajan tehtävänä tässä yhtälössä on Turun (2007, 19) mukaan toimia oppimisen ohjaajana ja valmentajana ja ohjattavan tekijänä ja tiedon rakentelijana. On täytynyt opetella hyväksymään jokaisen omat tavoitteet ja päätökset arvokkaina ja riittävinä sekä tukemaan ohjattavaa niiden saavuttamisessa.

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmän numeraalisena saldona oli siis 29,5 kg ylimääräistä painoa ja 31,1 cm ylimääräistä mitta vyötäröltä työikäisiltä perheen äideiltä. Kaksi osallistujaa pääsi alittamaan terveyden kannalta riskialttiin vyötärölihavuuden rajan ja yksi lihavuuden painoindeksirajan. Kaikkien prosentuaalinen painonpudotus tuki Käypä hoito -suosituksissa (2011) ilmoitettua 5–10 % terveysvaikutteista painonpudotusta. Opinnäytetyön mitattavimpana hyötynä voisi siis pitää sen antamia suoria terveysvaikutteita viidelle työikäiselle ihmiselle. Epävirallisena hyötynä välttyi yksi perheen isistä aloittamasta diabeteslääkitystä vaimon vaikutuksesta painonpudotuksen myötä ja toinen isistä laihdutti 10 kiloa vaimonsa kanssa. Opinnäytetyön tuloksia ja sen vaikuttavuutta on vaikea arvioida, koska suurin hyöty ei ole mitattavissa olevat painonpudotus tai vyötärön ympäryksen paksuus vaan elintapamuutoksen pysyvyys ja sen siirtyminen perheeseen tai mahdollisesti osallistujan lähipiiriin.

Opinnäytetyö osoitti, että vaikuttamalla äiteihin, siirtyy elintapamuutosten vaikutus myös perheisiin. Jos vastaavanlaisia palveluita pystyttäisiin tarjoamaan lastenneuvoloissa, siirtyisi elintapaohjauksen hyöty melko laajalle. Pitkällä aikavälillä tämän tavan ohjaus toisi suuria hyötyjä. Opinnäytetyössä käytetyt ohjausmenetelmät, paitsi vertaistuki ja asiantuntijaluennot, ovat mahdollisia käyttää terveydenhoitajien vastaanotolla yksilöllisessä laihdutuksen ja painonhallinnan ohjauksessa ja äitien seuranta voisi niin hänen halutessaan mahdollistua myös lasten neuvola-aikojen yhteydessä.

5.2 Johtopäätökset

Kappaleessa 5.1. Tulosten tarkastelua, arvioitiin opinnäytetyön tuloksia pitkälti laihutumisen näkökulmasta ja osallistujien antamien arvioiden pohjalta. Laihtumiseen on

todettu Käypä hoito -suosituksissa vaikuttavan ohjauksen kesto ja sisältö, sen intensiteetti ja ajoitus, ohjattavan oma motivaatio ja terveydentila sekä ohjaajan ammattitaito (Käypä hoito -suositus 2011). Jottei työn tulosten pohdinta jää vain mittaustulosten ja osallistujien arvioiden varaan, pohditaan johtopäätöksissä myös laihutumiseen ja elintapaohjaukseen vaikuttavia tekijöitä opinnäytetyössä. Johtopäätöksissä on pyritty myös tuomaan terveydenhoitajan näkökulmaa esille.

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmä kesti kolme kuukautta sisältäen viisi yhteistä kokoontumiskertaa ja kaksi yksilöllistä ohjauskertaa jokaiselle osallistujalle. Tapaamisia tuli opinnäytetyössä 1–3 viikon välein. Käypä hoito -suosituksissa (2011) elintapaohjauskertoja suositellaan olevan 5–15 ohjauskertaa 2–4 viikon välein tapahtuvalla seuranta-aikataululla. Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmän toteutus eteni tässä suhteessa käypä hoito -suositusten mukaan.

Ohjauskerrat vaihtelivat yhdestä tunnista kahteen tuntiin sijoittuen klo 16–20 väliin. Yhteiset ryhmätapaamiset olivat aina klo 16.30–18.30. Tämä aikataulu oli suunniteltu huomioiden, että kohderyhmä oli pienten lasten äitejä, joista osa oli jo työelämässä tai mahdollistamaan äitien osallistuminen puolison tullessa töistä kotiin. Näin äidit myös ehtivät kotiin ennen lasten nukkumaan menoa. Aikataulu sopi kaikille osallistujille hyvin. Neuvoloissa järjestettävät ryhmäohjaukset ovat usein myös ajoitettu työpäivän jälkeen alkaviksi mahdollistamaan mahdollisimman monen asiakkaan osallistumisen.

Tapaamisten lisäksi osallistujat ja opinnäytetyöntekijä olivat toisiinsa yhteydessä viikoittain sosiaalisen median eli Facebook-sivustojen välityksellä sekä ajoittain sähköpostitse tai puhelimitse. Yhteydenpito ja osallistujien ohjaus, tukeminen ja vertaistuki mahdollistuivat päivittäin. Sosiaalisen median käyttö oli osallistujien ehdotus, joka otettiin käyttöön ryhmän alusta asti ja osoittautui toimivaksi kommunikointi välineeksi suljetun ryhmän taatessa yksilösuojan. Osallistujat sopivat myös lenkkeilytapaamisia keskenään Facebook-sivustojen kautta. Myös neuvolatyössä olisi hyödyllistä, jos nykyaikaiset yhteydenpitokeinot sallisivat hyvässä tietosuojassa kanssakäymisen asiakkaiden kanssa vaivattomasti verkossa. Tämä helpottaisi varmasti muun muassa tiedonjakamista ja -vaihtoa, tarjoaisi keskustelukanavan vertaisille sekä mahdollistaisi erilaisten asioiden seurannan.

Ohjauksen sisältö muodostui käypä hoito -suosituksista (2010, 2011 & 2012), suomalaisista ravitsemussuosituksista (2005), asiantuntija luennoista sekä muusta opinnäytetyön teoriapohjasta. Käypä hoito -suosituksissa (2011) linjataan, että elintapaohjauksen sisältö tulisi muodostua osallistujan tilanteen kartoittamisen, muutoksen edistämisen, syömisestä hallinnan, ruokavalion energianmäärän vähentämisen turvaten ravitsemuksellinen riittävyys sekä fyysisen aktiivisuuden lisäämisen. Nämä kaikki osa-alueet ryhmän aikana tuli käsiteltyä hyvin sekä kartoitettua ja kirjattua jokaisen omaan suunnitelmaan. Sisältöä voidaan siis pitää kattavana ja suosituksia myötäilevänä huomioiden käypä hoito -suositusten (2011) suosittelemat menetelmät. Sisältönä käytettiin vain asiantuntijoiden laatimia tai valtakunnallisia suosituksia, joten ryhmien sisältö oli laadultaan luotettavaa ja linjauksessa tämän hetken parhaimpaan tietämykseen. Tietojen luotettavuus ja ajankohtaisuus varmasti tuki osaltaan osallistujia laihdutuksessa.

Sisältö muokkaantui osallistujien toiveiden ja jokaisen tapaamiskerran tilanteen mukaan, joka osaltaan motivoi ja sitoutti ryhmään osallistujia. Osallistujat saivat luettavaksi materiaalia, joka oli koottu tiivistetysti opinnäytetyön teoriapohjasta. Tämä mahdollisti ryhmän sisältöjen joustavan läpikäymisen, koska tieto siirtyi osallistujille

tarvittaessa itse lukien. Sisältöä elävöitettiin eri menetelmin, joita on kuvattu tarkemmin ryhmäkokoontumiskerroissa kappaleissa 4.2.2–4.2.8. Kirjallisen materiaalin käyttäminen suullista elintapaohjausta tukevana menetelmänä on suotavaa (Käypä hoito -suositus 2011). Kirjallisen materiaalin käyttö ohjausta tukevana menetelmänä on tuttu terveydenhoitajille neuvolatyössä. Käytännön työssä tulisi vain aina ajoittain tarkistaa, että jaettava materiaali on ajan tasalla olemassa olevien suositusten kanssa.

Opinnäytetyön kohderyhmän ollessa pienten lasten äidit, huomioitiin elintapaohjauksen sisällössä koko perhe, joka ei koostu vain yksittäisistä ruokavalinnoista, vaan sisältää perheen elämäntilanteen kokonaisuutena. Lapsiperheiden ruokailuun ja ravitsemukseen heijastavat kiire, taloudellinen niukkuus, työpaineet, elämän rytmittömyys ja tukiverkoston puute. (Armanto & Koistinen 2007, 206–207.) Ravitsemusasioita ohjatessa opinnäytetyössä huomioitiin näitä tekijöitä tukemalla muun muassa elämän rytmin säännöllisyyteen ja ravitsemuskasvatusasioissa. Osallistuvilta äideiltä kartoitettiin Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -kaavakkeessa hänen voimavarojaan ja tukiverkostoa sekä koko perheen ravitsemustapoja. Perheen huomioiminen kokonaisuutena on tekijä, joka myös neuvolan terveydenhoitajan tulisi huomioida ravitsemusasioita ohjatessa.

Ryhmätapaamiset olivat 1–3 viikon välein ja ryhmä ajoittui syksyyn ja vuoden loppuun. Kääriäisen ja Turusen (2003) tutkimuksessa todettiin, että paras aika painonhallintaryhmälle olisi syksy ja talvi, koska se tukee jaksamista pimeään aikaan. Kuten opinnäytetyön toisella yksilöohjauskerralla alaluvussa 4.2.7 todettiin, niin marraskuu tuntui olevan osallistujille haasteellisin laihdutuksen ja painonhallinnan kannalta. Siinä useimmalle osallistujalle tuli painoa hieman takaisin ja vain kaksi sai painonsa puotoamaan. Marraskuun loppua oli edeltänyt vielä 2–3 viikon tauko tapaamisissa. Osallistajat kertoivatkin, että olisivat tässä kohtaa hyötäneet tiheimmistä tapaamisista. Toisaalta, kun kävimme tilannetta tässä kohdin jokaisen kanssa läpi yksilöllisen ohjauksen aikana, niin kaikkien tulokset kääntyivät taas laskusuuntaan viimeistä tapaamista kohti. Osattiin siis kääntää haasteet oppimistilanteiksi ja saada niistä uutta motivaatiota ja tietoa jatkamiselle. Mielenkiintoista olisi kokeilla samoilla menetelmillä toteutettua laihdutus- ja painonhallintaryhmää eri vuoden aikoina ja nähdä, onko vuodensajalla merkitystä tuloksiin.

Ohjattavat kuvailivat omaa motivaatiotaan hyväksi ryhmän alussa. Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeessa (liite 4) se kartoitettiin erikseen kysymällä. Motivoivina tekijöinä koettiin oma terveys, terveellisten elintapojen omaksuminen pysyvänä ja terveyttä sekä hyvinvointia ja jaksamista edistävän ja sairauksia ennaltaehkäisevänä tekijänä.

Osallistajat olivat tiedostaneet aikaisemmin hyvin riskinsä sairastua lihavina erilaisiin sairauksiin ja tämän merkityksiä he pohtivat muun muassa itsensä, perheen ja työelämän kannalta. Vaikkakin sairauksien pelon poistaminen terveyttä edistämällä motivoi osittain osallistujia, niin sairauksien pelon hyväksi käyttö elintapaohjaajalta tuntuisi melko vääristä lähtökohdista lähtevältä. Positiivinen palaute ja voimavaralähtöisyys luovat ohjaukselle heti alkuvaiheessa avoimen ja luottamusta herättävän tunnelman ohjaukselle (Turku 2007, 50, www.ratkes.fi). Osallistajat antoivatkin positiivista palautetta siitä, että ohjaaja oli kannustava eikä syyllistävä tai "paasaava". Se, että he antoivat hyvää palautetta tällaisesta toiminnasta, kertoo varmasti siitä, että he ovat törmänneet myös syyllistävään ja mielestään paasaavaan ohjaukseen terveydenhuollossa tai elintapaohjauksessa.

Opinnäytetyön tekijä aavisteli, että mahdollisuus ryhmäläisten keskeyttämiselle ryhmässä oli suuri, koska pienten lasten vanhemmilla on tunnetusti rajoitettu vapaa-aika. Jatkamista ryhmässä ja siihen sitoutumista pyrittiin tukemaan realistisella tavoitteilla sekä yksilöllisillä suunnitelmilla sekä tarjoamalla mahdollisimman hyvin sopivat tapaamisajat osallistujille (Keränen 2011, 5). Motivaatiota ryhmässä jatkamiselle pyrittiin myös lisäämään mahdollistamalla äitien osallistuminen keskusteluun ja vertaistuen saantiin, vaihtuvien menetelmien, asiantuntijoiden ja sisältöjen käyttämisellä sekä pitämällä tiiviisti yhteyttä myös ryhmän ulkopuolella.

Opinnäytetyön kohderyhmä huomioon ottaen voisi varovasti yleistää, että useimmat liikapainoisista ja lihavista pienten lasten vanhemmista pohtii liikapainoon ja lihavuuteen liittyviä tekijöitä omalta tai perheensä kannalta, kuten ryhmään osallistuneet äiditkin olivat pohtineet jo ennen ryhmään tuloaan. Neuvolassa olisikin terveydenhoitajien hyvä kysyä sopivan tilaisuuden tullen liikapainon tai lihavuuden merkitystä vanhemmalle tai perheelle. Jo pienikin interventio asiaan saattaisi sysätä asiakkaan miettimään ja mahdollisesti muutosvaihemallin alkuun (Käypä hoito -suositus 2011).

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuneet olivat hyvinkin motivoituneita ja keskeytyksiä ei tullut kiinnostuksen loppumisen myötä. Itse elintapaohjauksen kannalta on varmasti hyödyllisempää, että liikapainosta tai lihavuudesta kärsivä ihminen itse hakeutuu ohjaukseen, kuin että sitä annettaisiin mahdollisesti asiakkaan näkökulmasta väärään aikaan. Opinnäytetyön kohderyhmänä oli lastenneuvolan äidit, mutta voisi olla myös hyödyllistä järjestää oma laihdutus- ja painonhallintaryhmä myös lasten isille. Kaikkein eniten perhettä varmasti hyödyttäisi, jos elintapaohjaukseen osallistuisi molemmat vanhemmat, mutta se olisi varmasti mahdoton järjestää lastenhoitovaikeuksien vuoksi.

Opinnäytetyöstä voisi vetää johtopäätöksen, että asiantuntijoiden antaman ohjauksen ja vertaistuen lisäksi terveydenhoitajalla on mahdollisuus vaikuttaa olemassa olevien suositusten, ohjaukskeinojen ja menetelmien avulla lihavuudenhoitoon merkittävästi ryhmäohjauksella. Lastenneuvolan vanhemmat ovat nuoria työkäisiä, joiden terveyden edistämiseen tulisi todella panostaa pitäen mielessä koko perheen hyvinvointi. Vertaistuen ja ryhmäohjauksen käyttö ovat menetelminä tuttuja lastenneuvolan terveydenhoitajille sekä asiakkaille.

Ryhmäohjaus ei ole menetelmänä ollut käytössä Hämeenlinnan alueen lastenneuvoloissa äideille elintapaohjauksessa laihdutuksessa ja painonhallinnassa. Avoterveydenhuollon puolella on toki järjestetty ryhmäohjausta Hämeenlinnan alueen aikuisväestölle painonhallinnassa. Saamassani suullisessa palautteessa näissä yleisissä ryhmissä, joissa osallistujat ovat eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia, ei vertaistuki mahdollistunut opinnäytetyön kohderyhmällä niin hyvin kuin äitien kesken. Opinnäytetyön tulokset antavat viitettä siitä, että se voisi olla hyödyllinen menetelmä kohderyhmän näkökulmasta.

Terveydenhoitajan antamalle laihdutuksen ja painonhallinnan ohjaukselle hyvää tietoa saatiin osallistujien yksilöllisistä suunnitelmista. Suunnitelmissaan (liite 4) osallistujat nimesivät muun muassa painoonsa vaikuttavia tekijöitä, olemassa olevia tai niitä uhkaavia voimavaratekijöitä ja niitä asioita, joihin he halusivat muutosta. Näitä tekijöitä on käyty läpi luvussa 4.1.2. Nämä tekijät edustavat viiden lapsiperheen äidin näkökulmaa, mutta ovat varmasti yleistettävissä samalle kohderyhmälle.

Koska ryhmä nimesi niin vahvana vertaistuen merkityksen painonhallinnassa, niin uskoisin, että painonhallintaryhmä pienten lasten äideille olisi mahdollista järjestää hie- man kevennettynäkin. Itse teoriapohjaa he eivät kokeneet hirveästi tarvitsevan. Vas- taavalle kohderyhmälle saattaisi toimia myös sellainen ryhmä, jossa teoria jaettaisiin kirjallisessa muodossa, suunnitelmat laadittaisiin yksilöllisessä ohjauksessa ja opastet- taisiin heitä omaseurantaan ja suunnitelman jatkuvaan itsearviointiin. Tärkein olisi jär- jestää ryhmälle mahdollisuus kokoontua ja jonkun ohjailemaan keskustelua.

Äitiysneuvolan puolella raskauden aikana äideille annetaan hyvin elintapaohjausta, mutta se ja äidin painon seuranta päättyy yleensä jälkitarkastukseen. Noin 15–25 % äideistä painoa jää yli viisi kiloa synnytyksen jälkeen. (Savolainen 2008, 28; Kinnu- nen 2009, 11; Mustajoki 2007, 17). Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallinnan ryh- mään alkuvaiheessa haluaville 24 äidille oli jäänyt liikapainoa keskimäärin raskauk- sistaan 11,3 kg eli 6,1 kg raskautta kohti. Raskaudesta yli jääneet kilot ovat opinnäyte- työn äideille tehdyn kyselyn perusteella kertyneet usein aiempien saatujen raskauski- lojen päälle. Tämä osoittaisi, että puuttuminen joka raskauden jälkeiseen liikapainoon olisi suositeltavaa neuvolassa jo seuraaviakin raskauksia ajatellen. Painonhallinnan kannalta terveydenhoitajan olisi hyvä huolehtia ohjattavan tuen saannista elintapa- muutoksen seurannassa ja kannustavan palautteen saamisesta (Mustajoki, Rissanen & Uusitupa 2006, 162).

On todettu, että Suomessa neuvola- ja kouluikäisten lasten äideistä on lihavia 12–14 % ja isistä 14–16 %. Liikapainoa tässä ikäluokassa esiintyy äideillä 40 %:lla ja isillä 60 %:lla. Liikapainon ja lihavuuden tiedetään lisäävän merkittävästi monien sairauksi- en vaaraa tai pahentavan jo olemassa olevia sairauksia sekä lasten vanhempien liha- vuuden lisäävän riskiä myös lapsen liikapainolle ja lihavuudelle. Lapsella lihavuus taas lisää riskiä aikuisiän painonhallintavaikeuksille ja sydän- ja verisuonisairauksille. (Hakulinen-Viitanen ym.2012, 7; Käypä hoito -suositus 2011.) Perheen lihavuus on siis haitallinen jatkumo, joka tulisi saada katkaistua sen merkittävien yksilö- ja yhteis- kunnallisten haittojen vuoksi. Neuvolan palveluita käyttää suurin osa perheistä Suo- messa. Neuvolassa terveydenhoitaja tapaa päivittäin liikapainoisia tai lihavia lapsia ja aikuisia, joten vaikutusmahdollisuudet ennaltaehkäisevässä työssä on suuret. (Arman- to & Koistinen 2007, 203.)

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään ilmoittautui halukkaita osallistujia kuukauden aikana 24, joista opinnäytetyön osallistujakriteerit täytti 19. Kolmen kuu- kauden aikana toteutetut viisi ryhmätapaamista ja kaksi yksilöllistä ohjausaikaa riitti- vät saavuttamaan Käypä hoito -suosituksissa asetetun 5–10 % terveysvaikutteisen painonpudotustavoitteen. Itse laihdutus- ja painonhallintaryhmän vetäminen vei opin- näytetyön tekijän aikaa 22 tuntia. Asiantuntijoilta ryhmän vetäminen vei aikaa yhteen- sä neljä tuntia. Näihin aikoihin ei toki ole laskettu suunnittelua, valmistelua tai muuta yhteydenpitoa.

Koska ohjaus tulee lähteä ryhmän ja osallistujien tarpeista käsin, valmista runkoa vas- taavalle ryhmälle ei pysty laatimaan. Eli vastaavien ryhmien toteuttaminen vaatii aina uutta valmistelu-aikaa. Ryhmäohjaus on kuitenkin edullisempaa järjestää kuin yksilö- ohjaus. Opinnäytetyön toimintatavoilla saavutettiin hyötyä koko perheelle, joten vaika osallistujia ryhmässä oli vain viisi, niin hyöty kosketti välillisesti noin kahtakym- mentä. Jos opinnäytetyössä toteutettu kolme kuukautta kestävä laihdutus- ja painon- hallintaryhmä olisi käytössä pysyvänä toimintatapana, niin pystyttäisiin ryhmiä järjes- tämään arviolta noin 2–3 vuoden aikana. Jos jokaisella laihdutus- ja painonhallinta-

ryhmällä pystyttäisiin vaikuttamaan noin 20:n perheenjäsenen, niin vuositasolla pystyttäisiin vastaavalla tavalla vaikuttamaan noin 40–60:n 0–50-vuotiaaseen ihmiseen.

Suurimmat hyödyt lihavuuden hoidossa saavutetaan, kun se keskitetään koskemaan mahdollisimman nuoria ihmisiä. Lasten lihavuuden ennaltaehkäisyssä yksi keino on puuttua varhain vanhempien lihavuuteen. (Käypä hoito -suositukset 2011.) Näin olisi ajateltavissa, että juuri lastenneuvolassa tapahtuva järjestelmällinen lihavuuden hoito olisi hyödyllistä lihavuuden hoitoa. Neuvolan terveydenhoitajat kohtaavat varmasti päivittäin liikapainoisia tai lihavia asiakkaita tai perheitä. Lihavuuden hoito on siis ajankohtainen asia ja tulee olemaan varmasti pitkään suuri haaste monella eri tasolla.

5.3 Opinnäytetyön eettiset kysymykset

Opinnäytetyöhön osallistujat kerättiin neuvoloihin jaetuilla kyselyillä (liite 1), osallistuminen ryhmään oli siis vapaaehtoista. Tällä tavalla huomioitiin ihmisten itsemääräämisoikeutta (Hirsjärvi ym. 2007, 25). Osallistujat valittiin aiemmin laadituilla kriteereillä, jotka perustuvat aikuisten lihavuuden hoidon Käypä hoito -suositukseen (2011) ja terveydenhoitajan työhön liittyvään ennaltaehkäisevään näkökulmaan. Koska ryhmään valittiin 24 halukkaasta osallistujasta vain kuusi, kertyi taustatietoa myös ylimääräisistä ihmisistä. Niille, jotka eivät tulleet valikoiduksi, ilmoitettiin asiasta sähköpostitse ja heidän taustatietonsa tuhottiin.

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuvia informoitiin ensimmäisellä ryhmäkokoontumiskerralla kerättävistä materiaaleista ja he antoivat suostumuksensa asiasta kirjallisesti (liite 5). Osallistujille kerrottiin, että kaikki kerättävä tieto tuhoetaan opinnäytetyön jälkeen ja käsitellään siinä muodossa, että ketään osallistujaa ei tunnisteta siitä. Sen vuoksi opinnäytetyön tulokset on kirjoitettu melko yleisellä tasolla, jotta ketään viidestä osallistujasta ei tulisi tunnistetuksi niistä. Osallistujista kerättyjä tietoja ei nähnyt ketään muita, kuin osallistujat itse ja opinnäytetyön tekijä. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.)

Osallistujille selvitettiin lisäksi aluksi kaikki näkökohdat tulevien ryhmäkokoontumisten ja yksilötapaamisten sisällöstä ja käytettävistä menetelmistä. Koska kaikki osallistujat olivat aikuisia, olivat he myös päteviä tekemään kypsiä arviointeja asioistaan ja osallistumisestaan. Osallistujille kerrottiin heidän omasta vastuustaan itselle ja terveydelleen sekä koko laihdutuksen että painonhallinnan suunnittelulle ja toteutukselle. Ryhmään osallistumisesta ei aiheutunut fyysistä haittaa osallistujille äideille. Mahdolliset haitat saattoivat liittyä ajankäyttöön ja lastenhoidon järjestämisen haasteisiin.

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuvista kerättiin tietoa koko ryhmän ajan seurantamielessä. Suunnitelmat laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeet palautettiin osallistujille postitse. Tietoa kerättiin myös lopussa toteutetulla suullisella arvioinnilla, jonka tiedot opinnäytetyön tekijä keräsi ylös paperille ja tuhosi käsiteltävänsä. Osa osallistujista antoi arvion sähköpostitse, jotka poistettiin lukemisen jälkeen. Kaikki osallistujien kanssa käyty sähköpostiviestittelyt poistettiin opinnäytetyön jälkeen. Kaikki muu kirjallinen ja sähköinen materiaali tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen, paitsi sosiaaliseen mediaan eli Facebookiin avattu osallistujille oma suljettu ryhmä, jonka jatkamista osallistujat toivoivat. Sitten kun osallistujat niin

ilmaisevat, niin ryhmä suljetaan opinnäytetyön tekijän toimesta. Avattaessa suljettua ryhmää pyrittiin huomioimaan huolella tietosuoja asiat.

Opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuminen oli ilmaista, eivätkä osallistujat saaneet mitään korvauksia osallistumisestaan. Myöskään opinnäytetyön tekijä ei saanut rahoitusta eikä palkkioita opinnäytetyöstään.

5.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka pääpaino oli suunnitella ja toteuttaa laihdutus- ja painonhallintaryhmä lastenneuvolan äideille ja täten kokeilla uutta menettelytapaa lastenneuvolassa. Opinnäytetyössä kerättiin aineistoa Kysely laihdutus- ja painonhallintaryhmään haluaville (liite 1) ja Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomakkeilla (liite 4) sekä suullisen palautteen pohjalta. Koska aineistoa ei analysoitu millään tutkimusmenetelmällisillä keinoilla, ei tässä yhteydessä lähdetä pohtimaan aineistonkeruun tai analysoinnin luotettavuutta.

Kysely Laihdutus- ja painonhallintaryhmään osallistuville (liite 1) oli strukturoitu kysely, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Suunnitelmalomakkeessa (liite 4) käytetty avoimia kysymyksiä, jotka toivat omat haasteet ja rajoitteet tiedon saannille. Kyselyjä ei esitettävä, mikä olisi tietysti lisännyt niiden luotettavuutta ja mahdollistanut vielä laadukkaamman tiedonsaannin. Kysely ei mahdollista tiedon saannin joustavuutta tai mahdollista väärinkäsitysten korjaamista, mutta siihen loi mahdollisuuksia osallistujilta suullisesti kysyty palaute. Kyselyyn vaaditaan luku- ja kirjoitustaitoa, mutta oli oletettavissa, että kohderyhmällä nämä taidot olivat. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 73.)

Tehtäessä laadullista tutkimusta on periaatteessa tärkeää, että aineiston tiedonantajat tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85). Vaikka opinnäytetyössä ei tehty varsinaista laadullista tutkimusta, niin tässä suhteessa opinnäytetyön aineiston tiedonantajat edustavat laadukasta ja luotettavaa ryhmää. Osallistujilla oli takanaan ennen suullisen loppupalautteen antamista paljon omakohontaista tietoa ja kokemusta laihdutuksesta ja painonhallinnasta sekä he saivat asiaan lisää tietoa ryhmän teoriapohjasta.

Ryhmän ikäjakauma oli 26–31 vuotta, joten osallistujat olivat melko saman ikäisiä. Äitiyden ikähaitarin ääripäistä puuttui edustus, joka toki olisi saattanut vaikuttaa vastauksiin.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa tutkimuksen toistettavuudella (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Kuten opinnäytetyössä on moneen kertaan kuvattu, opinnäytetyön sisällön suunnitelmat joustivat ja muodostuivat osallistujien tarpeiden mukaan ja laihdumistuloksiin ja elintapaohjaukseen liittyy valtavasti muuttuvia tekijöitä. Samanlaisena opinnäytetyön laihdutus- ja painonhallintaryhmää ei voisi toistaa. Opinnäytetyön menetelmillä eri osallistujien ja ohjaajan kanssa saattaisi tulla erilaisia tuloksia.

Kerätyistä aineistoista kyselyn (liite 1) pystyisi toistamaan joku toinen ja vastaukset olisivat varmasti samansuuntaisia. Suunnitelma laihdutukselle ja painonhallinnalle -lomake täytettiin kuitenkin yhteistyönä osallistujan ja ohjaajan kanssa, joten siihen

vaikuttaa jo monia asioita. Samoin suullinen palaute kerättiin vapaamuotoisesti kysymällä osallistujilta, joten sitäkään ei voisi kukaan toistaa samanlaisena.

Opinnäytetyön tulokset olisivat varmasti luotettavampia, jos lopussa annettu suullinen palaute olisi suoritettu strukturoidun kyselyn muodossa (Hirsjärvi ym. 2007, 189). Koska tulokset kerättiin sekä yhteisesti ja vapaamuotoisesti osallistujilta viimeisellä kokoontumiskerralla sekä osalta sähköpostitse, niin saattaa olla, että osa vastauksista edustaa vain yhden äidin näkökulmaa asiaan. Yhdessä ja kasvotusten annettu palaute toki saattaa vaikuttaa myös palautteen sisältöön, jolloin jotkut ehkä kritisoivat palautteet jää antamatta. Opinnäytetyön suullisissa palautteissa ei varsinaista kritiikkiä esiintynyt. Syynä tähän on juuri joko se, että osallistujat eivät uskaltaneet tai kehänneet sitä antaa tai sitten se, että he olivat järjestettyyn ryhmään tyytyväisiä.

LÄHTEET

- Arffman, S. & Ojala, M. 2010a. Ravitsemussuositukset neuvonnan taustalla. Teoksessa Arffman, S. & Hujala, N. (toim.). Ravitsemus neuvolatyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Arffman, S. & Ojala, M. 2010b. Syömistottumusten selvittäminen, ravitsemusohjaus ja motivointi. Teoksessa Arffman, S. & Hujala, N. (toim.). Ravitsemus neuvolatyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.). 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.
- Fogelholm, M. & Hakala, P. 2006. Lihavuuden ehkäisy hyviä ruokatottumuksia ja fyysistä aktiivisuutta edistämällä. Teoksessa Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. Lihavuus. Ongelma ja hoito. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino. 139–155.
- Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus. Ongelma ja hoito. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Hallituksen politiikkaohjelma. 2007. Terveiden edistäminen. Viitattu 22.2.2012. <http://www.valtioneuvosto.fi/tietoarkisto.fi/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>
- Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen, R., Laatikainen, T. (toim.), Markkula, J., Mäki, P., Ovaskainen, M-L., Virtanen, S. & Wikström, K. 2012. Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2012. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy. Viitattu 1.5.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8>
- Harju, I. & Orkola, G. 2004. Terveystyöntekijä painonhallinnan ohjaajana. Ryhmän ja vertaistuen merkitys painonhallinnassa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hämeenlinnan kaupunki. n.d. Lastenneuvoloiden yhteystiedot. Viitattu 26.4.2012. <http://www.hameenlinna.fi/Lapsiperheiden-palvelut/Neuvolapalvelut/ Yhteystiedot/>
- Ilmonen, J., Isolauri, E. & Laitinen, K. 2007. Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvolatyössä. Suomen Lääkärilehti 62 (40). 3661–3666.
- Ikonen, M., Mustafa, D. & Mäkynen, H. 2011. Elämäntapamuutosta ehkäisevät ja edistävät tekijät lihavilla II-DM riskiryhmään kuuluvilla - kirjallisuuskatsaus. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 21.11.2012. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29052/Opinnaytetyo_elamantapamuutosta_ehkaisevat_ja_edistavat_tekijat.pdf?sequence=1
- Kiloklubi. n.d. Laihdutus- ja painonhallinta ohjelma. Viitattu 10.7. 2012. www.kiloklubi.fi

Kinnunen, T. 2009. Prevention of Excessive Pregnancy-Related Weight Gain. University of Tampere. Terveystieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tamperensis. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 21.3.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7567-2.pdf>

Keränen, A-M. 2011. Lifestyle Intervention in Treatment of Obese Adults. Eating behavior and other factors affecting weight loss maintenance. Universitatis Ouluensis. Tampere: Juvenes Print.

KKI. 2011. "Tartu tilaisuuteen, ota tavaksi" -painonhallintaopas. Kunnossa kaiken ikää- ohjelma. Helsinki: Otavan kirjapaino.

Käypä hoito -suositus. 2012. Lasten lihavuus. Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Uudistettu versio. Viitattu 20.11.2012. www.kaypahoito.fi

Käypä hoito -suositus. 2011. Lihavuus (aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Viitattu 26.1.2012. www.kaypahoito.fi

Käypä hoito -suositus. 2010. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 26.1.2012. www.kaypahoito.fi

Kääriäinen, S. & Turunen, M. 2003. Tavoitteena painonhallinta. Ryhmäläisten kokemuksia osallistumisesta painonhallintainterventioon. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Laatikainen, T., Männistö, S. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4, marraskuu 2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 1–4.

Lappalainen, R & Turunen, G. 2007. Psykologinen lyhythoito painonhallinnassa. Ohjaajan opas. Tampere: Domus Print Oy.

Mustajoki, P. 2009. Berliininmunkki ja muita kirjoituksia painonhallinnasta. Helsinki: WS Bookwell Oy.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavan potilaan tutkiminen ja hoitomuodon valinta. Teoksessa Fogelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. Lihavuus. Ongelma ja hoito. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino. 158–166.

Neuvokas perhe. n.d. Liikunta ja ravitsemusohjausmenetelmä neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 6.5.2012. <http://www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe>

Nieminen, M., Pietiläinen, K. & Sane, T. 2011. Lihavuuden hoidossa on terästäydettävä. Suomen lääkärilehti 10, vsk 66. 804–805.

Painonhallintaohjausyhdistys ry. n.d. Miten tunnistat ammattitaitoisen painonhallinnan ohjaajan? Viitattu 17.6.2012. <http://www.painonhallintaohjaus.fi/miten-tunnistat-ammattitaitoisen-painonhallintaohjaajan/>

Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen. Esimerkkinä painonhallinta. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Annales Universitatis Turkuensis. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.

Ratkes ry. n.d. Ratkaisukeskeisyys pähkinäkuoressa. Viitattu 9.5.2012. <http://www.ratkes.fi/tietoa-ratkaisukeskeisyysta/artikkeleita/ratkaisukeskeisyys-paehkinaenkuoressa/>

Raussi, E. & Uusitupa, M. 2011. Tepsiikö vähähiilihydraattinen ruokavalio lihavuuden hoidossa? Suomen lääkärilehti 37, vsk 66. 2659–2664.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Savolainen, S. 2008. Ryhmäohjausta raskausdiabeteksen sairastaneille naisille. Seuranta ei saisi loppua synnytykseen. Diabetes ja lääkäri 4. Vol 37. s. 28–29.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. Kohti sosiaalisesta kestävästä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.2.2012. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1067373

Suomen sydänliitto Ry. n.d. Pieni päätös päivässä. Viitattu 22.10.2012 <http://www.pienipaatospaivassa.fi/etusivu>

THL. 2011. D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositukseen muutoksia. Terveystalouden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 22.10.2012. <http://www.thl.fi/doc/fi/23892>

Tuokkola, J. 2010. Imeväis- ja leikki-ikäisen ravitsemus. Teoksessa Arffman, S. & Hujala, N. (toim.). Ravitsemus neuvolatyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Ravinto ja liikunta tasapainoon. Painettu 2008. Helsinki: Edita Prima Oy.

KYSELY LAIHDUTUS- JA PAINONHALLINTARYHMÄÄN HALUAVILLE

1. Oma ikä? _____
2. Lapsen/lapsien iät? _____
3. Paino (kg) ja pituus (cm)? _____
4. Paino ennen raskautta/raskauksia? _____
5. Terveystila: Onko sinulla/onko ollut? (ympyröi vastaus ja voit lisäksi selventää viivalle)
 - a. tyypin 1 tai 2 diabetes _____
 - b. raskausajan diabetes _____
 - c. kohonnut verenpaine _____
 - d. rasva-aineenvaihdunnan häiriö _____
 - e. rasvamaksa _____
 - f. uniapnea _____
 - g. sepelvaltimotauti _____
 - h. nivelrikko _____
 - i. astma _____
 - j. munasarjojen monirakkulatauti _____
 - k. syömishäiriö _____
 - l. mielenterveysongelmia _____
 - m. muita perussairauksia? _____
6. Onko sinulla liikuntarajoitteita?

7. Yhteystietosi (mielellään s-posti) ja saako ryhmän tuleva vetäjä ottaa sinuun yhteyttä?

Hei sinä lastenneuvolan asiakas, lapsen/lapsien **äiti!**

Onko sinulle jäänyt raskauksista kiloja, joiden karistamista olet jo kokeillut tai haaveillut siitä? **Onko liikapaino tai lihavuus sinulla ongelma** ja olet halukas tekemään asialle jotain? Oletko ajatellut liikapainon tai lihavuuden mahdollisia vaikutuksia sinun ja perheesi terveyteen ja hyvinvointiin? Tarvitsetko tietoa laihdutuksesta, painonhallinnasta ja terveellisistä elintavoista sekä lisämotivaatiota ryhmän avulla?

Olen järjestämässä **Laihdutus- ja painonhallintaryhmää** opinnäytetyönäni syksyllä 2012 (todennäköisesti syyskuu-joulukuu, aikataulu tarkentuu myöhemmin) Hämeenlinnan keskusneuvolan tiloissa Viipurintie 1-3:ssa. Ryhmätapaamiset pääsääntöisesti järjestetään ilta-aikaan ja aikataulut sovimme ryhmän tarpeista lähtien (tapaamiset n.1-4 kertaa kuukaudessa).

Ryhmään valitaan 6-8 äitiä, joiden painoindeksi (BMI) on yli 25 ja eivät enää imetä tai ole raskaana. Ryhmää ohjaan minä, allekirjoittanut käyttäen apuna lihavuuden ja liikunnan käypä hoito -suosituksia, jotka perustuvat ajankohtaiseen tutkittuun tietoon. Sinä itse asetat omat tavoitteesi, suunnittelet laihdutuksen toteutuksen ja pohdit, miten terveelliset elintavat tulevat näkymään sinun ja perheesi arjessa ja hyvinvoinnissa. Kaikessa tässä saat ohjausta, tukea ja lisämotivaatiota minulta ja muilta ryhmäläisiltä.

Ryhmään osallistuminen on sinulle maksutonta. Kaikkia tietojasi käsitellään luottamuksellisesti, nimettömänä ja hävitetään asiallisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

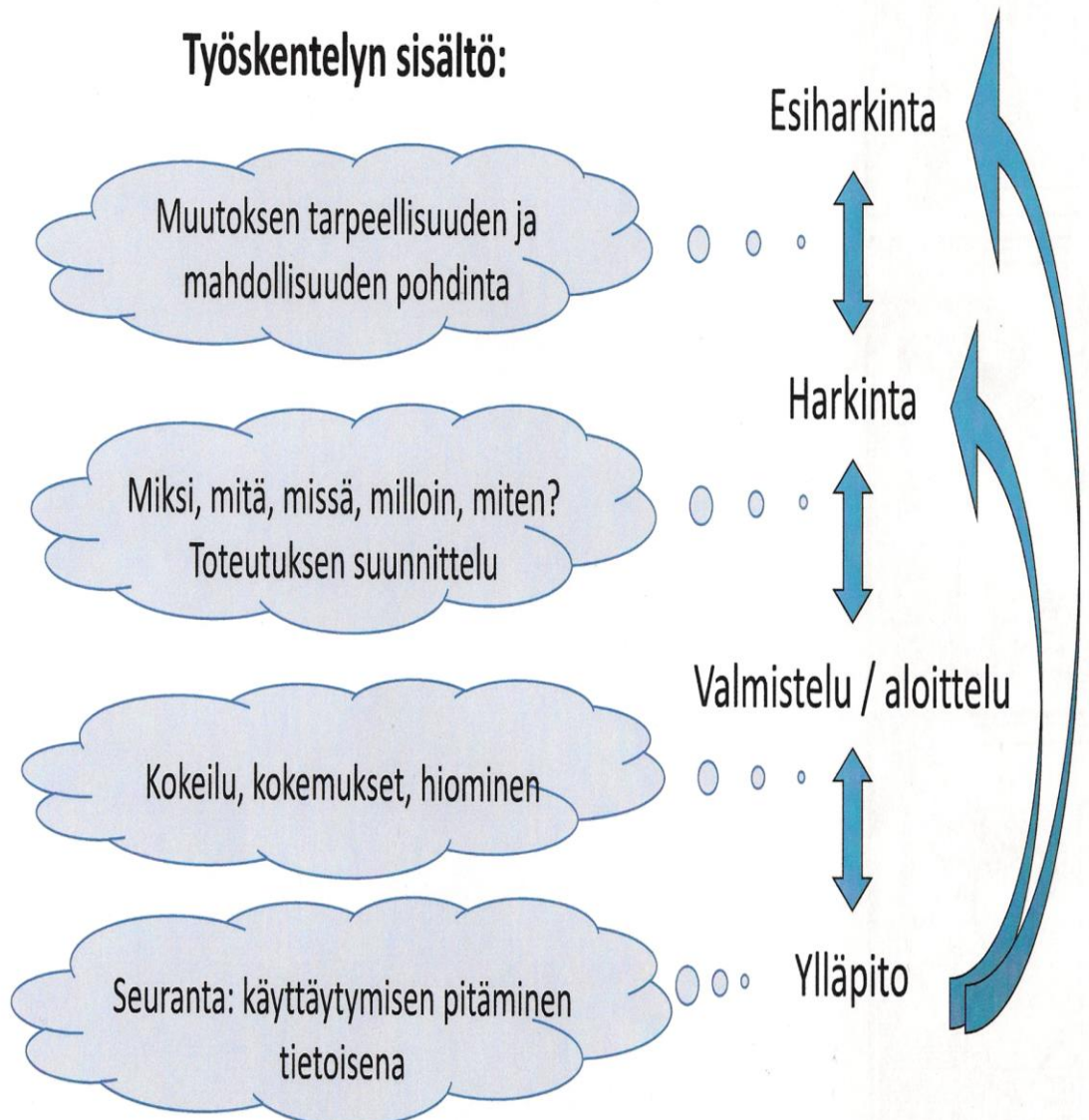
Jos laihdutus- ja painonhallinta kiinnostaisi sinua ohjatussa ryhmässä, niin täytä oheinen kyselylomake ja palauta se ohessa olevaan laatikkoon. Kysely ja palautuslaatikko on neuvola-aulassa kesäkuun loppuun asti. Tulen ottamaan yhteyttä ryhmään valittuihin heinäkuun aikana. Nyt mukaan vaan!

Yhteistyöterveisin : Tiina Nikkanen, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja
opiskelija (Hämeen ammattikorkeakoulu).
tiina.nikkanen@student.hamk.fi

Muutosvaihemalli (Prochaska ym.)

Eteneminen vaiheesta vaiheeseen

Työskentelyn sisältö:



Lisätietoa: katso KH-suosituksen linkit [Muutosvalmius](#) ja [Käyttäytymismuutosten teoriataustasta ja menetelmistä](#)

SUUNNITELMA LAIHDUTUKSELLE JA PAINONHALLINNALLE

HISTORIA:

Minkä kokoinen olit lapsena (hoikka, normaalipainoinen, lihava)? _____

Harrastitko lapsena/nuorena liikuntaa?

Minkä kokoisia olivat vanhempasi lapsuudessasi ja harrastivatko he liikuntaa?

Aikaisemmat laihdutusmenetelmät ja mitä niistä opit?

NYKYTILANNE:

Millaiseksi koet terveytesi ja kehosi?

Mitä tekijöitä haluaisit muuttaa niissä?

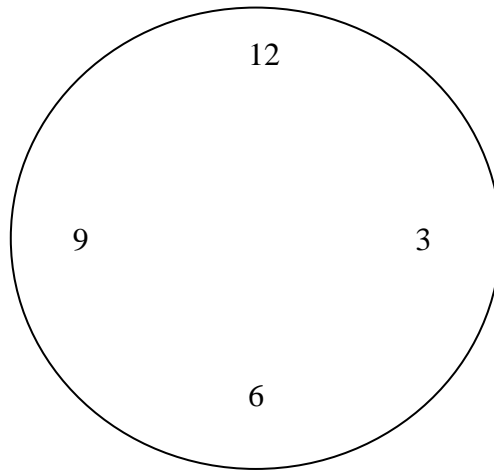
Mitä terveydellisiä tekijöitä tulisi huomioida laihduttaessa (vaatiiko jokin asia esim. lääkärin/ravitsemusterapeutin/fysioterapeutin kannanottoa)?

Miksi koet elintapamuutoksen tärkeäksi ja mikä sinua motivoi laihduttamaan?

Onko joitain asioita, joita haluat muuttaa koko perheen elintavoissa?

Opinnäytetyön nimi

Piirrä kelloon ateriarytmisi: (aamupala, lounas, päivällinen, iltapala ja välipalat):



VOIMAVARAT (täytetään yhdessä ohjaajan kanssa):

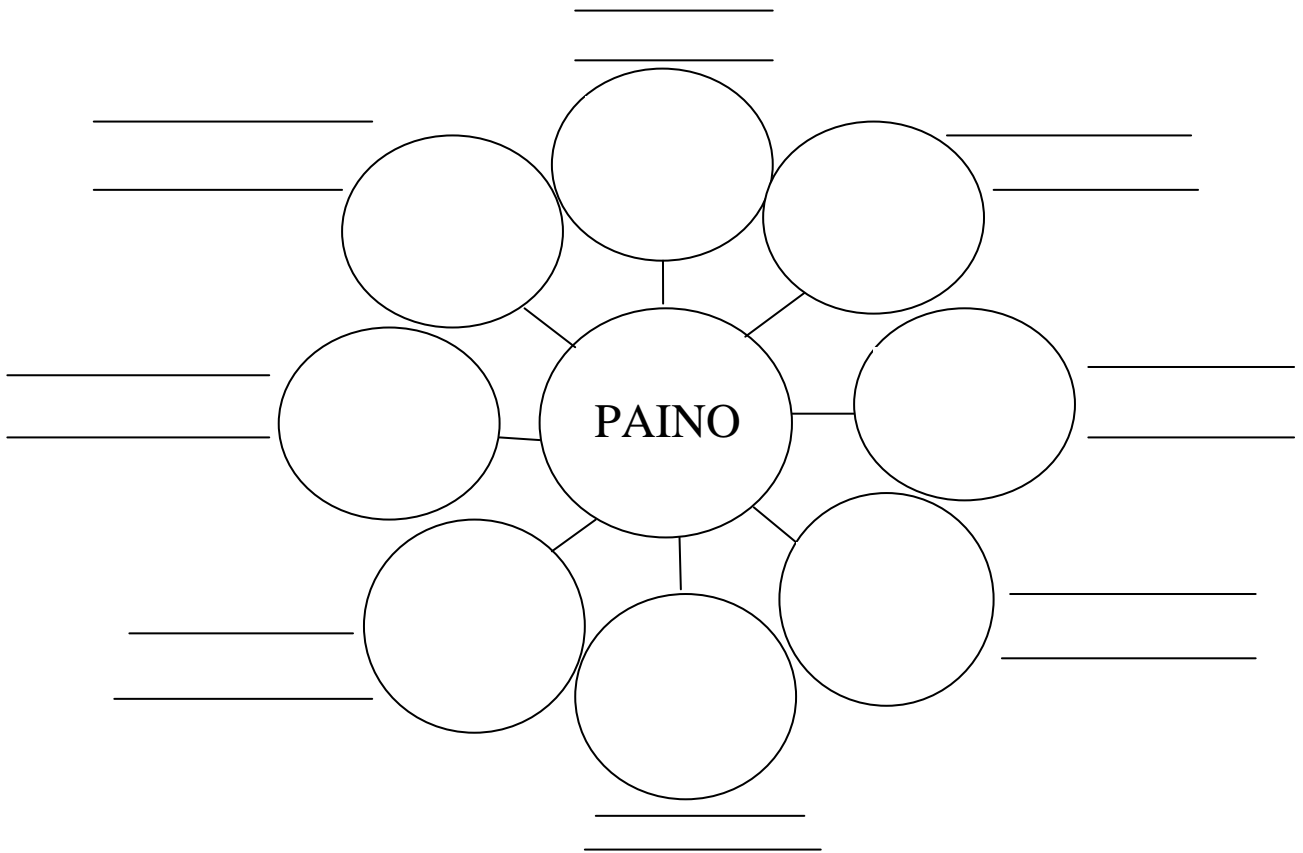
Laihdutusta ja painonhallinnan onnistumista lisäävät voimavarat:

Laihdutusta ja painonhallintaa uhkaavat tekijät:



PAINONHALLINNAN ANALYYSI (Lappalainen & Turunen 2007):

Kirjoita ympyröihin tekijöitä, jotka vaikuttavat painoosi ja viivoille ehdotuksia, miten haluaisit muuttaa niitä.



SUUNNITELMA (täytetään yhdessä ohjaajan kanssa):

Laihdutustavoite laihdutus- ja painonhallintaryhmän aikana:

Ravinnosta saatavan energianmäärä laihdutuksen aikana:

Tavoitteet terveys- ja elintapamuutoksille

Tavoitteet koskien koko perheen terveellisiä elintapoja

KONKREETTISET MUUTOSSUUNNITELMAT (laihdutusvaihe):

Miten vähennän energian saantia?



Opinnäytetyön nimi

Miten lisään energian kulutusta ja kuinka paljon? Miten muutan liikunta tottumuksia?

Miten seuran laihdutusta ja painonhallintaa ja kuinka usein?

Miten muutan syömiskäyttäytymistäni (ateriavälit, ruokailutavat, annoskoot, nälän tunteen hallitseminen ym)?

Miten hallitsen mielitekoja?

Miten muutan kaupassa, ravintolassa, kahvilassa, juhlissa ym. käyn-
ti/ruokailutottumuksia?

Miten toimin repсахdustilanteiden jälkeen?



Opinnäytetyön nimi

Keneltä saan tarvittaessa tukea?

SEURANTA:

Alkutilanne (1. ryhmätapaaminen):

Paino: _____

Pituus: _____

BMI: _____

Vyötärö: _____

Verenpaine: _____

Seuranta (2. ryhmätapaaminen): Pvä: _____

Paino: _____

Vyötärö: _____

Suunnitelma ok/vaihtuu

Seuranta (3. ryhmätapaaminen): Pvä: _____

Paino: _____

Vyötärö: _____

Suunnitelma ok/vaihtuu

Seuranta (4. ryhmätapaaminen): Pvä: _____

Paino: _____

Vyötärö: _____

Suunnitelma ok/vaihtuu

Seuranta (5. ryhmätapaaminen): Pvä: _____

Paino: _____

Vyötärö: _____

Suunnitelma ok/vaihtuu

SUUNNITELMAN/TAVOITTEIDEN MUUTOKSET (täytä tarvittaessa):

Muutostarve:

Pvä:

Miten toteutetaan:

LAIHDUTUSVAIHEEN LOPPUARVIOINTI:

Mitkä asiat onnistuivat?

Mitä haluaisit vielä muuttaa ja miten?

PAINONHALLINTA (täytetään painonhallintavaiheessa):

Arvioitu energiantarve:

Miten saavutan sen?

Opinnäytetyön nimi

Miten liikun?

Miten seuran painonhallinnan onnistumista?

Miten ja milloin reagoin mahdollisiin epäsuotuisiin painon tai elintavan muutoksiin?

Mitkä tekijät saattavat uhata onnistunutta painonhallintaa ja miten hallitsen ne tilanteet?

Mitkä asiat/muutokset jäävät pysyvinä sinun ja perheesi elämään?

Tärkein koettu hyöty elintapamuutoksesta?

Älä ylpeile sillä, ettet ole koskaan kaatunut, vaan sillä, että olet aina noussut

ylös

-positiivaris

Voimia matkaan!





SUOSTUMUS
OPINNÄYTETYÖHÖN
OSALLISTUMISESTA

Hämeen ammattikorkeakoulu
Hyvinvoinnin koulutus- ja tutkimuskeskus
Hoitotyön koulutusohjelma
Korkeakoulunkatu 3
13100 Hämeenlinna

Suostun Hämeen ammattikorkeakoulussa tehtävän opinnäytetyön tiedonantajaksi

Opinnäytetyönaihe _____

Opinnäytetyön tekijät _____

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja _____

Opinnäytetyön toteutus

Aineistonkeruun menetelmä ja aikataulu

Aineiston käsittely ja raportointi

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä aineiston keruusta. Olen selvillä, että minuun liittyviä tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tässä opinnäytetyössä. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Voin halutessani keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisen ja kieltää minua koskevan tiedon käyttämisen opinnäytetyössä.

_____/_____ 20____

Opinnäytetyöhön osallistujan allekirjoitus

