



Ylipainoisten kouluikäisten elintapaohjaus perhelähtöisin menetelmin

Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Elisa Hauru

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Toukokuu 2023

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma (YAMK)

Hauru Elisa

Ylipainoisten kouluikäisten elintapaohjaus perhelähtöisin menetelmin: integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2023, 72 sivua.

Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma (YAMK). Opinnäytetyö YAMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Kouluikäisten lasten ja nuorten ylipainon esiintyvyys on yleistynyt merkittävästi viimeisten vuosikymmenien aikana ympäri maailman, ja tämä kehitys näkyy myös Suomessa. Lasten ja nuorten ylipainoon tulisi puuttua jo varhaisessa vaiheessa, sillä lapsuuden aikaisella ylipainolla tiedetään olevan merkittäviä vaikutuksia sekä fyysiseen että psykososiaaliseen terveyteen pitkällä aikavälillä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ylipainoisten kouluikäisten elintapaohjaukseen vaikuttavia tekijöitä perheiden näkökulmasta. Tavoitteena oli edistää näyttöön perustuvien perhelähtöisten elintapaohjausmenetelmien käyttöönottoa kouluterveydenhuollossa. Tutkimus toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa haettiin CINAHL-, Pubmed-, Medline- ja Medic-tietokannoista sekä manuaalisella haulla vuosina 2010–2020. Katsaukseen otettiin aineiston valinta- ja laadunarviointiprosessin jälkeen 11 tutkimusartikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimusartikkelit analysoitiin aineistolähtöisellä sisällyönanalyysillä.

Perhelähtöisyys näyttäytyi interventioissa lapsen ikätason, kehitystason ja yksilöllisyyden sekä perheen tilanteen kokonaisvaltaisena huomioimisena. Perheiden ensisijainen syy interventioon osallistumisessa oli huoli lapsesta ja lapsen terveydestä. Toisaalta ylipainoon liittyvä leimautuminen voi aiheuttaa esteen elintapaohjaukseen osallistumiselle. Elintapaohjaukseen osallistumisen esteinä mainittiin myös vaikeus sovittaa elintapaohjausta osaksi perheen arkea ja kokemus elintapaohjauksen toissijaisuudesta.

Perheen tuki on tärkeää elintapamuutoksessa ja sen ylläpitämisessä. Katsauksessa tuli esille myös perheenjäsenten vastustus elintapojen muutokseen. Ylipainoiset lapset ja nuoret voivat kokea leimautumista omassa perheessään ylipainon tai elintapaohjaukseen osallistumisen vuoksi. Vertaistukea ja terveydenhuollon ammattilaisten tukea elintapamuutoksessa ja sen ylläpitämisessä korostettiin. Toisaalta tuen puute koettiin merkittävänä esteenä terveyskäyttäytymisen muutoksen ylläpitämiselle.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöisen elintapaohjauksen kehittämisessä. Vanhemman roolia elintapainterventiossa tulee selkeyttää, sillä vanhemmuus ja vanhempien roolimalli ovat ratkaisevan tärkeitä lasten ja nuorten elämäntapakäyttäytymisessä. Innovatiiviset, teknologiset ohjausstrategiat voisivat tarjota onnistuneen keinon helpottaa elintapaohjauksen räätälöimistä ja kohdentamista kouluikäisille lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen.

Avainsanat (asiasanat)

Kouluikäisten ylipaino, elintapaohjaus, perhelähtöisyys, terveyden edistäminen

Hauru Elisa

Lifestyle guidance of overweight school-aged children using family-based methods: integrative literature review

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2023, 72 pages.

Master's Degree Programme in Health Care and Social Services. Master's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

The prevalence of overweight among school-age children and adolescents has increased significantly in the last decades globally, and this development can also be seen in Finland. Overweight in children and adolescents should be addressed at an early stage, because overweight in childhood is known to have significant effects on both physical and psychosocial health in the long term.

The purpose of the study was to describe the factors influencing the lifestyle guidance of overweight school-aged children from the perspective of families. The aim was to promote the introduction of evidence-based family-based lifestyle guidance methods in school health care. The methodology of the study was an integrative review. The literature was searched by using the CINAHL, Pubmed, Medline and Medic databases and manual search in the years 2010–2020. After the literature selection and quality assessment process, eleven research articles that answered the research questions were included in the review. The research data were analyzed using inductive content analysis.

Family orientation was shown in the interventions as comprehensive consideration of the child's age level, developmental level, and individuality, as well as the family's situation. The families' primary reason for participating in the intervention was concern for the child and the child's health. On the other hand, the stigma associated with being overweight can cause an obstacle to participate in lifestyle guidance. The difficulty of fitting lifestyle guidance into a part of the family's everyday life and the experience of the secondary nature of lifestyle guidance were also mentioned as obstacles to participating in lifestyle guidance.

Family support is important in changing lifestyle and maintaining it. The review also revealed family members' resistance to lifestyle changes. Overweight children and adolescents may experience stigma in their own family due to being overweight or participating in lifestyle counseling. Peer support and the support of health care professionals in lifestyle change and its maintenance were emphasized. On the other hand, the lack of support was perceived as a significant obstacle to maintaining health behavior change.

The research results can be utilized in the development of family-based lifestyle guidance for overweight school-aged children. The role of the parent in the lifestyle intervention should be clarified, because parenting and the parental role model are crucially important in the lifestyle behavior of children and young people. Innovative, technological guidance strategies could provide a successful way to facilitate the tailoring and targeting of lifestyle guidance to school-aged children and adolescents and their families.

Keywords/tags (subjects)

overweight in school-aged children, lifestyle guidance, family orientation, health promotion

Sisältö

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Johdanto | 3 |
| 2 | Kouluikäisten ylipainon ennaltaehkäisy elintapaohjauksessa | 4 |
| 2.1 | Kouluikäisten ylipainon määrittely ja seuranta | 4 |
| 2.2 | Kouluikäisten ja heidän perheidensä elintapaohjaus | 5 |
| 2.2.1 | Kouluikäisten elintapaohjauksen periaatteet..... | 5 |
| 2.2.2 | Ylipainon puheeksi ottaminen | 7 |
| 2.2.3 | Terveyttä määrittävät tekijät..... | 8 |
| 2.2.4 | Terveyskäyttäytymistä selittävät teoriat ja mallit | 10 |
| 2.2.5 | Käyttäytymisen muutostekniikat elintapaohjauksessa | 15 |
| 2.2.6 | Perhelähtöisyys elintapaohjauksessa | 20 |
| 2.2.7 | Ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöiset interventiot | 21 |
| 3 | Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset | 24 |
| 4 | Kirjallisuuskatsauksen toteutus..... | 24 |
| 4.1 | Kirjallisuuskatsaus menetelmänä..... | 24 |
| 4.2 | Aineiston keruu | 25 |
| 4.3 | Aineiston laadun arviointi | 26 |
| 4.4 | Aineiston analysointi | 27 |
| 5 | Tulokset..... | 30 |
| 5.1 | Ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöinen elintapaohjaus..... | 30 |
| 5.2 | Perhelähtöisen elintapaohjauksen toteutuminen | 34 |
| 5.2.1 | Interventioon osallistumista edistävät tekijät..... | 34 |
| 5.2.2 | Interventioon osallistumista estävät tekijät | 36 |
| 5.2.3 | Intervention toteuttamiseen liittyvät tekijät..... | 37 |
| 5.2.4 | Perheen roolit ja vastuut | 41 |
| 5.2.5 | Sosiaalinen tuki | 43 |
| 5.2.6 | Perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen vuorovaikutus | 44 |
| 5.2.7 | Elämäntapamuutosta ja sen ylläpitämistä edistävät tekijät | 47 |
| 5.2.8 | Elämäntapamuutosta ja sen ylläpitämistä estävät tekijät | 48 |
| 5.2.9 | Intervention hyödyt perheille | 50 |
| 6 | Pohdinta..... | 53 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelu..... | 53 |
| 6.2 | Eettisyys ja luotettavuus | 58 |
| 6.3 | Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet | 59 |

| | |
|--|-----------|
| Lähteet | 61 |
| Liitteet | 68 |
| Liite 1. Tiedonhaun kuvaus | 68 |
| Liite 2. Katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset | 69 |

Kuviot

| | |
|---|----|
| Kuvio 1. Terveyden määrittäjien malli | 9 |
| Kuvio 2. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli..... | 13 |
| Kuvio 3. COM-B -malli | 14 |

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1. Lasten ja nuorten elintapahoidon periaatteet | 6 |
| Taulukko 2. Käyttäytymisen muuttamisen keskeiset teorit tai teoriaan perustuvat mallit | 11 |
| Taulukko 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit..... | 26 |
| Taulukko 4. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä | 28 |
| Taulukko 5. Esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä alaluokkiin, yläluokkaan ja pääluokkaan | 29 |

1 Johdanto

Kouluikäisen lapsen ja nuoren kasvuvuodet ovat yksilön hyvinvoinnin ja elinikäisen terveyden kannalta merkittäviä. Koululaisten yleisimmät terveysongelmat liittyvät lihavuuteen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2001, 2586.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kansallisen lihavuusohjelman Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta (2016) yhtenä kärkiteemana on lasten ja nuorten lihavuuden ehkäisy ja hoidon tehostaminen. Tavoitteena on lasten, nuorten ja koko perheen elintapojen muuttuminen terveellisemmiksi ravitsemuksen ja liikunnan keinoin. (Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta 2016, 7.)

Suomessa koululaisten lihavuus on yleistynyt 1990-luvun lopulta lähtien (Kautiainen 2008, 25; Kouluterveydenhuolto 2002, 67; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2001, 2586). Myös kansainvälisesti katsottuna koululaisten ylipaino aiheuttaa merkittäviä terveysriskejä (Fowler-Brown & Kahwati 2004, 2591; Johns & Brimble 2022, 30; Jones, Al-Khudairy, Melendez-Torres & Oyeboode 2019; Langford, Bonell, Jones & Campbell 2015; Peirson, Fitzpatrick-Lewis, Morrison, Ciliska, Kenny, Ali, & Parminder, 2015a; 2015b; Raj & Kumar 2010, 598; Tonkin & Sacks 1998, 395). Tutkimusten mukaan joka kolmas pohjoisamerikkalainen lapsi ja nuori on ylipainoinen tai lihava (Peirson ym. 2015a; Peirson ym. 2015b; Pratt & Skelton 2018, 620).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut uusimmat lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon käynteihin perustuvat tilastotiedot lasten ja nuorten ylipainosta ja lihavuudesta syyskuussa 2022. Tutkimuksessa verrattiin lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden yleisyyttä vuosien 2014–2021 välillä. Tulosten mukaan ylipainon ja lihavuuden yleisyydessä ei ole tapahtunut muutoksia vuosien 2020 ja 2021 välillä muutaman vuoden hitaan kasvun jälkeen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen mukaan ylipaino ja lihavuus on pojilla yleisempää kuin tytöillä. Koko maassa ylipainon ja lihavuuden yleisyys pojilla oli 29 prosenttia ja tytöillä 19 prosenttia. Alakouluikäisillä (7–12-vuotiaat) ylipainon ja lihavuuden yleisyys oli pojilla 30 prosenttia ja tytöillä 20 prosenttia. Yläkouluikäisillä (13–16-vuotiaat) vastaavat osuudet olivat pojilla 30 prosenttia ja tytöillä 21 prosenttia. (Vuorenmaa, Mäki & Kauppala 2022.) Uusimman vuonna 2021 tehdyn kouluterveyskyselyn mukaan koko maassa peruskoulun 8–9. luokan oppilaista 18 prosenttia oli ylipainoisia (THL 2021).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ylipainoisten kouluikäisten elintapaohjaukseen vaikuttavia tekijöitä perheiden näkökulmasta. Tässä työssä kouluikäisellä tarkoitetaan 6–16-vuotiaita lapsia ja nuoria. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää näyttöön perustuvien perhelähtöisten elintapaohjausmenetelmien käyttöönottoa kouluterveydenhuollossa. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöisen elintapaohjauksen kehittämisessä.

2 Kouluikäisten ylipainon ennaltahkäisy elintapaohjauksessa

2.1 Kouluikäisten ylipainon määrittely ja seuranta

Lasten ylipainon ja lihavuuden toteaminen perustuu pituuden ja painon mittaukseen ja kasvukäyrien analysointiin. Kasvukäyrien avulla voidaan määrittää lihavuus ja sen vaikeusaste. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2413; Rabbit & Coyne 2012, 673.) Käypä hoito -suosituksen mukaan Suomessa tulee käyttää suomalaiseen aineistoon perustuvia kasvukäyriä, jotka poikkeavat hieman kansainvälisistä käyristä (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023). Yli 2-vuotiailla käytetään ensisijaisesti ISO-BMI-arvoa, joka vastaa lapsen BMI-arvoa aikuisena, mikäli lapsen lihavuus pysyy samanlaisena. Kun ISO-BMI ylittää 25 kg/m², kyseessä on ylipaino ja jos ISO-BMI on yli 30 kg/m², kyseessä on lihavuus. Lisäksi lapsilla käytetään pituuspainomääritelmää: Alle 7-vuotiailla lapsilla +10–20 % pituuspaino tarkoittaa ylipainoa ja > +20 % lihavuutta. Yli 7-vuotiailla pituuspaino +20–40 % tarkoittaa ylipainoa ja yli > +40 % lihavuutta. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2413; Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.)

Lapsuuden aikaisella ylipainolla ja lihavuudella tiedetään olevan merkittäviä vaikutuksia sekä fyysiseen että psykososiaaliseen terveyteen (Jones ym. 2019; Kelleher, Davoren, Harrington, Shiely & McHugh 2017, 183; Oude Luttikhuis, Baur, Jansen, Shrewsbury, O'Malley, Stolk & Summerbell 2009, 3). Esimerkiksi lihavilla lapsilla ja nuorilla esiintyy muita useammin hyperlipidemiaa, verenpainetauti, insuliiniresistenssiä sekä epänormaalia glukoositoleranssia (Johns & Brimble 2022, 29; Jones ym. 2019; Oude Luttikhuis ym. 2009, 3; Rabbit & Coyne 2012, 673). Lisäksi lapsuuden liikalihavuus on itsenäinen riskitekijä aikuisuuden liikalihavuudelle (Oude Luttikhuis ym. 2009, 3; Rabbit & Coyne 2012, 673; Singh, Mulder, Twisk, van Mechelen & Chinapaw 2008, 483). Ylipainoisten lasten ja nuorten tiedetään joutuvan myös usein kiusaamisen ja syrjinnän kohteiksi (Jones ym. 2019; Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; Oude Luttikhuis ym. 2009, 3; Rabbit & Coyne 2012, 672).

Lisäksi ylipainoisilla ja lihavilla lapsilla ja nuorilla on myös todennäköisemmin emotionaalisia ja psykososiaalisia ongelmia, kuten alhaista itsetuntoa, ahdistuksen tunteita, eristäytymistä sekä myöhemmin aikuisuudessa riskikäyttäytymistä (Jones ym. 2019; Kelleher ym. 2017, 183; Rabbit & Coyne 2012, 672). Lapsilla on todettu olevan lisääntynyt liikalihavuuden riski, jos heidän vanhempansa ovat lihavia (Rabbit & Coyne 2012, 674). Lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon tulee kiinnittää huomiota jo varhaisessa vaiheessa ylipainon ja lihavuuden merkittävien terveydellisten ja sosiaalisten seurauksien vuoksi (Johns & Brimble 2022, 29; Kelleher ym. 2017, 184; Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; Oude Luttikhuis ym. 2009, 3).

Käypä hoito -suosituksessa (2023) on selkeät linjaukset lasten ja nuorten (0–18-vuotiaiden) ylipainon ja lihavuuden hoidolle. Ylipainon ja lihavuuden ehkäisy, seulonta, oikea aikainen puheeksi ottaminen sekä hoidon toteuttaminen on perusterveydenhuollon vastuulla ja se tapahtuu neuvolassa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa tehdään erotusdiagnostiset selvitykset ja hoidetaan vaikeaa lihavuutta sekä lihavuutta, johon liittyy merkittäviä terveydellisiä muutoksia. Perheiden elintapoja ja käyttäytymisen muutosta tukevaa ohjausta tulisi järjestää moniammatillisena yhteistyönä terveydenhuollossa. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419; Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.)

2.2 Kouluikäisten ja heidän perheidensä elintapaohjaus

Elinikäiset tottumukset terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen luodaan jo lapsuudessa (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 64). Vanhemmat ovat merkittävässä roolissa lasten elintapojen muodostumisessa (Davis, Gance-Cleveland, Hassink, Johnson, Paradis & Resnicow 2007, 235; Rabbit & Coyne 2012, 674; Rhee, McEachern & Jelalian 2014, 1601; Väisänen, Kääriäinen, Kaakinen & Kyngäs 2013, 143). Kouluikäisten lihavuuteen ja ylipainoon liittyvissä asioissa vanhempien elintavoilla on suuri vaikutus. Koululaiset ottavat mallia vanhemmiltaan erilaisten asioiden omaksumisessa, kuten ruokailu- ja liikuntatottumuksissa. (Davis ym. 2007, 236; Rabbit & Coyne 2012, 674.)

2.2.1 Kouluikäisten elintapaohjauksen periaatteet

Uusin Käypä hoito -suositus lasten, nuorten ja aikuisen lihavuuden ehkäisystä ja hoidosta on julkaistu 2.3.2023. Suosituksessa tuodaan uusin näyttöön perustuva, tutkittu tieto lasten ja nuoren

ylipainon ja lihavuuden hoidosta Suomen terveydenhuollon toimintaan sovellettuna. Lasten ja nuorten ylipainon hoidossa ja ohjauksessa korostuvat hoitohalukkuus, perhekeskeisyys, tavoitteellisuus, toiminnan jatkuvuus sekä moniammatillinen asiantuntemus. Lasten ja nuorten elintapahoidon periaatteet on kuvattu taulukossa 1. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.)

Taulukko 1. Lasten ja nuorten elintapahoidon periaatteet (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023, muokattu)

| Hyvinvointia ja painonhallintaa edistävät elintavat |
|--|
| Perhetilanteen ja elintapojen selvittäminen |
| Elintapamuutosten ja motivaation edistäminen ja tavoitteiden asettaminen |
| Painonhallintaa edistävät ruokatottumukset ja syömisen hallinnan vahvistaminen |
| Fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja paikallaan olon vähentäminen |
| Riittävä uni ja lepo |
| Painon seuranta |
| Pitkän aikavälin hoitosuunnitelma |

Kouluikäisten ylipainon hoito perustuu perhelähtöiseen elintapaohjaukseen, jossa hoitosuunnitelma tehdään yhdessä perheen kanssa. Elintapaohjauksessa korostuu perheen tukeminen ja heidän vahvuuksien löytäminen muutoksen onnistumiseksi. Keskeistä on perheen omahoitovalmiuksien vahvistaminen. Ohjauksessa edetään tavoitteellisesti pienin askelin kohti pysyviä muutoksia. Elintapaohjauksen tulee perustua ajanmukaisiin, tutkittuun tietoon perustuviin ravitsemus- ja liikuntasuosituksiin. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419; Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.)

Kouluikäisten lasten ja nuorten ylipainon ennaltaehkäisy ja hoito perustuvat elintapojen muutokseen (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; Rabbit & Coyne 2012, 674). Elintapamuutosten tavoitteena on lapsen terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen (THL 2019). Lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa on samat peruseriaatteet kuin aikuistenkin hoidossa eli kalorien saannin vähentäminen ja energiankulutuksen lisääminen. Hoidon ensisijainen tavoite on painonnousun hidastaminen. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; Oude Luttikhuis ym. 2009, 3; Rabbit & Coyne 2012, 674.) Lapsille ja nuorille tarjottavan ylipainon ja

lihavuuden hoidon tarkoituksena on parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua sekä ehkäistä ja hoitaa ylipainoon ja lihavuuteen liittyviä riskitekijöitä ja sairauksia. Hoidon ja ohjauksen tulee olla riittävän yksilöllistä. Lapsen, nuoren ja perheen motivoiminen ja osallistaminen perustuvat yksilöllisten tarpeiden sekä toiveiden huomioimiseen. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.)

2.2.2 Ylipainon puheeksi ottaminen

Käypä hoito -suosituksessa esitellään lasten ja nuorten lihavuuden puheeksi ottamisen tapoja, joita voidaan hyödyntää ylipainoisten kouluikäisten ja heidän perheidensä elintapaohjauksessa. Ohjeistuksessa suositellaan ottamaan lapsen painoon liittyvät asiat puheeksi jo varhain huomioon puheenaiheena painon erityisyys. Myös Kaufmanin, Lynchin ja Wilkinsonin (2020, 1) tutkimus tukee Käypä hoito -suosituksen ohjeistusta. Painon puheeksi ottaminen tulee tapahtua vanhemman tai vanhemman ja lapsen kanssa, ei koskaan vain pelkästään lapsen kanssa. Terveystieteiden ammattilaisen tulisi havainnollistaa ja selventää käyttämiään käsitteitä perheille sekä pyrkiä välttämään puheessaan ylipainoa ja lihavuutta kuvaavia kiertoilmauksia. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; THL 2019.) Ylipainon osoittamiseksi vanhemmille voidaan näyttää kasvukäyrältä lapsen painon kehitys (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; Väisänen ym. 2013, 149). Kouluikäisen lapsen ja nuoren itsetunnon ja painosta riippumattoman myönteisen kehonkuvan edistäminen on merkittävää (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023). Ohjauksessa perheitä tulisi kannustaa hyvinvointilähtöisesti elintapojen muutokseen ja välttämään huomion kiinnittämistä lapsen tai nuoren painoon (Kaufman ym. 2020, 1; Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023).

Ylipainon puheeksi ottamisessa on tärkeää selvittää kouluikäisen ja hänen perheensä muutosvalmiutta ja hoitohalukkuutta. Puheeksi ottamisessa erityisen tärkeitä on oikea-aikaisuus. Yhteistyöhenkinen ja rakentava keskusteleminen painosta on mahdollista, vasta kun potilas kokee, että terveydenhuollon ammattilainen on "hänen puolellaan". (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.) Terveystieteiden ammattilaisten puhe painosta tulee olla sopivaa ja leimaamatonta (Kaufman ym. 2020, 1). Yhteistyön rakentamisessa voi hyödyntää esimerkiksi motivoivaa haastattelua. Puheeksi ottamisessa korostetaan luomaan luottamuksellinen ja perhettä kunnioittava vuorovaikutussuhde perheen vahvuuksiin keskittyen. Ohjauksessa kartoitetaan kouluikäisen lapsen ja nuoren tilannetta sekä muun perheen elämäntilannetta ja voimavaroja. Myös

sosiaalisen tai psyykkisen tuen tarvetta on oleellista selvittää. Ohjauksen etenemisestä sovitaan yhdessä perheen kanssa. Suunnitelmia tehdessä huomioidaan kouluikäisen ja hänen perheensä kokonaistilanne sekä laaditaan yhdessä riittävän yksilöllinen suunnitelma. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.)

Neuvola- ja alakouluikäisen lapsen ylipainon puheeksiotto -oppaassa (THL 2019) korostetaan kuuntelua, pitkäjänteisyyttä sekä perheen vahvuuksien esille nostamista painon puheeksi ottamisessa. Oppaan mukaan vanhemmalle tulee jäädä päällimmäiseksi tunne, ettei hänen vanhemmuuttaan arvioida lapsen painon kautta, vaan sitä arvostetaan ja kunnioitetaan. (THL 2019.) Käypä hoito -suosituksessa korostetaan myös vanhemmuuden tukemista (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023). Ohjaajan vuorovaikutustaidot voidaan kokea ohjauksessa käytettäviä menetelmiä tärkeämmiksi. Erilaisiin elintapaohjausinterventioihin osallistuneet ovat kokeneet ohjaajan ominaisuudet, esimerkiksi ystävällisyyden ja taidon kuunnella ja kannustaa, ohjauksen tärkeimmäksi ja motivoivimmaksi tekijäksi. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.)

Tutkimusten mukaan painon puheeksi ottaminen koetaan terveydenhuollossa haastavana (Anglé 2020; Johns & Brimble 2022, 30; Hopia, Raitio, Punna & Kettunen 2014, 26). Painon puheeksi ottaminen saattaa herättää kielteisiä tunteita ja torjuntaa tai loukkaantumista sekä syyllistämisen kokemusta (Anglé 2020; THL 2019). Painon puheeksi ottamisen ja painosta keskustelemisen vaikeus tuleekin Anglén (2020) mukaan siitä, että terveydenhuollon ammattilaisen terveystietäminen ja potilaan henkilökohtainen näkökulma eivät kohtaa. Terveydenhuollon ammattilaiselle ylipaino ja lihavuus näyttäytyy ensisijaisesti terveyteen liittyvänä kysymyksenä, kun taas potilaalle ylipaino tai lihavuus on erittäin henkilökohtainen, koko muuhun elämään liittyvä asia. Paino on usein yhteydessä kehonkuvaan, minäkuvaan, itsearvostukseen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Myös leimaaminen ja syrjintä ylipainon vuoksi on yleistä (Anglé 2020; Rabbit & Coyne 2012, 672).

2.2.3 Terveyttä määrittävät tekijät

Dahgrenin ja Whiteheadin (1991) **Terveyden sosiaalisten määrittäjien malli** on vakiintunut tapa ymmärtää yhteiskuntapolitiikan ja väestön terveyden suhdetta maailmalla ja Suomessa. Malli antaa hyvän tutkimuksellisen lähtökohdan käsitellä terveyttä yhtä aikaa yksilöllisestä ja yhteiskunnal-

lisesta näkökulmasta. Terveyden sosiaalisten määrittäjien mallia on käytetty terveyden edistämisen strategioiden laatimisessa. Dahlgrenin ja Whiteheadin malli on esitetty kuviossa 1. (Terveyden tulevaisuudet 2014, 26.)



Kuvio 1. Terveyden määrittäjien malli (Dahlgren & Whitehead 1991, 11; Terveyden tulevaisuudet 2014, 26)

Terveyden determinanteilla eli terveyttä määrittävillä tekijöillä vaikutetaan väestön terveyteen. Terveyttä määrittävät tekijät ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia tekijöitä. Ne voivat vahvistaa tai heikentää yksilön terveyttä. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16.)

Terveyttä määrittäviä yksilöllisiä tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli, perimä, tiedot ja taidot sekä kokemukset ja elintavat (Green, Cross, Woodall & Tones 2019, 103; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16). Terveyttä määrittäviä sosiaalisia tekijöitä ovat sosioekonominen asema, toimeentulo, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä keskinäinen vuorovaikutus (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16). Koululaisen terveyteen vaikuttavat hänen itsensä lisäksi perhe, koti, lähiyhteisö ja ystävät. Erilaiset toimintaympäristöt vaikuttavat myönteisesti lapsen kasvuun, kehitykseen ja terveyteen. Toisaalta ne voivat aiheuttaa myös haittaa lapsen kasville, kehitykselle ja terveydelle. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2001, 2585–2586.)

Yksittäiset ihmiset eivät pysty vaikuttamaan kaikkiin terveyttä määrittäviin tekijöihin (Terveyden tulevaisuudet 2014, 27). Tällaisia terveyttä määrittäviä rakenteellisia tekijöitä ovat esimerkiksi koulutus, elinolot, elinympäristö, työolot sekä peruspalvelujen tasapuolinen saatavuus ja toimivuus (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16). Koululaisen elinympäristö koostuu muun muassa asuin- ja kouluympäristöstä. Koulutus- ja sivistyspalveluiden tehtävänä on lasten ja nuorten kasvun tukeminen. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 28.) Perusopetuslaki (L628/1998, 29§) takaa lapsen oikeuden turvalliseen oppimisympäristöön. Terveydenhuoltolaki (L1326/2010) puolestaan määrittelee terveyden edistämistyötä, jolla tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sekä yksilön sairaanhoitoa. Koululaisten näkökulmasta katsottuna peruspalvelujen tasapuolinen saatavuus ja toimivuus on turvattu kouluterveydenhuollon toiminnan ansiosta. Koulussa oppilaille on järjestettävä terveystarkastus jokaisella vuosiluokalla. Laajat terveystarkastukset tehdään vuosiluokilla 1., 5. ja 8. (Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto 2009, 25.)

Terveyttä määrittäviä kulttuurisia tekijöitä ovat fyysisen, poliittisen ja taloudellisen ympäristön turvallisuus, viihtyvyys, vuorovaikutteisuus ja asenteet terveyteen (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16). Näistä voidaan käyttää myös nimitystä yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristölliset olosuhteet (Terveyden tulevaisuudet 2014, 26).

2.2.4 Terveyskäyttäytymistä selittävät teoriat ja mallit

Terveyskäyttäytymisen muutos on usein hankalaa normaalissa elinympäristössä, minkä vuoksi käyttäytymistieteellisistä muutosmalleista on hyötyä interventioiden suunnittelussa (Hankonen 2012, 75). Salmelan, Kettusen ja Poskiparran (2010, 209) mukaan käyttäytymisteorioita on kehitetty vuosikymmenten ajan. Teorioiden tarkoituksena on ollut tarkastella, mihin terveyden determinantteihin eli terveyttä määrittäviin käyttäytymisen tekijöihin elintapaohjausinterventioita tulisi kohdistaa. (Salmela ym. 2010, 209.) Terveyskäyttäytymisen muutosta selittäviä teorioita ja malleja on lukuisia (Absetz & Hankonen 2011, 2267; Michie, West, Campbell, Brown & Gainforth 2014). Tunnetuimpia näistä ovat sosiaaliskognitiivinen teoria, transteoreettinen muutosvaihemalli, terveystavoitteellinen toiminnan malli, itsemääräytymisteoria sekä terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli (HAPA-malli) (Absetz & Hankonen 2011, 2268; Michie ym. 2014). Osa edellä mainituista teorioista ja malleista on kuvattu tiivistetysti taulukossa 2 (Absetz & Hankonen 2011, 2268).

Taulukko 2. Käyttäytymisen muuttamisen keskeiset teoriat tai teoriaan perustuvat mallit (Absetz & Hankonen 2011, 2268)

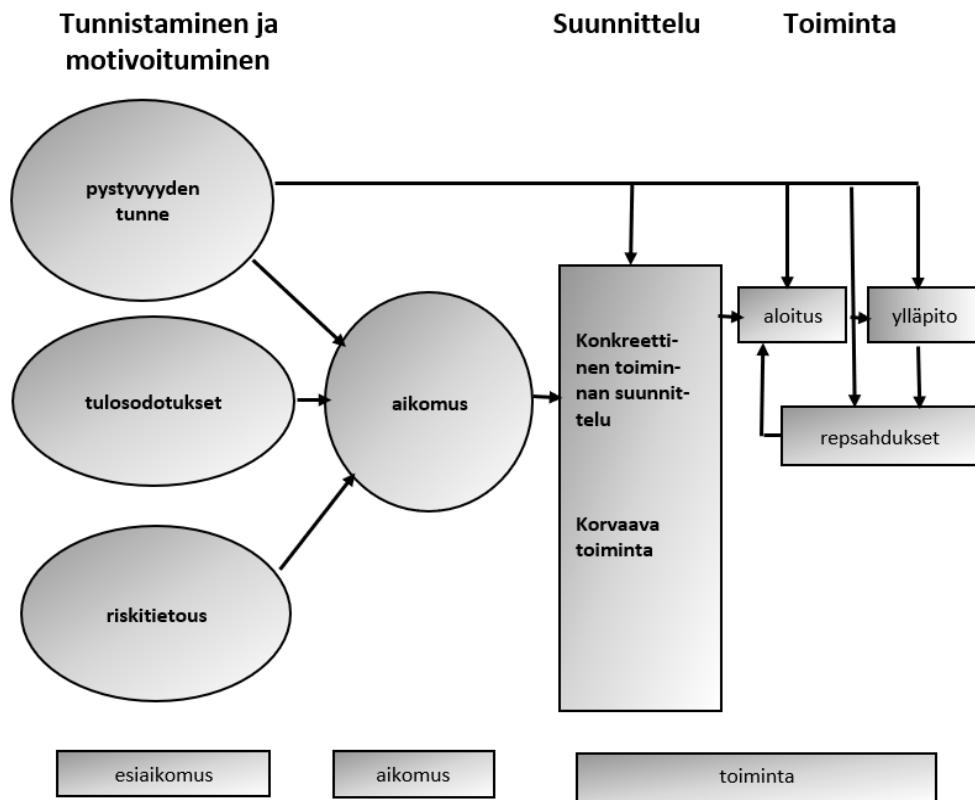
| Käyttäytymisen muuttamisen keskeiset teoriat tai teoriaan perustuvat mallit. | | |
|---|--|--|
| Teoria tai teoriaan perustuva malli | Keskeiset väittämät | Keskeiset tekniikat |
| Muutosvaihemalli | Muutos kulkee viiden eri vaiheen kautta: 1) muutoksen tekeminen ei ole edes käynyt mielessä, 2) muutostarve on heräämässä, 3) on aikomus muutoksen kokeiluun, 4) muutosta on kokeiltu, 5) muutos on jo vakiintunut pysyväksi tottumukseksi. | Vaiheesta toiseen siirrytään erilaisten kognitiivisten ja käyttäytymisprosessien kautta ja kussakin prosessissa tarvitaan erilaisia toimenpiteitä, esim. hyötyjen ja haittojen punnitsemista ja siihen perustuvaa päätöksentekoa sekä pystyvyyden tunteen lisäämistä. |
| Kognitiivis-behavioraalinen terapia | Käyttäytyminen on opittua ja siitä voi myös oppia pois. Ympäristökijät sekä omat ajatukset ja tunteet laukaisevat tai vahvistavat käyttäytymistä. Myös omilla tunteilla ja ajatuksilla vaikutetaan käyttäytymiseen. | Opetetaan tutkimaan, tunnistamaan ja analysoimaan omia haitallisia ajattelu- ja toimintatapoja ja sitä kautta oppimaan niiden hallintaa ja muuttamista. |
| Sosiaalis-kognitiivinen teoria | Oppiminen ja ajattelu on sosiaalista toimintaa. Sosiaaliset mallit sekä yleinen ja tilannespesifinen pystyvyyden tunne vaikuttavat toimintaan. | Mallioppimisella opetetaan uusia toimintatapoja. Pystyvyyden tunnetta lisätään mm. palautteella aiemmasta onnistuneesta toiminnasta tai itseä vastaavan henkilön onnistumisesta sekä pienillä, etenevillä muutoksilla ja suostuttelulla. |
| Tavoitteellisen toiminnan malli | Ihmisen toiminta perustuu itsesäätelymekanismin käyttöön. | 1) Oman käyttäytymisen (esim. tupakointitavan) seuraaminen, 2) nykytilan ja tavoitetilan välisen eron tunnistaminen, 3) tavoitteiden asettaminen tavoitetilan saavuttamiseksi, 4) suunnittelu, 5) retkahdusten ehkäisy tai niistä oppiminen sekä 6) toteutuksen arviointi ja onnistumisista palkitseminen. |
| Motivoiva haastattelu, Itsemääräytymisteoria | Ihmisen oma rooli motivaation synnyttämisessä ja ylläpidossa on keskeinen. Potilaan rooli vahvistuu, kun ohjaussuhde on luottamuksellinen ja ammattilainen hyväksyy muutosvastarinnan. Tehokkaimpia ovat ohjaustavat, jotka tukevat potilaan autonomian kokemusta. | 1) Motivoivat vuorovaikutustavat (aktiivinen kuuntelu, avoimet kysymykset, reflektio ja yhteenvedot), 2) muutosvastarinnan käsittely ja muutospuheen tukeminen, 3) sitoutumisen vahvistaminen, 4) tavoitteiden asettaminen ja 5) keinojen vahvistaminen |

Transteoreettisessa muutosvaihemallissa prosessi alkaa esiharkintavaiheesta, jossa muutoksen tarvetta ei ole vielä tunnistettu. Terveyskäyttäytymisen muutos on hidas, mikä voi kestää kuudesta kuukaudesta jopa pariin vuoteen. Muutosvaihemallissa punnitaan haittoja ja hyötyjä. Sosiaalis-kognitiivisessa teoriassa puolestaan korostetaan sitä, miten yksilö ohjaa omaa toimintaansa aktiivisesti ja tietoisesti. (Michie ym. 2014, 361, 446.) Useat tutkimukset viittaavat siihen, että sosiaaliset ja psykologiset tekijät voivat vaikuttaa vanhempien sitoutumiseen ylipainoisten lasten ja nuorten

perhelähtöisiin elintapaohjausinterventioihin. Terveyskäyttäytymisteoriat tarjoavat sopivat puitteet näiden tekijöiden tutkimiselle. Tutkimukset ovat osoittaneet, että terveysuskomusmalli ja transteoreettinen muutosvaihemalli voivat vaikuttaa vanhempien sitoutumiseen, muutosvalmiuteen sekä havaittuihin elintapamuutosta edistäviin ja estäviin tekijöihin. (Schmied, Chuang, Madanat, Moody, Ibarra, Ortiz & Macias 2018, 906.)

Terveyskäyttäytymisen muutoksessa usko oman pystyvyyteen on keskeinen tekijä (Absetz & Hankonen 2017, 1016; Michie ym. 2014, 154, 361; Schwarzer, Sniehotta, Lippke, Luszczynska, Scholz, Schüz, Wegner & Ziegelmann 2003, 3). Sosiaalis-kognitiivisessa teoriassa, transteoreettisessa muutosvaihemallissa sekä terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallissa korostetaan pystyvyyden tunnetta (Michie ym. 2014, 154, 361, 449; Schwarzer ym. 2003, 3). Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallissa muutoskäyttäytymisen tärkeimpänä tekijänä nähdään usko omaan pystyvyyteen (Schwarzer ym. 2003,3). Liikuntainterventioissa pystyvyyden tunnetta ovat lisänneet eniten palautteen saaminen omasta edistymisestä tai hyvästä suorituksesta. Myös vertaistuki auttoi pystyvyyden tunteen lisäämisessä. Tavoitteet on hyvä olla saavutettavissa olevia ja tarpeeksi realistisia. (Absetz & Hankonen 2017, 1016–1017.)

Ralf Schwarzer on kehittänyt Health Action Process Approach (HAPA) -mallin, joka tunnetaan Suomessa nimellä terveyskäyttäytymisen prosessimalli tai terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli. Malli on esitetty kuviossa 2. Malli on terveyskäyttäytymisen muutosta kuvaava teoria, jota voidaan soveltaa terveyttä edistävän ja ehkäisevän käyttäytymisen suunnittelussa. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimallia on käytetty taustateorianana useissa elintapaohjausinterventioissa. (Schwarzer ym. 2003, 3.) Mallissa terveyskäyttäytymisen muutos ymmärretään prosessina, joka koostuu motivaatiovaiheesta sekä toimintavaiheesta. Toimintavaihe voidaan jakaa suunnittelu-, aloitus- ja ylläpitovaiheisiin. (Michie ym. 2014, 154; Schwarzer ym. 2003, 2.) Onnistunut eteneminen molempien vaiheiden kautta johtaa käyttäytymisen muutokseen pitkällä aikavälillä (Michie ym. 2014, 154).



Kuvio 2. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli (Schwarzer ym. 2003, muokattu)

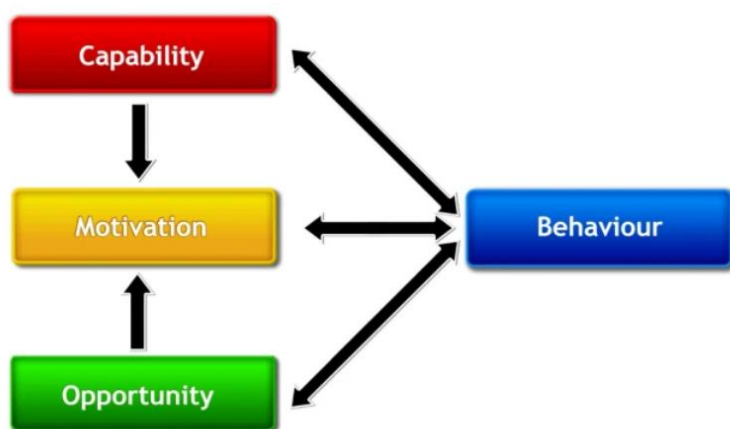
Motivaatiovaihe kuvaa päätöksentekoprosessia, jossa yksilö muodostaa aikeita omaksua terveyttä suojaavaa tai terveyttä edistävää käyttäytymistä tai muuttaa riskialtista terveyskäyttäytymistä (Michie ym. 2014, 154; Schwarzer ym. 2003, 2). Aikomuksen muodostamisessa on kolme tärkeää tekijää, jotka ovat pystyvyyden tunne (yksilön uskomus kyvystä käyttäytymiseen muutokseen), tulosodotukset (yksilön uskomus käyttäytymisen seurauksiin ja hyötyyn) sekä riskitietoisuuden lisääntyminen (esimerkiksi havaittu sairaus tai sairauden vakavuus) (Michie ym. 2014, 154–155). Motivaatiovaiheen päätteeksi muodostetaan selkeä tavoite tai terveyskäyttäytymisen muutosai-komus (Schwarzer ym. 2003, 3).

Schwarzerin ja muiden (2003) mukaan pystyvyyden tunne on tärkein tekijä motivaatiovaiheessa ja se ennustaa vahvimmin terveyskäyttäytymisen muutosta. Yksilö, joka ei usko omaan kykyynsä muuttaa käyttäytymistään, epäonnistuu todennäköisesti toiminnan aloittamisessa ja ylläpitä-misessä. Ilman vahvaa aikomusta terveyskäyttäytymisen muutos on hyvin haasteellista. Toisaalta hy-vistä aikomuksista huolimatta kaikki ihmiset eivät onnistu luopua epäterveellisistä elämäntavoista ja

näin ollen elämäntapojen muuttaminen terveellisemmäksi epäonnistuu. (Schwarzer ym. 2003, 3–4.)

Motivaatiovaiheen päätteeksi muodostetun aikomuksen jälkeen on toimintavaiheen aika. Toimintavaihe kuvaa prosesseja, joilla pyritään toteuttamaan aikomus muutuskäyttäytymiseksi (Michie ym. 2014, 155; Schwarzer ym. 2003, 2, 4.) Tähän vaiheeseen kuuluvat aloitus, ylläpito ja repsahdukset (Schwarzer ym. 2003, 2). Konkreettisesti toiminnan suunnittelussa tehdään suunnitelma siitä, miten, missä ja milloin terveystyöskäytännön muutostoiminta toteutetaan. Lisäksi määritellään korvaava toiminta vanhojen toimintatapojen tilalle. (Michie ym. 2014, 155; Schwarzer ym. 2003, 4.) Suunnitelman pohjalta alkaa muutuskäyttäytymisen toteutus ja ylläpitäminen. Terveystyöskäytännön muutokseen kuuluvat repsahdukset. Pystyvyyden tunteen myötä usko omaan kykyyn onnistua on merkittävässä roolissa repsahdusten tullessa. Hyvä pystyvyyden tunne edistää toiminnan jatkamista repsahduksista huolimatta. (Schwarzer ym. 2003, 4–5.)

Michie, van Stralen ja West (2011) kuvaavat artikkelissaan käyttäytymisen muutospyörää (behaviour change wheel), joka on uudenlainen menetelmä käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden suunnitteluun. Käyttäytymisen muutospyörän sisimmän osan muodostavat kolme tekijää, jotka vaikuttavat terveystyöskäytännön (behaviour). Näitä tekijöitä ovat kyvykkyys (capability), tilaisuudet (opportunity) ja motivaatio (motivation). Tätä käyttäytymistä tarkastelevaa kokonaisuutta kutsutaan COM-B-malliksi. COM-B -malli tarjoaa hyvän kehyksen käyttäytymisen ymmärtämiseksi. (Michie ym. 2011, 1, 4.) COM-B -malli on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. COM-B -malli (Michie ym. 2011, 87)

Kyvykkyys (C) määritellään yksilön fyysiseksi ja psyykkiseksi kyvyksi kyseiseen toimintaan. Se sisältää tarvittavat fyysiset ja psyykkiset taidot ja taidot sekä vahvuuden toteuttaa muutuskäyttäytymistä. (Käyttäytymisen muutospyörä 2020; Michie ym. 2011, 4; Michie ym. 2014, 85–86.)

Tilaisuuteen (O) kuuluvat kaikki ne tekijät, joka tekevät yksilön käyttäytymisen mahdolliseksi tai kehottavat siihen. Tähän kuuluu fyysinen ja sosiaalinen ympäristö, joka mahdollistaa käyttäytymisen. (Käyttäytymisen muutospyörä 2020; Michie ym. 2011, 4; Michie ym. 2014, 86.) Koululaisen terveyteen vaikuttavat hänen itsensä lisäksi perhe, koti, lähiyhteisö ja ystävät. Perheen arvomaailma muovaa lasta ja hänen käsitystään terveydestä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia 2001, 2585.)

Motivaation (M) osa-alueeseen kuuluvat kaikki ne aivoprosessit, jotka aktivoivat ja ohjaavat käyttäytymistä. Tähän sisältyy tavoitteita ja tietoista päätöksentekoa, mutta myös tavanomaisia prosesseja, emotionaalisia vasteita sekä analyyttistä päätöksentekoa. Motivaatio jaetaan tiedostettuun ja automaattisiin prosesseihin. (Käyttäytymisen muutospyörä 2020; Michie ym. 2011, 4; Michie ym. 2014, 86.)

COM-B -mallissa käyttäytymiseen vaikuttavat osa-alueet toimivat vuorovaikutteisesti toisiinsa (Michie ym. 2011, 4). Esimerkiksi kyvykkyys ja tilaisuudet voivat vaikuttaa motivaatioon, mikä puolestaan vaikuttaa yksilön terveystyöskäytymiseen. Käyttäytymisen avulla saadaan palautetta yksilön kyvykkydestä, motivaatiosta ja tilaisuuksista muuttaa toimintaansa. (Michie ym. 2014, 86.) Michien ja muiden (2014, 86–87) mukaan kaikessa terveystyöskäytymisen muutoksessa ei tarvita kaikkia kolmea osa-aluetta. Toisaalta joskus tarvitaan kaikkien kolmen osa-alueen mukana oloa, jotta haluttu terveystyöskäytymisen muutos saavutetaan. Käyttäytymisen muutoksen toteutukseksi yksilöllä pitää olla COM-B-mallin (Michie ym. 2011) mukaisesti motivaatio, riittävät taidot sekä ympäristön mahdollistama tilaisuus. Näiden tekijöiden piirteet pyritään huomioimaan elintapaohjaukseen valittavien muutostekniikoiden valinnassa. (Absetz & Hankonen 2017, 1015.)

2.2.5 Käyttäytymisen muutostekniikat elintapaohjauksessa

Salmelan ja muiden (2010, 216) mukaan elintapainterventioissa käytettäviä muutostekniikoita kuvataan tutkimuksissa varsin heikosti ja kirjavasti. Absetz ja Hankonen (2011, 2271) suosittelevat

käyttämään elintapaohjauksessa erilaisia tekniikoita, joita voivat olla esimerkiksi oman käyttäytymisen seurantaan ohjaaminen, erilaisten potilasta koskevien testitulosten käyttö, konkreettisten toiminnallisten tavoitteiden asettelu ja suunnittelu, toiminnan seuranta sekä palautteenanto. (Absetz & Hankonen 2011, 2271.) Absetzin ja Hankosen (2011, 2017) mukaan kaikkein tehokkain yksittäinen tekniikka ravitsemus- ja liikuntakäyttäytymisen muutoksissa on ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan. Kun lisäksi käytetään mitä tahansa yhtä tai useampaa tavoitteellisen toiminnan tekniikkaa, vaikutus liki kaksinkertaistuu. (Absetz & Hankonen 2011, 2268; Absetz & Hankonen 2017, 1017–1018.) Myös Stewart, Chapple, Hughes, Poustie ja Reilly (2008) toteavat artikkelissaan, että useiden keskeisten käyttäytymismuutostekniikoiden käyttöä suositellaan lasten elämäntapamuutosten onnistuneeseen hallintaan. Erilaiset tekniikat auttavat perheitä lisäämään tietoisuutta nykyisestä elämäntyylistään, keskittymään muutosta vaativiin elämäntapoihin sekä kehittämään strategioita muutosten toteuttamiseksi ja seuraamiseksi. (Stewart ym. 2008, 466.)

Elintapaohjauksessa suositellaan käytettävän psykologisia lähestymistapoja, joita ovat muun muassa motivoiva haastattelu, ratkaisukeskeinen työskentelytapa ja kognitiivisbehavioraaliset menetelmät. Näiden menetelmien tarkoituksena on edistää potilaan valmiuksia omahoitoon ja vastuun ottamista omasta hyvinvoinnista. (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023.) Oude Luttikhuisin ja muiden (2009) mukaan ylipainoisten lasten interventioissa on käytetty erilaisia käyttäytymismalleja. Näitä ovat olleet muun muassa perheterapiaan, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja ongelmanratkaisuun pohjautuvat menetelmät. Lisäksi on toteutettu monikomponenttisia käyttäytymisinterventioita, jotka ovat sisältäneet erilaisia käyttäytymistekniikoita. (Oude Luttikhuis ym. 2009, 9.)

Motivoiva haastattelu on potilaskeskeinen, yhteistyöhön perustuva ohjaustekniikka, joka voi vahvistaa henkilön omaa motivaatiota ja sitoutumista muutokseen (Honkanen & Mellin 2015, 114; Reims & Ernst 2016, 32). Motivoivaa haastattelua voidaan käyttää edistämään terveellistä käyttäytymistä, kuten vanhemmuuden tukemiseen, säännölliseen liikuntaan, terveellisiin ruokavalintoihin, ruutuaikaan ja uneen liittyen (Kaufman ym. 2020, 1). Absetzin ja Hankosen (2017, 1017) mukaan omaehtoinen motivaatio johtaa pitkäaikaiseen käyttäytymisen muutokseen, minkä vuoksi elintapaohjauksessa tulisi hyödyntää motivoivaa haastattelua. Motivoiva haastattelu perustuu käytettäviin menetelmiin, kuten reflektivaan kuunteluun, yhteiseen päätöksentekoon sekä tavoitteiden asettamiseen (Davis ym. 2007, 238; Honkanen & Mellin 2015, 114–115). Motivoivan

haastattelun keskeisiä menetelmiä ovat avoimien kysymysten esittäminen, muutospuheen huomaaminen, refleктоiva eli heijastava kuuntelu eli potilaan kertoman toistaminen tai toteaminen sekä yhteenvetojen tekeminen keskustelun kuluessa (Honkanen & Mellin 2015, 117–119; Reims & Ernst 2016, 37). Motivoivan haastattelun sävy on tuomitsematon, empaattinen ja rohkaiseva (Absetz & Hankonen 2011, 2271; Davis ym. 2007, 238). Reims ja Ernst (2016) ovat laatineet käytännönläheisen kuvauksen ammattilaisille siitä, miten painon voi ottaa puheeksi ja käydä keskustelua painonhallinnasta motivoivan haastattelun avulla sen periaatteita ja tekniikoita hyödyntäen. Heidän mukaansa yksinkertainen sääntö on noudattaa kysy – kerro – kysy -periaatetta: terveydenhuollon ammattilaisen kannattaa aloittaa ja päättää jokainen oma ajatus, neuvo tai toteamus kysymyksellä. (Reims & Ernst 2016, 36.)

Tavoitteiden asettaminen on tärkeä osa käyttäytymisen muutosta. Tavoitteiden asettamisen tulee sisältää sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteita. Lyhyen aikavälin tavoitteiden tulee olla konkreettisia, jotta ne edistävät haluttua käyttäytymismuutosta. Tavoitteita on hyvä tarkastella yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tällä tavoin pyritään poistamaan havaittuja esteitä, jotka voivat estää onnistumista tavoitteen saavuttamisessa. (Thomson & Johnston 2018, 143.) Stewartin ja muiden (2008) tutkimuksessa vanhemmat kuvasivat, että heidän lapsensa oli asettanut omat tavoitteensa ja ravitsemusterapeutti oli varmistanut, että asetetut tavoitteet olivat realistisia. Lapset kertoivat nauttineensa tavoitteidensa asettamisesta. Tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttaminen oli vahvistanut myös lasten itsetuntoa. Perheet jatkoivat tavoitteiden asettamista interventioiden jälkeen eri tavoin. (Stewart ym. 2008, 469.) Thomsonin ja Johnstonin (2018, 143) mukaan tavoitteiden asettamista käytetään harvoin yksittäisenä käyttäytymisen muutostekniikkana.

Omaseuranta on elintapaohjauksen yhteydessä toteutettavaa terveystietämisen kirjaamista. Omaseurannan tarkoituksena on luoda tietoisuutta terveystietämisestä ja tukea muutosta kohti terveellisempiä päätöksiä. Seurannasta saadun tiedon on oltava linjassa lyhyelle ja pitkälle aikavälille asetettujen tavoitteiden kanssa. Omaseurannan avulla voidaan seurata esimerkiksi syömis- ja liikkumiskäyttäytymistä tarkemmin määritetyillä osatekijöillä. (Thomson & Johnston 2018, 143–144.) Absetzin ja Hankosen (2017) mukaan omaseurannan vaikuttavuutta lisäävät seurannan säännöllisyys, tulosten julkinen raportointi sekä seurantatietojen konkreettinen kirjaaminen. Olenaista omaseurannassa on tiedon prosessointi ja siitä oppiminen tavoitteiden uudelleen arvioimiseksi. (Absetz & Hankonen 2017, 1017–1018.) Omaseurannan aloittaminen voi olla haastavaa,

minkä vuoksi seurannan tiheys on tärkeä määrittellä yhdessä perheen kanssa. Yleisesti suositellaan, että ruokavalion ja liikunnan omaseurantaa tehdään päivittäin alkuvaiheessa kuudesta kahtentoista viikkoa, minkä jälkeen omaseurannan tiheyttä voi harventaa. Omaseurantaa ei pitäisi tihentää, jos uusia terveystyötyymisen muutoksen esteitä havaitaan. (Thomson & Johnston 2018, 143–144.) Stewartin ja muiden (2008) tutkimuksessa vanhemmat totesivat, että omaseuranta oli lisännyt lapsen ja vanhemman tietoisuutta elämäntavoista sekä muutosta vaativista asioista. Seurannan hyödyllisyydestä huolimatta perheet kokivat elämäntapojen kirjaamisen työläänä. Tutkimuksessa tuleekin esille, että omaseurantaa tehtiin intervention aikana, mutta sen päätyttyä omaseurantaa ei jatkettu enää kotiympäristössä. (Stewart ym. 2008, 469.)

Sosiaalinen tuki on tärkeä tekijä käyttäytymisen muutoksessa sekä muutoksen ylläpitämisessä. Useissa elintapaohjausinterventioissa käytetään ryhmäohjauksen menetelmiä, mikä mahdollistaa vertaistuen saamisen intervention aikana. Ryhmäohjaukseen osallistuminen on myös yhdistetty parempaan ruokavalio- ja liikuntatavoitteiden noudattamiseen. (Thomson & Johnston 2018, 144.) Thomsonin ja Johnstonin (2018) mukaan on myös todettu tutkimusnäyttöä siitä, että ryhmäohjaus voi olla tehokkaampaa kuin puhelimitse tapahtuva henkilökohtainen neuvonta. Vertaistuen lisäksi terveydenhuollon ammattilaisilta saatu tuki edistää terveystyötyymisen muutosta. Saavutettujen muutosten on havaittu liittyvän vahvasti parantuneeseen pystyvyyden tunteeseen. Lisäksi sosiaalisessa tuessa korostuu perheen ja ystävien rooli. Perheen ja ystävien tuella on myös osoitettu olevan vaikutusta parempaan onnistumiseen elintapamuutoksessa. (Thomson & Johnston 2018, 144.)

Ongelmanratkaisutaitoja käsitellään usein elintapaohjauksessa varhaisessa vaiheessa. Ongelmanratkaisussa on tärkeää, että potilas tunnistaa ongelmat. Ongelmanratkaisutaitoja tarvitaan tavoitteiden asettamisessa. Kun terveystyötyymisen esteet on tunnistettu, keskusteluissa voidaan keskittyä tunnistamaan potilaan aiemmin käytettyjä lähestymistapoja ja menetelmiä, joilla hän on onnistunut edistämään terveellistä käyttäytymisen muutosta. Ohjaajan tehtävänä on helpottaa esteiden tunnistamista sekä muutosstrategioiden valintaa. Ongelmanratkaisu ei ole itsenäinen tekniikka, vaan sitä käytetään yleensä laajemmassa yhteydessä käyttäytymisen muutoksen edistämiseksi. (Thomson & Johnston 2018, 145.)

Teknologisten menetelmien käyttö elintapaohjauksessa on lisääntynyt huomattavasti viimeisen kymmenen vuoden aikana (Thomson & Johnston 2018, 147). Allenin ja muiden (2014) tutkimuksen

ilmestymisen aikaan vuonna 2014 oli julkaistu vain muutama tutkimus matkapuhelimien käytön tehokkuudesta painonpudotukseen ja sen ylläpitoon. (Allen ym. 2014, 1109.) Thomsonin ja Johnstonin (2018, 146) mukaan Michie, Atkins ja West on julkaissut vuonna 2016 ensimmäisen oppaan digitaalisten menetelmien käyttämisestä elintapainterventioissa terveydenhuollossa. Michien ja muiden tekemä opas on pyrkinyt määrittämään parhaita lähestymistapoja ja tarjoamaan arviointikehyksen, jolla varmistetaan tutkimusta mobiilikäyttäytymisen muutosta koskevien lähestymistapojen tehokkuudesta. (Thomson & Johnston 2018, 146.)

Teknologiapohjaisten menetelmien taustalla käytetään useimmiten sosiaaliskognitiivista teoriaa, transteoreettista muutosvaihemallia sekä varokeinon omaksumismallia. Uusien teknologisten sovellusten käyttöön ottaminen elintapaohjauksessa on tarjonnut monia uusia mahdollisuuksia ohjauksen toteuttamiseen sekä käyttäytymisen muutoksen seurantaan. Erilaisia mobiililaitteita pidetään nykyään osana arjen toimintoja. Teknologian nopea kehittyminen haastaa teknologiapohjaisten elintapainterventioiden kehittämistä. Lisäksi yksittäisten laitteiden ja sovellusten omaksuminen eri kulttuuri-, sukupuoli-, koulutus- ja ikäryhmissä voi vaihdella suuresti. (Thomson & Johnston 2018, 147.)

Kaakinen, Kyngäs ja Kääriäinen (2018) ovat selvittäneet tutkimuksessaan teknologisten menetelmien käyttöä lihaville ja ylipainoisille lapsille ja nuorille suunnatuissa interventioissa. Tutkimustulosten mukaan vaikutti siltä, että teknologiaan perustuvien menetelmien käyttö elintapainterventiossa voi kannustaa lihavia ja ylipainoisia lapsia ja nuoria terveellisempään elämäntapaan. (Kaakinen ym. 2018, 126.) Myös Allenin, Stephenin ja Patelin (2014) systemaattisen katsauksen tulokset viittaavat siihen, että teknologiapohjaiset menetelmät voivat olla tehokkaita painonpudotuksessa ylipainoisilla ja lihavilla aikuisilla. Tulokset osoittivat, että teknologiaan pohjautuvat käyttäytymistekniikat tuottivat huomattavasti enemmän painonpudotusta kontrolliryhmään verrattuna. (Allen ym. 2014, 1105.) Teknologiapohjaisissa interventioissa käytettiin myös muita käyttäytymisen muutosstrategioita, joita olivat tavoitteiden asettaminen, omaseuranta, palautteen vastaanottaminen, rohkaiseminen sekä ohjaajan tuki. (Allen ym. 2014, 1105, 1109.) Allenin ja muiden (2014, 1109) mukaan elintapaohjausta tarjoavien palveluntuottajien tulee varmistaa, että nämä edellä mainitut komponentit ovat mukana teknologiapohjaisissa elintapainterventioissa.

2.2.6 Perhelähtöisyys elintapaohjauksessa

Lapsuusiän ylipainon hoitosuosituksissa painotetaan käyttämään perhelähtöisiä menetelmiä kouluikäisten lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa (Davis ym. 2007, 235–236; Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; Pratt & Skelton 2018, 620; West, Sanders, Cleghorn & Davies 2010, 1170). Tutkimustulokset tukevat selvästi lasten elintapaohjauksessa perhelähtöisyyden lähestymistavan paremmuutta verrattuna yksilölliseen työskentelyyn lasten ja nuorten kanssa (Oude Luttikhuis ym. 2009, 16). Perhelähtöinen ylipainon hoito voidaan määritellä Prattin ja Skeltonin (2018) mukaan vanhempien ja lasten mukaan ottamisena käyttäytymisinterventioihin, jotka kohdistuvat vanhempien ja lasten ruokavalion ja fyysisen toiminnan muutokseen. Tämän näkemyksen mukaisessa tarkastelussa ulkopuolelle jää kuitenkin muut perheenjäsenet, perheen säännöt ja rutiinit sekä perhedynamiikka. (Pratt & Skelton 2018, 620.)

Tutkimusten mukaan käyttäytymiseen liittyvät lähestymistavat elintapaohjauksessa saavat aikaan parhaiten painon pudotusta sekä käyttäytymisen muutoksia (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023; Pratt & Skelton 2018, 620), esimerkkinä tästä lähestymistavasta on perhepohjainen käyttäytymisterapia (family-based behavioral therapy, FBBT) (Pratt & Skelton 2018, 620). Perhepohjaista käyttäytymisterapiaa käyttävät interventiot kohdistuvat lasten ja nuorten sekä vanhempien painoon liittyviin taitoihin ja käyttäytymiseen. Interventioissa opitaan muun muassa oman toiminnan seuranta, tavoitteiden asettamista, palkitsemista, ongelmanratkaisua sekä repsahdusten ehkäisemistä. Perhepohjaiseen käyttäytymisterapiaan perustuvat interventiot edistävät hyvin muutosta vanhemman ja/tai lapsen käyttäytymisessä, mutta muun perheen toiminta pysyy samana muuttamatta perheen rutiineja, sääntöjä ja perheen dynamiikkaa. Sen sijaan perhejärjestelmäteoriaan (Family Systems Theory, FST) pohjautuvat interventiot edistävät muutosta, jossa perhe kokonaisuudessaan luo uusia rutiineja ja muuttaa vuorovaikutustaan perheen sisällä. (Pratt & Skelton 2018, 620–621.)

Perhelähtöiset interventiot, jotka perustuvat perhejärjestelmäteoriaan (FST), kohdistuvat perhedynamiikan vaikutukseen perheen käyttäytymisessä tapahtuvien muutosten kautta. Perhejärjestelmäteoriaan pohjautuvat interventiot laajentavat hoitosuunnitelmaa yksilöllisen käyttäytymisen lisäksi perhedynamiikkaan ja perheenjäsenten välisiin suhteisiin. Muutos tapahtuu perhetasolla, joka vaikuttaa perheen yleiseen toimintaan ja pitkäaikaiseen yksilölliseen käyttäytymisen muutokseen. (Pratt & Skelton 2018, 620–621.) Perhejärjestelmäteorian käsitykseen muutoksesta sopii

myös sosiaalisen oppimisen teoria, joka perustuu olettamukseen, että vanhempien käyttäytymisen muutos johtaa muutokseen myös lapsen käyttäytymisessä (Davis ym. 2007, 236).

Rabbitin ja Coynen (2012) tutkimuksen mukaan elintapamuutoksia tapahtuu vain, jos perheet ovat motivoituneita ja halukkaita muutokseen. Heidän mukaansa ylipainoiset kouluikäiset lapset hyötyivät ekologisesta lähestymistavasta, jossa huomioidaan lapsen koti, rutiinit sekä perheympäristö pitkäjänteiseen elämäntapamuutokseen tukemisessa. (Rabbit & Coyne 2012, 672.) Vanhemmille suunnatuilla lasten ylipainon hoidolla parannetaan vanhempien taitoja ja luottamusta lasten ruokavalio- ja toimintamallien hallintaan sekä terveellisten elämäntapojen edistämiseen heidän perheessään (West ym. 2010, 1170). Pratt ja Skelton (2018, 620) toteavat, että perhejärjestelmäteorian käyttökelpoisuutta ei ole laajasti käsitelty tai sovellettu kouluikäisten lasten ja nuorten ylipainon hoidossa.

2.2.7 Ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöiset interventiot

Luttikhuis ja muut (2009) kuvaavat systemaattisessa tutkimuksessaan lasten ja nuorten ylipainon ehkäisemiseen ja painonhallintaan käytettyjä interventioita. Interventiot voivat toteutua joko koko perheelle tai pelkästään vanhempiin kohdistuvana. Heidän tutkimuksessaan tunnistettiin kolmen tyyppisiä elämäntapainterventioita, joita olivat ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvät interventiot. Interventioissa perheiden käyttäytymiseen muutokseen vaikutetaan uusien ajatusmallien ja toimintatapojen avulla, erityisesti suhteessa syömiseen, liikuntaan, perheen ruokailutottumuksiin sekä ympäristöön. (Oude Luttikhuis ym. 2009, 9–11.) Interventiot voivat tapahtua yksilö- tai ryhmäinterventioina (Oude Luttikhuis ym. 2009, 11) tai niiden yhdistelminä (Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset): Käypä hoito -suositus 2023). Tyypillisesti ylipainoisille kouluikäisille ja heidän perheilleen suunnattuihin interventioihin osallistuu usean erikoisalan moniammatillinen tiimi, joissa on lääkäreitä, fysioterapeutteja, ravitsemusterapeutteja, psykologeja sekä sosiaalityöntekijöitä (Kaufman ym. 2020, 3).

Dalla Vallen ja Jääskeläisen (2016) mukaan parhaimpia tuloksia elintapaohjauksessa saavutetaan, kun huomioidaan ravitsemuksen ja liikunnan ohjaus, hoito on riittävän pitkäkestoista ja ohjauksessa huomioidaan perhe kokonaisvaltaisesti. Koko perheen motivoituminen elintapamuutokseen on tärkeää. (Dalla Valle & Jääskeläinen 2016, 2419.) Interventiotavan valinnassa tulee huomioida

myös muun muassa lapsen ikä ja ylipainon alkutaso (Oude Luttikhuis ym. 2009, 3). Oude Luttikhuisin ja muiden (2009) tutkimuksen mukaan lasten ja nuorten ylipainon hoidossa parhaimpina vaihtoehtoina pidetään sellaisia perhelähtöisiä elämäntapainterventioita, joihin sisältyy ruokavalion, fyysisen aktiivisuuden sekä käyttäytymisen muutosstrategioita (Oude Luttikhuis ym. 2009, 17).

Oude Luttikhuis ja muut (2009, 16) suosittelevat interventioiden kohdistamista perhetasolle, jolloin vähintään yksi vanhempi on mukana interventiossa. Kelleherin ja muiden (2017, 184) mukaan perhelähtöisten interventioiden onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi perheen sitoutuminen. Tutkimuksissa perheeltä saatu tuki on noussut osallistumista edistäväksi, mutta myös estäväksi tekijäksi. Muut perheenjäsenet vastustavat usein vanhempien osallistumista ylipainoisen lapsen kanssa interventioon. Tutkimuksissa kuvataan myös perheenjäsenten vastustusta elämäntapamuutokseen. (Kelleher ym. 2017, 184; Schmied ym. 2018, 908.) Rabbitin ja Coynen (2012, 672) mukaan kouluikäisille ja heidän perheilleen suunnatussa elintapaohjauksessa tulee aina huomioida koko perhe, koska kouluikäisten lasten ja nuorten on haastavaa muuttaa terveystottumuksiaan, jos perhe ei tue muutosta.

Lukuisissa tutkimuksissa on pyritty tunnistamaan elintapamuutokseen vaikuttavia tekijöitä (Brown, Dolisca & Cheng 2015; Kelleher ym. 2017; Oude Luttikhuis 2009; Rabbit & Coyne 2012; Rhee ym. 2014; Väisänen ym. 2013). Edistävät ja estävät tekijät voivat näyttäytyä yksilöllisellä, sosiaalisella tai ympäristön tasolla tai niiden yhdistelmänä. Terveyskäyttäytymistä estäviä yksilöllisiä tekijöitä voivat olla muun muassa tiedon puute, perheen taloudellinen tilanne, motivaation puute, alhainen havaittu hyöty, tietoisuuden puute, yksilön terveystottumukset sekä koettu stressi. Sosiaalisina estävinä tekijöinä mainitaan kulttuuriset normit, loma-ajat, uskonnolliset käytännöt, perheen kokoonpano, sosiaalinen eristäminen, ruokailuympäristö sekä sosiaalisen tuen puute terveelle käyttäytymismuutokselle. Ympäristöön liittyviä esteitä voivat olla ruoan saatavuus, ruoan laatuun liittyvät tekijät, supermarkettien puute sekä sopivien liikuntamahdollisuuksien puute. (Thomson & Johnston 2018, 136–137.)

Kelleher ja muut (2017) ovat systemaattisessa katsauksessaan tutkineet yhteisöllisiin elämäntapainterventioihin osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä ylipainoisten tai lihaviin lasten perheiden keskuudessa. Heidän mukaansa vanhempien osallistuminen interventioon johtui suurelta osin huolesta lapsen psyykkisestä terveydestä ja hyvinvoinnista. Lapset puolestaan lähtivät mukaan in-

terventioon ilman todellista syytä tai kiinnostusta osallistua. Interventioiden aikaiset lasten positiiviset kokemukset, kuten hauskan pito ja ystävien saaminen, lisäsi lasten halua jatkaa interventiossa. (Kelleher ym. 2017, 183.)

Väisänen ja muut (2013) kuvaavat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa vanhempien motivoitumista edistäviä ja estäviä tekijöitä ylipainoisen ja lihavan lapsen elintapojen muutokseen. Tutkijoiden mukaan vanhempien sitoutumista elintapojen muutoksen edisti elintapaohjaus, jossa ilmaistiin selkeästi ylipainoon liittyvät terveysriskit. Lisäksi positiivinen palaute, muilta perheiltä saatu positiivinen palaute sekä elintapamuutosten ja laihtumisen tuomat hyödyt olivat vanhempia motivoivia tekijöitä. Edistävinä tekijöinä kuvattiin myös lapsen itsetunnon ja elämänlaadun paraneminen. Estävinä tekijöinä mainittiin vanhempien oma ylipaino. Motivaatiota heikentäviä tekijöitä olivat myös elintapaohjauksen harvat tapaamiskerrat sekä puutteellinen ohjaus. (Väisänen ym. 2013, 141–142.)

Oude Luttikhuisin ja muiden (2009, 14, 16) tekemässä tutkimuksessa interventioihin osallistumisen esteinä mainittiin perheongelmat, motivaation puute, kiinnostuksen loppuminen sekä logistiikkaan liittyvät syyt. Interventioon osallistumista estäviä tekijöitä tutkimusten mukaan olivat ylipainoon liittyvä leimautuminen sekä ylipainon kieltäminen vanhempien keskuudessa (Kelleher ym. 2017, 183; Rabbit & Coyne 2012, 675). Kelleherin ja muut (2017, 192) havaitsivat tutkimuksessaan, että lapsensa ylipainon tunnistaminen ja kieltäminen olivat esteenä vanhempien osallistumiselle ylipainoisten lasten perheille suunnattuihin painonhallintaohjelmiin. Rheen ja muiden (2014) tutkimuksessa yli 30 prosenttia vanhemmista koki lapsensa terveyden erinomaiseksi tai erittäin hyväksi ja 28 prosenttia vanhemmista ei ymmärtänyt lapsensa painon olevan terveysongelma (Rhee ym. 2014, 1605). Vanhempien väärinkäsitys lapsen painosta on hyvin yleistä (Kelleher ym. 2017, 192).

Brownin ja muiden (2015) tutkimuksessa onnistuneen elämäntapamuutoksen esteenä perheet mainitsivat riittämättömät resurssit, haastavan sosiaalisen ympäristön, negatiiviset tunnetilat sekä ylipainon kieltämisen. Onnistuneen elämänmuutoksen avaintekijänä korostettiin tuen saamista terveydenhuollon ammattilaisilta sekä vertaisilta. Myös teknologian käyttö elintapaohjauksen tukena koettiin tärkeänä. (Brown ym. 2015, 643.) Myös Johnsin ja Brimblen (2022, 31–32) tutkimuksessa onnistuneen elämäntapamuutoksen esteinä mainittiin ajan puute, riittämättömät resurssit sekä vanhempien tuen ja motivaation puute.

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ylipainoisten kouluikäisten elintapaohjaukseen vaikuttavia tekijöitä perheiden näkökulmasta. Tavoitteena on edistää näyttöön perustuvien perhelähtöisten elintapaohjausmenetelmien käyttöönottoa kouluterveydenhuollossa. Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöisen elintapaohjauksen kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia perhelähtöisiä inventioita on käytetty ylipainoisten kouluikäisten elintapaohjauksessa?
2. Millaiset tekijät vaikuttavat ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöisen elintapaohjauksen toteutumiseen?

4 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

4.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus antaa systemaattista katsausta laajemman kuvan tutkittavaa aihetta koskevasta kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa voidaan yhdistellä kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta sekä teoreettista ja empiiristä tietoa. Integratiivista kirjallisuuskatsausta pidetäänkin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laajimpana muotona. Integratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä laajat tutkimuskysymykset sekä monipuolinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 107–108.)

Opinnäytetyön aiheena oli ylipainoisten kouluikäisten elintapaohjaus perhelähtöisin menetelmin. Tutkimusaihe ja -kysymykset olivat varsin laajat. Kirjallisuuskatsauksen avulla muodostettiin kokonaiskuva tutkittavasta aihealueesta. Integratiivinen kirjallisuuskatsaus sopi hyvin menetelmänä tutkittavan aiheen tarkasteluun, koska lasten ja nuorten ylipainon ennaltaehkäisystä on tehty paljon suomalaista ja ulkomaista tutkimusta. Integratiivista kirjallisuuskatsausta pidetäänkin hyvänä menetelmänä uuden tiedon tuottamiseen jo aiemmin tutkitusta aiheesta (Suhonen, Axelin & Stolt

2016, 7–8, 13; Whittemore & Knafl 2005, 546). Myös perhelähtöisyyden näkökulman tarkasteluun integratiivinen kirjallisuuskatsaus sopi aiheen sensitiivisyyden ja herkkyiden vuoksi.

Integratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä prosessimaisuus (Suhonen ym. 2016, 13; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 110). Integratiivinen kirjallisuuskatsaus sisältää viisi vaihetta, joita ovat 1) tutkimusongelman nimeäminen, 2) aineiston keruu, 3) aineiston laadun arviointi, 4) aineiston analysointi ja 5) tulkinta ja tulosten esittäminen (Suhonen ym. 2016, 13; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 110; Whittemore & Knafl 2005, 549). Opinnäytetyössä noudatettiin integratiiviselle kirjallisuuskatsaukselle määritettyjä vaiheita.

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu perustuu etukäteen tehtyyn suunnitelmaan. Tavoitteena on saada kaikkia mahdollisia keinoja käyttäen alkuperäisaineisto haltuun. Aineistonkeruuta varten valitaan tietokannat sekä asiasanat ja niiden yhdistelmät haun toteuttamiseksi. Usein tehdään lisäksi vielä lähdeluetteloiden manuaalinen tarkistus. Valittavien tutkimusten soveltuvuus arvioidaan tutkimustehtävän ja etukäteen määriteltyjen sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 111.)

Katsauksen kirjallisuutta haettiin systemaattisesti keskeisistä sähköisistä tietokannoista, joita olivat CINAHL, Pubmed, Medline ja Medic. Tietokannoissa hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja: obesity OR overweight AND child OR adolescent OR parent AND prevention OR intervention OR guidance OR counselling AND "family nursing" OR "family centered" OR "family based". Haku rajattiin vuosille 2010–2020, koska lasten ja nuorten ylipaino ja siihen liittyvät ongelmat ovat lisääntyneet erityisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kielirajauksena oli englannin ja suomen kieli.

Tietokantahaun lisäksi tehtiin manuaalinen haku ja käytiin läpi valittujen artikkelien lähdeluettelot. Hakusanoina käytettiin tutkimuksen kohteena olevaan aiheeseen liittyviä asiasanoja sekä vapaata sanahakua. Manuaalisessa haussa ei löytynyt yhtään alkuperäistutkimusta lisää. Hakusanojen ja hakustrategian määrittelyssä hyödynnettiin Jamkin informaation tukea. Katsauksen kirjallisuuden valinta perustui ennalta asetettuihin sisäänotto- ja poissulkukriteereihin, jotka määriteltiin ennen aineiston hakua. Kriteerit on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

| Sisäänottokriteerit: | Poissulkukriteerit: |
|---|--|
| Tutkimuksen kohteena on lasten ylipaino tai lihavuus, perhelähtöisyys ja elintapaohjaus | Tutkimus ei käsittele lasten ylipainoa tai lihavuutta, perhelähtöisyyttä ja elintapaohjausta |
| Tutkimuksen kohderyhmässä on 6–16-vuotiaita lapsia ja nuoria | Tutkimuksen kohteena olevat lapset ja nuoret eivät ole 6–16-vuotiaita |
| Aineisto on saatavilla kokotekstinä | Aineisto ei ole saatavilla kokotekstinä |
| Aineistona on tutkimus, tutkimusartikkeli tai väitöskirja | Aineisto on muu kuin tutkimus, tutkimusartikkeli tai väitöskirja |
| Julkaisukieli on suomi tai englanti | Julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti |
| Julkaisuvuosi 2010–2020 | Julkaisuvuosi muu kuin 2010–2020 |

Määritellyillä hakusanoilla tietokantahauulla löytyi 1893 tulosta. Sisäänottokriteerien mukaanoton jälkeen hakutuloksia oli 896. Kaksoiskappaleiden poistamisen jälkeen jäljellä oli 502 artikkelia. 194 artikkelia poistettiin otsikon perusteella. Tiivistelmien läpikäymisen jälkeen aineistossa oli 157 artikkelia. Koko tekstien läpikäynnin jälkeen kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui 11 artikkelista. Laadun arvioinnin jälkeen kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan 11 artikkelia. Aineiston valintaprosessi ja sen vaiheet on kuvattu yksityiskohtaisemmin liitteessä 1.

4.3 Aineiston laadun arviointi

Integratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu aineiston laadun arviointi (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 112), koska se lisää tutkimuksen luotettavuutta (Lemetti & Ylönen 2016, 67). Katsaukseen valittu aineisto kuvataan ja sen laatu arvioidaan. Mahdollisuuksien mukaan käytetään erilaisia arviointikriteerejä ja tarkistuslistoja. Olennaista on raportoida miten ja millaisia lähteitä katsauksissa on käytetty. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 112.) Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laadun arviointi tehtiin Joanna Briggs Instituutin arviointikriteeristön mukaisesti (Lockwood, Munn & Porritt 2015). Katsaukseen valitut tutkimukset (n = 11) olivat laadullisia tutkimuksia, joten laadun arvioinnissa käytettiin laadulliseen tutkimukseen arviointiin soveltuvaa menetelmää, Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (Lockwood ym. 2015).

Perustelut tutkimuksen mukaan ottamiselle katsaukseen pitää olla selkeästi kirjattu ja päätökset pisteytyssystemistä ja sisäänottorajoista tulee olla sovittu ennen laadun arvioinnin aloittamista (Danielsson-Ojala 2016, 126). Tässä opinnäytetyössä laadun arvioinnin pisteytyksen ja sisäänottorajat muodosti katsauksen tekijä yksin. Käytetyssä laadun arvioinnin menetelmässä oli 10 kysymystä. Jokainen kysymys määriteltiin yhden pisteen arvoiseksi, joten laadun arvioinnin enimmäispistemäärä oli 10 pistettä. Kriteerien toteutumista arvioitiin asteikolla kyllä, ei, epäselvä tai ei sovellettavissa (Lockwood ym. 2015). Sisäänottorajaksi määriteltiin kuusi pistettä. Katsaukseen valittujen artikkelien laadun arviointi löytyy liitteestä 2.

4.4 Aineiston analysointi

Tutkimusartikkelit analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108–110). Tutkimuksista taulukoitiin tekijät, julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus, aineisto, aineiston keuruu ja analyysi, keskeiset tulokset ja laadun arviointi. Koonti tutkimusartikkeleista edellä mainituin tiedoin löytyy liitteestä 2.

Sisällönanalyysiä on käytetty paljon hoitotieteellisissä tutkimuksissa aineiston analyysimenetelmänä (Elo & Kyngäs 2008, 107; Graneheim & Lundman 2004, 105; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Erityisesti laadullisissa tutkimuksissa sisällönanalyysi on käytetyin analyysimenetelmä (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 215). Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti (Elo ym. 2022, 215; Elo & Kyngäs 2008, 109; Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Tässä kirjallisuuskatsauksessa päädyttiin aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin ja analyysissä edettiin aineiston ehdoilla. Aineistosta haluttiin nostaa esille keskeiset asiat ilman, että teorian tieto vaikuttaa aineistosta nouseviin teemoihin. Aineistolähtöisen sisällönanalyysiin kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ala- ja yläluokkiin sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Elo & Kyngäs 2008, 109–111; Graneheim & Lundman 2004, 107; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Tutkimuskysymykset ohjaavat aineiston analyysia, ja niitä tarkastellaan suhteessa sisällönanalyysiin (Elo ym. 2022, 217; Mikkonen & Kääriäinen 2020; 108). Ennen analyysin aloittamista on päätettävä analyysiyksikkö, joka voi olla ajatuskokonaisuus, lause tai yksittäinen sana. Usein analyysiyksikkönä käytetään lausetta tai ajatuskokonaisuutta. (Elo ym. 2022, 219; Graneheim & Lundman

2004, 106.) Katsaukseen valittujen tutkimusartikkelien analyysi aloitettiin tarkastelemalla niitä yksitellen huomioiden opinnäytetyön tutkimuskysymykset. Analyysiyksikkönä käytettiin lauseen osaa tai ajatuskokonaisuutta. Aineistosta analysoitiin kaikki ne analyysiyksikön mukaiset ilmaiset, jotka vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Esimerkki analyysiyksiköiden pelkistämisestä on esitelty taulukossa 4.

Taulukko 4. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty ilmaus |
|--|--|
| The language chosen by clinicians to discuss weight had the potential to be viewed as offensive by many parents. (Farnesi ym. 2012) | Puhetapa painosta keskustelemisessa koetaan loukkaavana. |
| Clinicians' selection of language and attitudes were two major factors influencing this relationship. (Farnesi ym. 2012) | Puhetapa ja asenteet vaikuttavat yhteistyösuhteeseen. |
| The health personnel responsible for recruiting families to the pilot study underlined the importance of addressing childhood overweight in a sensitive and respectful manner. (Stea ym. 2016) | lapsen ylipainon herkkä ja kunnioittava puheeksi ottaminen |
| This included the use of the terms fat and obese to describe weight status and health risk. Alternatives to these terms were offered by several parents. (Farnesi ym. 2012) | Vältetään sanaa lihava. |
| | Vältetään sanaa ylipainoinen. |
| Conversations about weight status can be difficult for both public health nurses and parents. (Stea ym. 2016) | Ylipainoon liittyvä keskustelu on vaikeaa terveydenhoitajalle ja vanhemmille. |
| As a result of parents' denial and resistance towards discussing weight issues related to their child, public health nurses were expressing needs to improve their own interpersonal communication skills. (Stea ym. 2016) | vanhempien kieltäytyminen lapsen painosta keskustelemiseen |
| The public health nurses reported that many parents do not realize that their child is overweight or obese. (Stea ym. 2016) | Terveydenhoitajien mukaan monet vanhemmat eivät ymmärrä, että heidän lapsensa on ylipainoinen tai lihava |
| The parents wanted to use this first meeting to discuss the risk of their child being stigmatized by entering the program and elaborate their own weight and dieting experiences before identifying predictors and factors associated with the children's overweight and/or obesity. (Stea ym. 2016) | Perheet haluavat keskustella leimaantumisen riskistä interventioon osallistumisesta |
| | Perheet haluavat esittää omia paino- ja laihdutuskokemuksiaan |

Pelkistettyjä ilmauksia vertailtiin keskenään ja etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia muodostaen alaluokkia. Alaluokat ryhmiteltiin samansisältöisiksi ja muodostettiin niiden sisältöä kuvaavat yläluokat. Ryhmittelyä jatkettiin muodostamalla sisältöä kuvaavat yläluokat ja pääluokat. Analyysin tuloksena syntyy tiivis lopputulos, joka voidaan havainnollistaa taulukolla tai kuviolla (Elo & Kyngäs 2008, 111; Elo ym. 2022, 221). Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelystä alaluokkiin, yläluokkaan ja pääluokkaan on esitelty taulukossa 5.

Taulukko 5. Esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä alaluokkiin, yläluokkaan ja pääluokkaan

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Puhetapa painosta keskustelemisessä koetaan loukkaavana. | herkkä ja kunnioittava painon puheeksi ottaminen | Ylipainon puheeksi ottaminen | Perheiden ja ammattilaisten välinen vuorovaikutus |
| Puhetapa ja asenteet vaikuttavat yhteistyösuhteeseen. | | | |
| lapsen ylipainon herkkä ja kunnioittava puheeksi ottaminen | | | |
| Vältetään sanaa lihava. | | | |
| Vältetään sanaa ylipainoinen. | | | |
| Ylipainoon liittyvä keskustelu on vaikeaa terveydenhoitajalle ja vanhemmille. | vaikeus ottaa puheeksi lapsen ylipaino vanhempien kanssa | | |
| vanhempien kieltäytyminen lapsen painosta keskustelemiseen | | | |
| Terveydenhoitajien mukaan monet vanhemmat eivät ymmärrä, että heidän lapsensa on ylipainoinen tai lihava. | tehdään vanhemmat tietoisiksi lapsen ylipainosta | | |
| Perheet haluavat keskustella leimaantumisen riskistä interventioon osallistumisesta. | vanhempien halu keskustella omista kokemuksistaan | | |
| Perheet haluavat esittää omia paino- ja laihdutuskokemuksiaan. | | | |

5 Tulokset

Tämä integratiivinen kirjallisuuskatsaus perustuu yhteentoista artikkeliin, joissa kuvattiin ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöisiä interventioita. Artikkelien julkaisuajankohta rajattiin vuosille 2010–2020. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit on julkaistu 2011–2020, mikä osoittaa aiheen merkityksen pitkällä aikavälillä.

Analysoidut artikkelit olivat kansainvälisiä. Iso-Britanniassa julkaistuja tutkimuksia valikoitui mukaan eniten (n=3). Muut artikkelit oli julkaistu Kanadassa (n=2), USA:ssa (n= 1), Australiassa (n=1), Uudessa-Seelannissa (n=1), Alankomaissa (n=1), Tanskassa (n=1) sekä Norjassa (n=1). Analyysissa mukana olevia artikkeleita oli yhteensä 11.

5.1 Ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöinen elintapaohjaus

Tutkimuksissa korostettiin interventioiden perhelähtöisyyttä (Farnesi ym. 2012; van Hoek ym. 2017; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016). **Perhelähtöisyys** kuvattiin tutkimuksissa lapsen ikätason ja kehitystason huomioimisena, yksilöllisyyden huomioimisena sekä perheen tilanteen kokonaisvaltaisena huomioimisena. Perhelähtöisyyden edistämiseksi interventiot pyrittiin räätälöimään lapsen iän ja perhetilanteen mukaan.

Interventioiden taustateorioina mainittiin itsemääräämisteoria (Howie ym. 2016; Stea ym. 2016), sosiaalkognitiivinen teoria (Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016), tavoitteiden asettamisen teoria (Howie ym. 2016; Stea ym. 2016), terveysuskomusmalli (Stea ym. 2016), transteoreettinen muutosvaihemalli (Stea ym. 2016), varokeinon omaksumismalli (Stea ym. 2016), itsesäätelyteoria (Stea ym. 2016) ja suunnitellun käyttäytymisen teoria (Stea ym. 2016). Lähestymistapoina kuvattiin myös positiivinen, voimaantumiseen perustuva lähestymistapa (Hoeeg ym. 2017). Seitsemässä tutkimuksessa ei mainittu olleenkaan intervention taustalla olevaa teoriaa (Farnesi ym. 2012; van Hoek ym. 2017; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013; Staniford ym. 2011; Wild ym. 2020).

Tutkimuksessa esitetyt interventiot oli suunnattu pääasiassa ylipainoisille kouluikäisille lapsille ja nuorille sekä heidän vanhemmilleen (Hoeeg ym. 2017; van Hoek 2017; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013; Staniford ym. 2011; Stea ym. 2016; Wild ym. 2020). Interventioihin osal-

listuneet kouluikäiset lapset ja nuoret olivat iältään 6–14-vuotiaita. Kolme interventiota oli toteutettu vain ylipainoisten kouluikäisten lasten ja nuorten vanhemmille (Farnesi ym. 2012; Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019). Ainoastaan kahdessa tutkimuksessa mainittiin sisarusten osallistumisesta interventioon. Jinksin ja muiden (2013) tutkimuksessa kerrottiin, että sisarukset olivat voineet osallistua interventioon, puolestaan Hoeeg ja muut (2017) toteavat, että sisarukset eivät osallistuneet interventioon.

Interventioiden kesto oli kahdeksasta viikosta kahteen vuoteen. Kolme interventiota oli kestoaltaan kahdesta kuukaudesta kolmeen kuukautta (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019). Kuuden kuukauden kesto oli myös kolmessa interventiossa (Jinks ym. 2013; Sallinen ym. 2013; Wild ym. 2020). Vuoden kestäviä interventioita toteutettiin Alankomaissa (van Hoek ym. 2017), Norjassa (Stea ym. 2016) sekä Uudessa-Seelannissa (Wild ym. 2020). Ainoa kahden vuoden mittainen interventio toteutettiin Tanskassa (Hoeeg ym. 2017). Kahdessa tutkimuksessa ei mainittu intervention kestoa (Farnesi ym. 2012; Staniford ym. 2011). Lisäseuranta intervention päättymisen jälkeen oli mahdollista kahdessa interventiossa (Howie ym. 2017; Wild ym. 2020).

Interventioiden tapaamisten tiheys vaihteli kaksi kertaa viikossa tapahtuvista tapaamisista (Howie ym. 2017) tapaamisiin kuuden-kahdeksan viikon välein (Jinks ym. 2013). Useimmiten tapaamiset olivat kerran viikossa (Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013; Wild ym. 2020). Tapaamisten kesto oli pääosin kaksi tuntia (Howie ym. 2017; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013). Reillyn ja muiden (2019) sekä van Hoekin ja muiden (2017) tutkimusten interventioissa tapaamisten kesto oli puolitoista tuntia. Wildin ja muiden (2020) interventiossa tapaamisten kesto oli tunti.

Interventiossa käsiteltyjä teemoja olivat ravitseminen ja terveellinen ruokavalio (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016; Wild ym. 2020), fyysinen aktiivisuus (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016; Wild ym. 2020), uni (van Hoek ym. 2017; Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016), ruutuaika (Stea ym. 2016), istumiskäyttäytyminen (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016), mielenterveys (Reilly ym. 2019), itsetunto (Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016; Wild ym. 2020), käyttäytymisen muutostekniikat (van Hoek ym. 2017; Sallinen ym. 2013; Wild ym. 2020), tavoitteiden asettaminen (Howie ym. 2016; Sallinen ym. 2013), lapsen kasvu ja kehitys (Reilly ym. 2019), vanhemmuuden tukeminen (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Jinks ym. 2013; Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016) sekä roolimallit ja

vastuut (Jinks ym. 2013). Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa kuvatus intervention tapaamisissa ei keskitytty painoon.

Tutkimusten interventioissa hyödynnettiin **yksilö- ja ryhmäohjauksen menetelmiä**. Vanhemmille ja lapsille järjestettiin yksilötapaamisia (van Hoek ym. 2017; Sallinen ym. 2013). Vanhemmat saivat henkilökohtaista neuvontaa, apua ja tukea (Hoeeg ym. 2017; Sallinen ym. 2013). Myös perheet saivat yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta perhetapaamisissa (Jinks ym. 2013; Stea ym. 2016). Kuudessa interventiossa toteutustapa perustui ryhmätoimintaan (Farnesi ym. 2012; van Hoek ym. 2017; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016). Vanhemmille ja lapsille järjestettiin liikunta- ja ravitsemusryhmiä (van Hoek ym. 2017; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016). Lisäksi Sallisen ja muiden (2013) interventiossa vanhemmat osallistuivat vanhemmille suunnattuun käyttäytymisryhmään. Suurimmaksi osaksi lapset ja vanhemmat olivat ryhmissään erikseen. Yksilö- ja ryhmätapaamisten lisäksi interventioissa toteutettiin työpajatyöskentelyä (Lucas ym. 2014; Stea ym. 2016).

Interventiot sisälsivät ryhmädynamiikkaan perustuvia menetelmiä (Reilly ym. 2019), käyttäytymisen muutostekniikoita (van Hoek ym. 2017; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016), vanhemmuuden tekniikoita (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Sallinen ym. 2013), koulutustilaisuuksia vanhemmille (Reilly ym. 2019), kotitehtäviä (Hoeeg ym. 2017), materiaalia kotiin vietäväksi (Stea ym. 2016) sekä tietoa erilaisista teemoista (Hoeeg ym. 2017; Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016; Wild ym. 2020).

Neljässä tutkimuksessa kuvattiin **teknologisten menetelmien käyttöä** interventiossa. Käytettyjä menetelmiä olivat verkkopohjainen oppimismoduuli, tekstiviestit, lokien pitäminen sekä videoiden ja kuvien käyttö ohjauksessa. (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Howie ym. 2016; Sallinen ym. 2013.) Viesteissä oli positiivinen sävy ja ne sisälsivät tukea käyttäytymiseen muutokseen (Howie ym. 2016). Interventioissa käytettiin myös motivoivaa haastattelua neuvontatekniikkana (Hoeeg ym. 2017; Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016). Ohjaajat kuvattiin koulutettuina ja osaavina (Hoeeg ym. 2017; Stea ym. 2016).

Vanhemmat saivat interventioissa tietoa muun muassa terveellisistä elämäntavoista (Hoeeg ym. 2017; Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016; Wild ym. 2020), terveellisten elämäntapojen toteuttamisesta ja muutoksen ylläpitämisestä (Jinks ym. 2013; Sallinen ym.

2013; Wild ym. 2020), tavoitteiden asettamisesta (Wild ym. 2020), ongelmanratkaisusta (Sallinen ym. 2013), tulevaisuuden suunnittelusta (Sallinen ym. 2013), itsetunnosta (Sallinen ym. 2013; Wild ym. 2020), tunnesyömisestä (Jinks ym. 2013; Wild ym. 2020) sekä vanhemmuuteen liittyen rooleista ja vastuusta (Jinks ym. 2013). Lapset saivat tietoa itsetunnosta ja ongelmanratkaisusta (Sallinen ym. 2013).

Kolmessa tutkimuksessa todettiin, että interventioon osallistuminen oli perheille ilmaista (Hoeeg ym. 2017; Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013), lisäksi intervention aikana tarjottiin ilmaista ohjelmaa perheen toisille lapsille (Reilly ym. 2019) sekä kuuden kuukauden ilmaista jäsenyyttä kuntosalille (Sallinen ym. 2013). Lähetä interventioon saatiin terveydenhuollosta lääkäriltä (van Hoek ym. 2017; Jinks ym. 2013).

Ylipainoisten kouluikäisten **perhelähtöisten interventioissa tavoitteiksi** oli määritelty lihavuuden hoidon tarjoaminen (Jinks ym. 2013), ylipainoisten lasten ja nuorten terveyden parantaminen (Howie ym. 2017; Stea ym. 2016), tiedon lisääminen ravitsemuksesta ja liikunnasta (van Hoek ym. 2017), terveellisten elämäntapojen omaksuminen (Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016), käyttäytymisen muutoksen edistäminen ja ylläpitäminen (van Hoek ym. 2017; Howie ym. 2017; Sallinen ym. 2013), tavoitteen asettaminen käyttäytymisen muutoksessa (van Hoek ym. 2017), repsahdusten ehkäiseminen (van Hoek ym. 2017), motivaation lisääminen käyttäytymisen muutoksessa (Howie ym. 2017), perheiden ja vanhempien tukeminen muutoksessa (Howie ym. 2016; Stea ym. 2016), vanhemmuuden taitojen vahvistaminen (van Hoek ym. 2017), perheen sitoutumisen edistäminen (Stea ym. 2016) sekä vanhempien ja lasten välisen vuorovaikutuksen vahvistaminen (Stea ym. 2016). Van Hoek ja muut (2017) korostivat tavoitteiden asettamisessa perheen kokonaistilanteen ja lapsen iän huomioimista. Ruokavaliomuutosten ja painotavoitteiden asettaminen tulisi tehdä ikäkohtaisesti (van Hoek ym. 2017).

Moniammatillisuus tuli vahvasti esille interventioissa. Moniammatilliset tiimit kokoontuivat hyvin erilaisilla kokoonpanoilla. Tutkimuksissa mainittiin, että moniammatillisiin tiimeihin oli osallistunut muun muassa lastenlääkäri (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Sallinen ym. 2013; Staniford ym. 2011), lasten endokrinologi (Staniford ym. 2011), psykologi (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Jinks ym. 2013; Sallinen ym. 2013; Wild ym. 2020), ravitsemusterapeutti (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Jinks ym. 2013; Sallinen ym. 2013; Staniford ym. 2011), fysioterapeutti (van Hoek ym. 2017), liikuntaneuvoja (Jinks ym. 2013; Staniford ym. 2011), liikuntafysiologi (Sallinen

ym. 2013), terveydenhoitaja (Staniford ym. 2011; Stea ym. 2016), sairaanhoitaja (Hoeeg ym. 2017) sekä sosiaalityöntekijä (Sallinen ym. 2013). Lisäksi interventiossa mukana oli ollut vanhemmuuden asiantuntijoita (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017).

5.2 Perhelähtöisen elintapaohjauksen toteutuminen

Tutkimustuloksina kuvatut perhelähtöisen elintapaohjauksen toteutumiseen vaikuttavat tekijät muodostuivat interventioon osallistumista edistävästä ja estävästä tekijöistä, intervention toteuttamiseen liittyvästä tekijöistä, perheen rooleista ja vastuusta, sosiaalisesta tuesta, perheiden ja ammattilaisten välisestä vuorovaikutuksesta, elämäntapamuutosta edistävästä ja estävästä tekijöistä sekä intervention hyödyistä perheille.

5.2.1 Interventioon osallistumista edistävät tekijät

Perheiden ensisijainen syy interventioon osallistumisessa oli huoli lapsestaan sekä lapsensa ja perheensä terveydestä. Vanhemmat olivat huolissaan lapsensa terveydestä (van Hoek ym. 2017; Lucas ym. 2014; Wild ym. 2020) ja erityisesti lapsensa psyykkisestä hyvinvoinnista (van Hoek ym. 2017; Wild ym. 2020). Vanhemmilla oli myös huolta lapsen ylipainosta (van Hoek ym. 2017; Lucas ym. 2014) ja lapsen somaattisista sairauksista (van Hoek ym. 2017). Vanhemmat toivoivat, että heidän lapsensa voisi olla fyysisesti yhtä aktiivinen kuin toiset lapset (van Hoek ym. 2017). Lisäksi vanhemmat mainitsivat interventioon osallistumisen syinä huolen lapsen psykososiaalisista sairauksista (van Hoek ym. 2017; Wild ym. 2020), lapsen käyttäytymisen seurauksista (van Hoek ym. 2017; Wild ym. 2020) sekä lapsen kiusaamisesta (van Hoek ym. 2017; Lucas ym. 2014). Myös lapset ja nuoret mainitsivat sosiaalisen eristäytymisen kokemisen ja kiusaamisen merkittävinä syinä osallistumiselle (Lucas ym. 2014).

Myös huoli perheen terveydestä mainittiin interventioon osallistumisen syyksi Wildin ja muiden (2020) tutkimuksessa. Perheen tietoisuus terveyteen liittyvistä ongelmista ja huolenaiheista sekä motivaatio lapsen tai perheen terveyden parantamiseen edisti perheiden osallistumista interventioon (Wild ym. 2020).

Lapset osallistuivat interventioihin ensisijaisesti sosiaalisen vuorovaikutuksen vuoksi, jota interventiot tarjosivat lapsille ja nuorille. Monet kertoivat interventioon osallistumisen syyksi hauskan pitämisen ja ystävyysuhteiden luomisen. (Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Reilly ym.

2019.) Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksessa myös vanhempien toiveena oli saada lapsilleen uusia kavereita sekä vertaistukea. Nuoria interventioon osallistumisessa motivoi selkeästi sosiaaliset suhteet (Howie ym. 2016). Lasten ja nuorten viihtyminen interventiossa oli tärkeää vanhemmille. Vanhempia motivoi oman nuoren viihtyminen interventiossa (Howie ym. 2016). Lapset odottivat tapaamisia (Staniford ym. 2011) ja nauttivat tapaamisista (Jinks ym. 2013).

Perheiden osallistumista interventioon edisti myös toive elintapamuutoksesta (van Hoek ym. 2017; Howie ym. 2016). Van Hoekin ja muiden (2017) tutkimuksessa vanhempien tavoitteena oli muuttaa lapsen ruokavaliota ja fyysistä aktiivisuutta. Lisäksi vanhemmat toivoivat, että interventio auttaisi lasta laihduttamaan sitä tukevassa ympäristössä (Howie ym. 2017). Vanhemmat halusivat oppia uusia taitoja elintapamuutoksen tekemiseen. Vanhempien toiveena oli oppia soveltamaan ruokavaliosuosituksia kotiooloissa sekä oppia tukemaan lastaan terveellisessä ruokavaliossa ja kannustamaan lasta fyysiseen aktiivisuuteen. (van Hoek ym. 2017.)

Intervention jatkuva tuki oli merkittävä osallistumista edistävä tekijä (Wild ym. 2020). Perheet kertoivat etsivänsä tukea interventiosta (Howie ym. 2016; Wild ym. 2020). Vanhemmat toivoivat, että nuori saisi säännöllistä neuvontaa psykologilta ylipainon taustalla olevien ongelmien käsittelemiseen (Howie ym. 2016). Wildin ja muiden (2020) mukaan intervention jatkuva tuki ammattilaisilta edisti perheiden sitoutumista interventioon. Osallistumisesta koetut positiiviset psykologiset hyödyt kuten mahdollisuus parantaa lapsen itsetuntoa (Wild ym. 2020) ja itseluottamusta (Wild ym. 2020), rohkaisivat vanhempia osallistumaan lapsensa kanssa interventioon.

Intervention menetelmiin ja sisältöihin liittyen osallistumista edistävinä tekijöinä mainittiin kulttuurisesti sopiva, kannustava ja tukea antava sekä ei-tuomitseva interventio. Lisäksi interventioiden toivottiin olevan helposti saavutettavia, joustavia sekä perheen tilanteeseen mukautuvia. (Wild ym. 2020.) Vanhemmat kokivat, että heiltä puuttuu konkreettisia keinoja, joilla tietoa voisi toteuttaa ja soveltaa arjessa kotona (Reilly ym. 2019). Vanhemmat toivoivatkin, että interventioiden käsitellään käyttäytymisen muutostekniikoita (van Hoek ym. 2017), jolloin he saavat välineitä muutoksen toteuttamiseen kotiympäristössä (Reilly ym. 2019). Myös käytännön vinkkejä ja ajanhallintamenetelmien käyttöä toivottiin intervention sisältöön (Reilly ym. 2019).

Intervention järjestelyihin liittyen perheet kokivat tärkeäksi tekijät, jotka helpottavat perheiden pääsemistä interventioon, kuten intervention aikaan ja paikkaan, logistiikkaan sekä lastenhoitoon

liittyvät tekijät (Wild ym. 2020). Interventio tulisi toteuttaa tutussa ympäristössä (Staniford ym. 2011). Perheiden osallistumista myös edisti kokemus siitä, että interventio oli sopivassa vaiheessa perheelle. Interventioon osallistuminen mahdollisti muutoksen tekemisen ja esti juurtumista huonoihin tapoihin. (Lucas ym. 2014.) Wildin ja muiden (2020) mukaan intervention aikaiset positiiviset kokemukset lisäsivät perheiden innokkuutta osallistumiseen.

5.2.2 Interventioon osallistumista estävät tekijät

Perheen arkeen liittyvät asiat, kuten koulun, harrastusten ja työn yhteensovittaminen sekä muun perheen vaatimukset olivat merkittävä estävä tekijä interventioon osallistumisessa. Intervention sovittaminen osaksi omaa elämää koettiin hankalana. (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013.) Perheen ajanhallintaan liittyvät haasteet interventioon osallistumista estävänä tekijänä mainittiin kolmessa tutkimuksessa (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013). Kiireinen arki esti usein perheiden osallistumista (Lucas ym. 2014). Lucasin ja muiden (2014) tutkimuksessa mainittiin työhön liittyvät tekijät osallistumisen esteenä. Työn ja intervention yhteensovittaminen koettiin haasteellisena. Erityisesti vuorotyö mainittiin osallistumista estävänä tekijänä. Pienituloilla vanhemmillä taloudelliset syyt estivät interventioon osallistumista. (Lucas ym. 2014.)

Osallistumista estävänä tekijänä tutkimuksissa tuli esille intervention toissijaisuus (Lucas ym. 2014; Wild ym. 2020). Perheet kokivat, että heillä oli muuta tärkeämpää tekemistä kuin osallistua interventioon. Interventiota pidettiin muita prioriteetteja huonompana. (Wild ym. 2020.) Sitoutuminen tiiviiseen interventioon koettiin usein haastavaksi (Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019). Interventio vaati perheen sitoutumista useiden viikkojen tai kuukausien ajan (Reilly ym. 2019). Aiemmat kokemukset terveydenhuollosta vaikuttivat myös perheiden halukkuuteen osallistua interventioon (van Hoek ym. 2017; Wild ym. 2020).

Ylipainoon ja siihen liittyviin interventioihin liittyvä leimautuminen ilmoitettiin merkittävänä esteenä osallistumiselle kahdessa mukana olleista tutkimuksista (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014). Esimerkiksi Lucasin ja muiden (2014) tutkimuksessa useat lapset ilmoittivat epäröivänsä interventioon osallistumista, koska he eivät uskoneet olevansa ylipainoisia tai he eivät pitäneet siitä, että muut pitivät heitä ylipainoisina. Myös nuorilla oli huoli leimautumisesta intervention vuoksi (Howie ym. 2016).

Perheiden osallistumista interventioon voivat estää myös interventioon liittyvät tekijät. Intervention toteutusaikataulu koettiin viidessä tutkimuksessa perheiden osallistumista estävänä tekijänä (Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013; Wild ym. 2020). Perheet kokivat vaikeaksi päästä säännöllisesti viikoittaisiin tapaamisiin (Wild ym. 2020). Vanhemmat toivoivat intervention myöhäisempää aikataulua illalla tai viikonloppuina (Sallinen ym. 2013). Kaikille sopivan ajan löytäminen oli vaikeaa ja lähes mahdotonta (Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014). Wildin ja muiden (2020) tutkimuksessa vanhemmat kokivat, että interventio ei soveltunut koko perheelle. Myös intervention laaja ikäskala koettiin osallistumista haittaavana tekijänä. Sallisen ja muiden (2013) tutkimuksessa puolestaan interventio ei sopinut yksinhuoltajavanhemman tarpeisiin, mikä esti perheen osallistumista interventioon. Myös interventiopaikan meluisuus mainittiin Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa osallistumista estävänä tekijänä.

Intervention sijaintiin liittyen perheet toivat esille tutkimuksissa etäisyyden ja pysäköinnin haasteet (Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Sallinen ym. 2013). Logistiikkaan liittyvät haasteet mainittiin kolmessa tutkimuksessa (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Wild ym. 2020). Oman auton tai joukkoliikenteen puute esti myös perheitä osallistumasta interventioon (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014). Lisäksi Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa huono sää mainittiin säännöllisen osallistumisen esteenä.

Sallisen ja muiden (2013) tutkimuksessa interventioon osallistumisen keskeyttämisen syinä mainittiin aikatauluristiriidat, etäisyys interventioon, matkakustannukset, logistiikkaan liittyvät haasteet sekä perheiden toteutumattomat odotukset.

5.2.3 Intervention toteuttamiseen liittyvät tekijät

Jinksin ja muiden (2013) sekä Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa kuvattiin perheiden ohjautumista interventioihin. Molemmissa osallistuneet perheet olivat saaneet tiedon interventiosta terveydenhuollon ammattilaisilta. Lisäksi perheet olivat saaneet tietoa interventiosta lehtolehtisistä, sanomalehdistä ja koulusta. Interventiosta oli kerrottu myös suullisesti perheille. (Howie ym. 2016.)

Vanhempien ja huoltajien osallistumista interventioon arvostettiin (Lucas ym. 2014). Lucasin ja muiden (2014) mukaan interventioon osallistuminen tuli usein äidin aloitteesta. Myös äidit olivat

sitoutuneempia osallistumiseen kuin isät. (Lucas ym. 2014.) Työntekijät kuvasivat kokemusta haasteellisesta intervention rekrytoinnista. Rekrytointi koettiin vaikeaksi, koska vanhempien mukaan saaminen oli vaikeaa. (Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014.) Jinksin ja muiden (2013) tutkimuksessa interventiota markkinoitiin rajoitetusti ja perheillä ei ollut aiempaa tietoa intervention sisällöstä.

Perhelähtöisyys oli avainasemassa ylipainoisten kouluikäisten ja heidän perheiden elintapaohjauksessa (Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014). Perhelähtöisyyden toteutuminen näyttäytyi lapsen yksilöllisenä huomioimisena (van Hoek ym. 2017) sekä perheen tilanteen huomioimisena (Hoeeg ym. 2017; van Hoek ym. 2017; Howie ym. 2016; Staniford ym. 2011). Lapsen yksilöllisyyden huomioimisessa vanhemmat korostivat erityisesti sitä, että lapsi nähdään muunakin kuin liian ylipainoisena tai lihavana lapsena. Lisäksi korostettiin, että lasten osallistuminen pitäisi olla hauskaa ja leikkimällä oppimista. (van Hoek ym. 2017.) Vanhemmat toivoivat lapsen ja perheen tilanteeseen räätälöityä lähestymistapaa (van Hoek ym. 2017; Staniford ym. 2011). Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa vanhemmat pitivät siitä, että interventio oli räätälöity ylipainoisille nuorille ja perheille. Intervention etenemisestä pienin askelin kerrottiin perheille (Howie ym. 2016). Intervention eteneminen perheen tahdilla ja ehdoilla koettiin tärkeänä (Hoeeg ym. 2017; Howie ym. 2016).

Tutkimuksissa vanhemmat korostivat perhelähtöisyyden merkitystä (Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Staniford ym. 2011). Perheillä oli myönteinen kokemus perhelähtöisyyden toteutumisesta interventiossa (Jinks ym. 2013; Staniford ym. 2011). Sen sijaan Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksessa todettiin, että perhelähtöinen menetelmä ei toiminut toteutuneessa interventiossa sopivalla tavalla. Vanhemmat kuvailivat perhelähtöisyyden kokemusta sanoilla ”ainutlaatuinen”, ”ratkaiseva” ja ”merkittävä” (Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014). Perheiden myönteinen kokemus interventiosta ja siihen osallistumisesta korostui useissa tutkimuksissa (Hoeeg ym. 2017; Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013). Jinksin ja muiden (2013) mukaan perheet kokivat, että interventio oli muutakin kuin pelkästään lihavuuden hoitoa. Vanhempien odotukset interventiota kohtaan täyttyivät.

Intervention sisältö kuvattiin tärkeänä (Sallinen ym. 2013). Toisaalta intervention sisältö koettiin liian yksinkertaisena (Howie ym. 2016) tai liian vaikeaselkoisena lapsille (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019). Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksessa perheet esittivät toiveen käsitellä aiheita selkeämmin tulevaisissa interventioissa. Kaikilta osin materiaalit eivät olleet kaikille soveltuvia (Lucas ym. 2014) tai materiaali ei ollut merkityksellistä perheelle (Wild ym. 2020). Materiaaleihin toivottiin

lisää visuaalisuutta (Sallinen ym. 2013). Jinsin ja muiden (2013) tutkimuksessa vanhemmat toivat esille, että perheillä oli liikaa täytettäviä lomakkeita ja lomakkeet eivät olleet lapsiystävällisiä.

Tutkimuksissa tuli esille vanhempien kokemus perhe- ja yksilötapaamisten arvostamisesta (Jinks ym. 2013; Sallinen ym. 2013). Perhetapaamiset koettiin hyödyllisenä, vaikka ne olivatkin usein aikaa vieviä ja monimutkaisia. Tapaamisilla puhuttiin perherooleista ja tuettiin perheiden selviytymistä (Jinks ym. 2013). Van Hoekin ja muiden (2017) mukaan vanhemmat käsitelivät usein ongelmiaan perhetasolla. Perhetapaamisilla perheet puhuivat ongelmistaan ammattilaiselle ja ongelmia ratkaistiin yhdessä (Jinks ym. 2013). Lisäksi vanhemmat pystyivät esittämään kysymyksiä omalle ohjaajalleen yksilötapaamisilla (Sallinen ym. 2013). Vanhemmat halusivat puhua asioistaan myös ilman lasten läsnäoloa (Sallinen ym. 2013), mikä olikin mahdollista vanhemmille yksilötapaamisilla. Perheiden toiveina oli, että tapaamisissa olisi enemmän aikaa (Sallinen ym. 2103), tapaamisia olisi enemmän (Sallinen ym. 2013 ja tapaamisilla olisi enemmän yhteistä aikaa nuorten ja vanhempien kesken (Howie ym. 2016). Vanhemmat toivoivat myös, että nuoret saisivat enemmän henkilökohtaista neuvontaa interventiossa (Howie ym. 2016).

Ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvä ohjaus oli tärkeä osa interventioita (Jinks ym. 2013; Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013). Perheet pitivät ravitsemuksesta, erityisesti ruoanlaitosta ja ruokakaup-pakierroksesta. Myös liikunnasta pidettiin. (Sallinen ym. 2013.) Liikuntaharjoituksia kuvattiin nauttinnallisina (Sallinen ym. 2013) ja haastavina (Jinks ym. 2013). Lapset ja vanhemmat antoivat positiivista palautetta ryhmäliikuntatunneista (Stea ym. 2016). Lapset ja nuoret halusivat olla aktiivisia ja tehdä asioita, joista nauttivat (Howie ym. 2016). Pelipohjaiset aktiviteetit motivoivat lapsia ja nuoria (Sallinen ym. 2013). Nuoret pitivät taitojen harjoittamisesta, kuten ruoanlaitosta ja liikunnasta, sen sijaan istumisesta ja kirjoittamisesta he eivät pitäneet (Howie ym. 2016).

Sallisen ja muiden (2013) tutkimuksessa ravitsemusohjaus koettiin hyödyllisimpänä, kun taas van Hoekin ja muiden (2017) tutkimuksessa fyysistä aktiivisuutta pidettiin tärkeämpänä kuin ravitsemukseen liittyvää ohjausta. Perheet toivoivat, että interventioissa olisi enemmän käytännön ravitsemusohjausta (Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013) sekä liikuntaa (Howie ym. 2016). Liikuntaan toivottiin enemmän mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja (Sallinen ym. 2013). Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksessa toiveena esitettiin, että lapsille tulisi tarjota mahdollisuus osallistua käytännön oppimiseen. Lapsille toivottiin ruoanlaittokurssin järjestämistä. (Reilly ym. 2019.)

Perheet kokivat saaneensa interventioista hyödyllistä, olennaista ja soveltuvaa tietoa. Vanhemmat saivat tietoa muun muassa terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta (Jinks ym. 2013; Reilly ym. 2019), tavoitteen asettamisesta (Farnesi ym. 2012), painoon liittyvästä viestinnästä ja kommunikaatiosta (Reilly ym. 2019) sekä tunneälystä (Reilly ym. 2019). Vanhemmat kokivat saaneensa tietoa lasten terveydestä laajasti. Lisäksi intervention sisältö ja materiaali vahvistivat vanhempien tietoa terveydestä. (Reilly ym. 2019.) Nuoret kokivat tärkeimpänä tiedon aktiivisuudesta, terveellisestä syömisestä sekä istumisen vähentämisestä (Howie ym. 2016). Reillyn ja muiden (2019) mukaan vanhemmat kokivat, että he olivat saaneet riittävästi tietoa terveysaiheista.

Van Hoekin ja muiden (2017) tutkimuksessa kuvattiin perheiden myönteisiä kokemuksia verkkopohjaisten menetelmien käytöstä interventiossa. Lähes kaikki vanhemmat pitivät internetin käytöstä interventiossa. Internetin käyttö koettiin normaalina. Internetin käytön etuina mainittiin ajan säästäminen sekä itselle sopivan ajan valinta. Materiaalin lukeminen internetissä omaan aikatauluun mukaan koettiin hyvänä asiana. Internetin käyttö vähensi myös perheiden matkustusaikaa. (van Hoek ym. 2017.) Innovatiiviset strategiat, kuten tietokone ja internet, helpottivat yhteyden ylläpitämistä tukiverkoston. Perheet eivät kuitenkaan haluaisi osallistua pelkästään verkkopohjaisiin interventioihin. (Staniford ym. 2011.)

Terveydenhuollon ammattilaisten henkilökohtaista yhteydenpitoa perheisiin arvostettiin (Farnesi ym. 2012; Howie ym. 2016). Sopivina yhteydenpitotapoina koettiin sähköpostit, puhelut sekä tekstiviestit. Yhteydenpito vähensi vanhempien turhautumista sekä ylläpiti perheiden motivaatiota. (Farnesi ym. 2012.) Howien ja muiden (2016) mukaan yhteydenotoilla intervention jälkeen oli suuri vaikutus nuoriin. Terveydenhuollon ammattilaisten lähettämät viestit saivat nuoria arvioimaan tavoitteitaan ja käyttäytymistään uudelleen. (Howie ym. 2016.)

Stean ja muiden (2016) tutkimuksessa perheet olivat innokkaita tavoitteiden asettamisessa. Sen sijaan Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa nuoret eivät pitäneet tavoitteiden asettamisesta. Tavoitteiden asettaminen koettiin aikaa vieväksi, toistuvaksi, vaikeaksi ja tylsäksi. Nuorten toiveena oli, että tavoitteiden asettamiseen käytettävää aikaa vähennettäisiin. Nuoret toivoivat, että tavoitteiden asettaminen tehtäisiin hausemmaksi. Nuorten mielestä tavoitteiden asettaminen voitaisiin yhdistää erilaisiin peleihin ja harjoituksiin, jolloin tavoitteiden asettaminen koettaisiin mielekkäämmäksi. (Howie ym. 2016.)

Sallisen ja muiden (2013) tutkimuksessa tarkasteltiin perheiden tekemää omaseurantaa yhtenä intervention menetelmänä. Omaseuranta koettiin hyödyllisenä ja tärkeänä, toisaalta myös aikaa vievänä. Omaseuranta vaatikin ponnisteluja lapsilta ja vanhemmilta. Perheet kuvailivat haasteelliseksi kirjata tuloksia säännöllisesti omaseurannan aikana. Lapset suhtautuivat omaseurantaan vanhempia myönteisemmin. Lapset pitivät eniten liikunnan seurannasta, kun taas vanhemmat pitivät eniten ravinnonsaannin seurannasta. (Sallinen ym. 2013.)

5.2.4 Perheen roolit ja vastuut

Tutkimuksissa korostettiin koko perheen mukana oloa perhelähtöisissä interventiossa sekä elämäntapojen muutoksessa (Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Perhelähtöisten interventioiden tavoitteena oli, että koko perhe on mukana muutosprosessissa (Staniford ym. 2011), näin ollen koko perheeltä vaaditaan sitoutumista ja halukkuutta terveyskäyttäytymisen muutokseen (Jinks ym. 2013; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Perheen tuki oli ratkaisevan tärkeää, jotta lapset ja nuoret pystyivät aloittaa ja ylläpitää terveyskäyttäytymisen muutosta (Staniford ym. 2011).

Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa osa vanhemmista ymmärsi, että vanhemman tehtävänä on auttaa lasta ja nuorta tekemään muutoksia interventiosta saatujen tietojen avulla. Sen sijaan Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksessa tuotiin esille myös vanhempien roolien haasteita. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat eivät ymmärtäneet, miksi heidän piti saada tietoa terveellisistä elintavoista, kun lihavuus on lapsella. Vanhemmat näkivät vain lapsen ongelman, mutta eivät omaa muutostarvettaan. Vanhemmat kokivat ärtyneisyyden tunnetta, kun interventiossa keskityttiin myös heidän muutostarpeisiinsa. (Hoeeg ym. 2017.)

Perheen rooleja tarkasteltaessa tutkimuksissa tuli esille perheiden sitoutumattomuus elintapaohjaukseen sekä perheenjäsenten vastustus elintapamuutokseen (Hoeeg ym. 2017; Howie ym. 2016). Howien ja muiden (2016) mukaan vanhemmat eivät olleet valmiita osallistumaan tiiviisti interventioon. Tämän vuoksi vanhemmat olivatkin yllättyneitä siitä, miten tiiviisti vanhemmat olivat mukana interventiossa. (Howie ym. 2016.) Kaikki perheenjäsenet eivät olleet sitoutuneet intervention toteuttamiseen arjessa (Hoeeg ym. 2017). Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksessa lapset kokivat vanhempien ja muiden sisarusten vastustusta elintapamuutoksiin. Kokemuksissa korostui,

että elintapamuutos ei saisi vaikuttaa toisten perheenjäsenten rutiineihin. Näin ollen vanhemmat tai sisarukset eivät tehneet elintapamuutoksia intervention aikana. (Hoeeg ym. 2017.)

Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksessa lapset nähtiin ensisijaisina interventioon osallistujina. Tutkimusvastauksissa toistui vanhempien näkemys lapsesta ensisijaisena osallistujana (Hoeeg ym. 2017.) Myös Stanifordin ja muiden (2011) tutkimuksessa vanhemmat kokivat, että interventiossa oli kyse pelkästään lapsen tuomisesta interventioon (Staniford ym. 2011). Vanhemmilla oli odotus, että vain ylipainoinen lapsi muuttaa tapojaan. Näin ollen lapsi koki, että hänen oli vain muutettava terveystottumuksiaan. Tämä johti siihen, että lapsi oli yksin vastuussa omasta terveydestään, elämäntapamuutoksen tekemisestä sekä mahdollisesta laihtumisestaan. (Hoeeg ym. 2017.) Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksessa vanhemmat siirsivät vastuun lapselle terveellisten elämäntapojen muutoksesta. Vanhemmilla ja lapsilla oli erilainen näkemys tehtävistään ja rooleistaan interventiossa. Roolien ja vastuiden sekaannus aiheutti usein konflikteja perheissä. (Hoeeg ym. 2017.)

Ylipainoiset lapset voivat kokea leimautumista omassa perheessään ylipainon tai interventioon osallistumisen vuoksi. Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksessa lapset kokivat leimautumista omassa perheessään, mihin vaikutti erityisesti roolien ja vastuiden sekaannus. Myös eri säännöt perheessä aiheuttivat ylipainoisen lapsen perheen sisäistä leimautumista. (Hoeeg ym. 2017.) Lucasin ja muiden (2014) sekä Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksissa tuli esille, että ylipainoisille lapsille oli eri säännöt perheessä. Perheet olivat luoneet erityissääntöjä ylipainoiselle lapselle, joita vain ylipainoinen lapsi noudatti. (Hoeeg ym. 2017; Lucas ym. 2014.) Perheen eri säännöt aiheuttivat leimautumisen lisäksi erimielisyyksiä ja riitoja sekä tuen puutetta (Hoeeg ym. 2017).

Tutkimusten mukaan ylipainoiset lapset ja nuoret kokivat usein tuenpuutetta perheeltä elintapamuutosten toteuttamisessa (Hoeeg ym. 2017; Lucas ym. 2014). Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksen mukaan vanhemmat eivät tukeneet lastansa muutoksissa, minkä vuoksi lapsi koki tuen puutetta vanhemmiltaan. Stanifordin ja muiden (2011) mukaan vanhempien tuki oli intervention avaintekijä. Vaikka lapset ja nuoret saivat tukea vanhemmiltaan tai muulta perheeltään, saatua tukea kuvattiin epäjohdonmukaiseksi ja ristiriitaiseksi (Hoeeg ym. 2017; Lucas ym. 2014). Erityisesti eroperheiden lapset kokivat epäjohdonmukaista tukea vanhemmilta (Hoeeg ym. 2017). Perheissä esiintyi erimielisyyksiä lapsen tukemisesta painonhallinnassa (Lucas ym. 2014). Tuen puute johtikin erimielisyyksiin ylipainoisen lapsen ja muiden perheenjäsenten välillä. Myös vanhempien välillä

esiintyi erimielisyyksiä ja konflikteja (Hoeeg ym. 2017). Hoeegin ja muiden (2017) mukaan perheenjäsenten epäjohdonmukainen tuki vaikeutti ylipainoisen lapsen tapojen muutosta kotona.

5.2.5 Sosiaalinen tuki

Terveydenhuollon ammattilaisilta saatu tuki koettiin merkittävänä (Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Vanhemmat kaipasivat neuvoja terveydenhuollon ammattilaiselta, jolla oli ammatillista ja henkilökohtaisesta kokemusta ja joka ymmärsi perheiden kohtaamia vaikeuksia (Lucas ym. 2014). Psykososiaalinen tuki koettiin tärkeänä (Staniford ym. 2011). Esille tuli myös vanhempien kiitollisuus terveydenhuollon ammattilaisilta saadusta tuesta (Lucas ym. 2014). Toisaalta Jinksin ja muiden (2013) tutkimuksessa tuli esille perheiden kokemus terveydenhuollon ammattilaisilta saadun tuen puutteesta intervention aikana. Perheet toivoivat, että terveydenhuollon ammattilaiset olisivat pitäneet yhteyttä perheisiin puhelinoitoilla intervention aikana (Jinks ym. 2013).

Terveydenhuollon ammattilaisten tuki muutoksen ylläpitämisessä korostui useassa tutkimuksessa (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Vanhempien kokemuksen mukaan ylipainoisten lasten ja perheiden elämäntapamuutosinterventiossa oli kyse emotionaalisen tuen antamisesta, jotta perheet voivat tehdä itsenäisesti käyttäytymismuutoksia. Terveydenhuollon ammattilaisten mukaan intervention tulisi tukea perheitä selviytymään ja ylläpitämään itsenäisesti käyttäytymismuutoksia. (Staniford ym. 2011.) Henkilökunnan näkeminen toimi myös motivaattorina ja muistutuksena (Howie ym. 2016).

Perheet kokivat tarvitsevansa jatkuvaa tukea terveydenhuollosta käyttäytymisen muutoksen ylläpitämiseksi intervention aikana (Staniford ym. 2011). Myös tuen tarve intervention jälkeen tuotiin esille Howin ja muiden (2016) sekä Lucasin ja muiden (2014) tutkimuksissa. Perheet kokivat tarvitsevansa terveydenhuollon ammattilaisten tukea intervention jälkeen (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014). Perheet kaipasivat terveydenhuollon ammattilaisten sekä turvallisen ryhmän tukea intervention jälkeen (Lucas ym. 2014). Vanhemmat esittivät toiveen, että ohjausta olisi saatavilla myös intervention päätyttyä (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014).

Vertaistuki koettiin tärkeänä (Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Vanhemmat kokivat voimakasta yhteyttä toisten samassa tilanteessa olevien vanhempien kanssa (Reilly ym. 2019). Vertaistuki koettiin lohdullisena ja olennaisena asiana koko perheelle (Staniford ym. 2011).

Tutkimuksissa korostui, että tuki ja vuorovaikutus vertaisten kanssa oli tärkeää perhelähtöisissä interventiossa (Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Vanhemmat pystyivät puhumaan asioistaan toisen samassa tilanteessa olevan vanhemman kanssa (Lucas ym. 2014; Staniford ym. 2011). Reillyn ja muiden (2019) mukaan muiden perheiden kokemukset auttoivat vanhempia huomaamaan, että he eivät kamppaile yksin lasten terveyden parantamiseksi. Perheet kuvasivat voimaannuttavaa tunnetta siitä, etteivät ole yksin ongelmiensa kanssa (Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019). Perheet kokivat tarvitsevan jatkuvaa tukea vertaisilta käyttäytymisen ylläpitämiseksi (Staniford ym. 2011).

Vanhemmat pitivät siitä, että interventiossa oli mukana muita ylipainoisia lapsia, nuoria ja perheitä. Nuoret nauttivat uusien ihmisten tapaamisesta, joilla oli samat ongelmat. Muiden nuorten näkeminen toimi myös motivaattorina ja muistutuksena nuorille. (Howie ym. 2016.) Lapset puolestaan nauttivat liikkumisesta toisten ylipainoisten lasten kanssa (Lucas ym. 2014). Katsaukseen sisältyvissä kuudessa tutkimuksissa keskityttiin ryhmäpohjaisista ohjelmiin, jotka tarjosivat lapsille mahdollisuuden pelata ja harjoitella fyysisiä taitoja muiden samanikäisten lasten ja nuorten kanssa (Farnesi ym. 2012; van Hoek ym. 2017; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016). Yhdessäoloa vertaisten kanssa arvostettiin (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014). Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksessa vanhemmat toivoivat enemmän vertaistukea lapsille.

Tutkimuksissa nousi esille ryhmäympäristön myönteinen merkitys vertaistuessa (Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Vanhemmat korostivat vertaistuessa yhteisöllisyyden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tärkeyttä (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Vertaistuen koettiin vähentävän eristäytymisen tunnetta (Lucas ym. 2014). Vertaistuki vaikutti myös yhteisöllisyyden tunteen ja yhteenkuuluvuuden tunteen kokemuksiin. Vanhemmat tunsivat olevansa osa ryhmää. (Reilly ym. 2019.) Vanhemmat arvostivat ryhmässä saatavaa vertaistukea (Lucas ym. 2014). Erityisesti ongelmien ratkaisu ryhmässä koettiin merkittävänä (Reilly ym. 2019). Myös lapset suhtautuivat myönteisesti lasten ryhmätapaamisiin (Sallinen ym. 2013).

5.2.6 Perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen vuorovaikutus

Perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa korostui luottamuksen rakentamisen tärkeys (Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016). Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksessa

todettiin, että luottamuksen rakentamiseen sisältyi vuoropuhelun helpottaminen, mukava ilmapiiri sekä perheiden hyvät suhteet henkilöstöön. Tutkimuksessa perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välille syntyi hyvä vuorovaikutussuhde. (Reilly ym. 2019.)

Perheiden kokemusten mukaan vuorovaikutusta edisti terveydenhuollon ammattilaisten positiivinen ja kunnioittava suhtautuminen (Farnesi ym. 2012; Reilly ym. 2019). Hyvää vuorovaikutussuhdetta kuvattiin miellyttäväksi, mukaansatempaavaksi ja ei-tuomitsevaksi (Reilly ym. 2019). Farnesin ja muiden (2012) tutkimuksen mukaan positiivinen terapeutin suhde oli keskeistä perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä yhteistyössä perhelähtöisessä interventiossa. Lääkärin kunnioittava suhtautuminen edisti vanhempien halukkuutta ja sitoutumista painonhallintaan. (Farnesi ym. 2012.)

Jatkuva neuvottelu yhteistyössä edisti perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä vuorovaikutusta (Farnesi ym. 2012). Vanhempien aiemmat kokemukset vaikuttivat nykyiseen vuorovaikutussuhteeseen, joten nämä kokemukset tulisi huomioida vuorovaikutussuhteen rakentamisessa (Farnesi ym. 2012; Wild ym. 2020). Farnesi ja muut (2012) korostivat perheiden osallistumista tapaamisiin. Farnesin ja muiden (2012) tutkimuksessa vanhemmat osallistuivat tiiviisti lääkärin kanssa keskusteluihin. Terveydenhuollon ammattilaiset toivat esille toiveen, että perheet toisivat esille huolensa tapaamisissa (Farnesi ym. 2012).

Perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutusta edistävänä tekijänä koettiin se, että lääkäri arvioi lapsen painon tilaa ja terveyttä sekä auttoi perhettä tunnistamaan käyttäytymismalleja. Jatkuvan seurannan ja arvioinnin todettiin edistävän vuorovaikutusta. Lääkärin korostivat perheiden muutosten arvioimista ja onnistumisten korostamista. Lisäksi lääkärit kokivat, että seuranta-tapaamiset auttoivat perheitä ylläpitämään muutosta ja keskittymään tavoitteiden asettamiseen ja toteuttamiseen. Vanhempien rohkaisun ja kannustamisen todettiin parantavan vuorovaikutussuhdetta ja edistävän siten yhteistyötä elintapa-interventioissa. (Farnesi ym. 2012.)

Vanhemmat arvostivat korkeasti koulutetun terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ylipainoisten lasten ja nuorten perhelähtöisessä elintapaohjauksessa (Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019). Jinksin ja muiden (2013) mukaan ylipainosten lasten ja nuorten perhelähtöiseen elintapaohjaukseen tarvitaan osaava tiimi. Osaavilla terveydenhuollon ammatti-

laisilla ja muilla asiantuntijoilla oli Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksen mukaan myönteisiä vaikutuksia vanhempiin. Vanhempien mukaan terveydenhuollon ammattilaisilla oli positiivinen asenne perhetapaamisiin (Jinks ym. 2012). Intervention henkilökunta kuvattiin lähestyttäväksi ja asiantuntevaksi (Howie ym. 2016). Intervention ohjaajan henkilökohtaiset ominaisuudet koettiin tärkeinä. Ohjaajan mukavaa luonnetta ja olemusta, innostuneisuutta ja ohjaajan vanhempaa ikää arvostettiin. (Lucas ym. 2014.) Vierailevat luennoitsijat koettiin inspiroivina ja motivoivina (Reilly ym. 2019).

Useissa tutkimuksissa tuotiin esille myös vuorovaikutusta estäviä tekijöitä (Farnesi ym. 2012; Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014). Yhteistyön puute nostettiin yhtenä merkittävänä tekijänä vuorovaikutusta estävänä ja heikentävänä asiana. Yhteistyön puute ilmeni esimerkiksi siten, että lääkäri ei osannut antaa perheen pohtia omia tarpeitaan vaan päätti painonhallinnan tavoitteista ja odotuksista ilman keskustelua perheen kanssa. Vanhemmat totesivat lääkärin olevan usein liian innokas auttamaan perheitä, minkä perheet kokivat vuorovaikutusta estävänä tekijänä. (Farnesi ym. 2012.)

Terveydenhuollon ammattilaisten puutteellista osaamista vanhempien kokemana kuvattiin Lucasin ja muiden (2014) sekä Jinksin ja muiden (2013) tutkimuksessa. Perheet toivat esille epäilyn ohjaajan ammattitaidosta. Vanhemmat kokivat, että ohjaajalla ei ollut taitoa ohjata lapsiryhmää ja ohjaajalla ei ollut riittävää elämäkokemusta auttamaan perheitä elämäntapamuutoksessa (Lucas ym. 2014). Myös ohjaajien vaihtuvuus tuotiin esille. Interventioon toivottiin enemmän ohjaajia, että vanhemmat ja lapset saisivat riittävästi tukea (Howie ym. 2016).

Lapsen ja nuoren ylipainosta ja lihavuudesta tulee puhua herkällä ja kunnioittavalla tavalla (Stea ym. 2016). Ammattilaisten puhetapa ja asenteet vaikuttivatkin merkittävästi yhteistyösuhteeseen ja siihen, miten vanhemmat motivoituivat ja sitoutuivat interventioon (Farnesi ym. 2012). Farnesin ja muiden (2012) tutkimuksessa useimmat vanhemmat kokivat painosta keskustelemisen loukkaavana, kun lääkäri käytti puheessaan termejä ”ylipainoinen” ja ”lihava” kuvatessaan lapsen painon tilaa sekä terveystarpeita. Vain yksi vanhempi koki ”ylipainoinen” -termin käytön ilmaisevan ensisijaisesti lapsensa painon tilaa eikä kokenut sitä loukkauksena. (Farnesi ym. 2012.) Vanhemmat eivät aina tunnistanee lapsensa ylipainoa tai kielsivät sen, minkä vuoksi terveydenhuollon ammattilaiset kokivat asian puheeksi ottamisen hankalana (Lucas ym. 2014; Stea ym. 2016). Van-

hemmat halusivat usein keskustella omista kokemuksistaan ja esitellä omia paino- ja laihdutuskoemuksiaan, kun terveydenhuollon ammattilaiset toivat esille huolen lapsen tai nuoren ylipainosta. Lisäksi perheen halusivat keskustella leimaantumisen riskistä interventioon osallistumisesta lapsen ylipainon vuoksi. (Stea ym. 2016.)

Stean ja muiden (2016) tutkimuksessa tuotiin esille terveydenhoitajien osaamisen kehittämistarpeita ylipainoisten lasten ja nuoren perhelähtöisessä elintapaohjauksessa. Tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat kokivat tarvetta näyttöön perustuvaan tietoon ylipainon hoidosta sekä tarvetta parantaa omaa ravitsemustietouttaan. Lisäksi terveydenhoitajat toivat esille tarvitsevansa taitoa puuttua ammatillisesti painoon ylipainoisten lasten kanssa sekä työkaluja edistää terveellisiä elämäntapoja ylipainoisten lasten ja perheiden ohjauksessa. Myös terveydenhoitajan omien vuorovaikutustaitojen parantaminen tuotiin esille ammatillisen osaamisen kehittämisessä. (Stea ym. 2016.)

5.2.7 Elämäntapamuutosta ja sen ylläpitämistä edistävät tekijät

Interventiotiimin tuki koettiin merkittävänä tekijänä muutoksen edistämisessä. Tiimin tuki toi perheille lisämotivaatiota muutoksen ylläpitämiseen. Vanhempien tuki ja rohkaisu helpotti nuoren elämäntapamuutosta ja auttoi ylläpitämään terveellistä käyttäytymistä. Nuoret kertoivat palaavansa epäterveellisiin tapoihin paineen alla, jolloin vanhempien tuki ja rohkaisu auttoi heitä palaamaan takaisin relapsin jälkeen. Perheet kokivat, että interventiossa opittujen käyttäytymistekniikoiden käyttäminen auttoi ylläpitämään käyttäytymisen muutosta. (Howie ym. 2016.) Lisäksi Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa kuvattiin, miten intervention ylläpitovaiheen jälkeen nuoret käyttivät edelleen tavoitteiden asettamisstrategioita.

Motivaatio on avaintekijä elämäntapamuutoksen onnistumiseen (Jinks ym. 2013). Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa vanhemmat korostivat sisäisen motivaation merkitystä käyttäytymisen muutoksessa. Elämäntapamuutos vaati myös sinnikkyyttä kohti muutosta sekä luottamusta elämäntapamuutoksen saavuttamiseen (Reilly ym. 2019). Stean ja muiden (2016) tutkimuksessa kuvattiin vanhempien positiivisen asenteen terveellisiin elämäntapoihin vaikuttavan edistävästi elämäntapamuutoksessa. Elämäntapamuutoksen ylläpitäminen vaati myös motivaatiota intervention jälkeen (Staniford ym. 2011).

5.2.8 Elämäntapamuutosta ja sen ylläpitämistä estävät tekijät

Elämäntapamuutosta ja sen ylläpitämistä estävänä tekijänä korostui epäterveellisen ruokailuympäristön merkitys (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016). Perheet kuvasivat haasteena pitää yllä terveellistä ruokavaliota silloin, kun tarjolla oli epäterveellistä ruokaa (Reilly ym. 2019). Vanhempien mukaan kotona oli usein saatavilla epäterveellisiä ruokia ja juomia, joista lapset olivat kiinnostuneita (Stea ym. 2016) ja lisäksi isovanhempien kerrottiin antavan lastenlapsille makeisia ja epäterveellistä ruokaa (Lucas ym. 2014; Stea ym. 2016). Nuorten terveellisen käyttäytymisen esteenä mainittiin roskaruuan vastustaminen. Nuoret kokivat roskaruuan välttämisen vaikeaksi ystävien seurassa tai sosiaalisissa tilaisuuksissa. (Howie ym. 2016.) Tutkimusten mukaan perheillä oli haaste ylläpitää terveellistä ruokavaliota lomilla tai juhlissa (Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019). Ruokailutilanteet juhlien aikaan koettiin vaikeiksi, koska juhlissa oli vaikeaa noudata terveellistä ruokavaliota (Lucas ym. 2014).

Howien ja muiden (2016) sekä Lucasin ja muiden (2014) tutkimuksissa tuotiin esille liikuntaan liittyviä haasteita elämäntapamuutoksen esteenä. Terveellisen liikuntakäyttämisen yleisimpänä esteenä mainittiin säännöllisen harjoittelun toteuttaminen. Lisäksi nuori oli liian nuori käymään kuntosalilla. Liikuntaharjoitusten sijaan nuoret ulkoilivat ystävien kanssa. (Howie ym. 2016.) Myös ympäristö rajoitti lapsen ja nuoren sekä perheen harrastamista (Lucas ym. 2014). Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksessa vanhemmat toivat esille maantieteellisten asioiden merkityksen terveyskäyttämisen muutoksen estäjänä. Perhe voi esimerkiksi asua pienellä paikkakunnalla (Reilly ym. 2019). Esteenä mainittiin myös sosiaaliset ympäristöesteet (Reilly ym. 2019) sekä ympäristön turvallisuus (Lucas ym. 2014).

Elämäntapamuutoksen ja terveyskäyttämisen muutoksen haasteita aikaan, ajanpuutteeseen tai ajanhallintaan liittyen kuvattiin kolmessa tutkimuksessa (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016). Aikahaasteet olivat usein terveellisen ruokailun, liikunnan sekä elämäntapamuutoksen esteenä (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016). Tutkimuksissa tuli esille myös koulun, työn ja vapaa-ajan yhteen sovittamisen vaikeus (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019). Lapset ja nuoret kertoivat kouluun, kotitehtäviin ja kokeisiin liittyvistä haasteista elämäntapamuutoksen esteenä (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019). Vanhempien mukaan oli haastavaa varata aikaa ostoksille,

ruoan valmistukseen sekä liikunnalle arjessa (Reilly ym. 2019). Vuodenaikaan ja säähän liittyvät tekijät terveyskäyttäytymisen muutoksen estäjänä mainittiin Reilly ja muiden (2019) tutkimuksessa. Kylmä talvi ja huono sää koettiin elämäntapamuutoksen esteiksi (Reilly ym. 2019).

Leimautuminen ja kiusatuksi tuleminen ylipainon vuoksi esti lasten ja nuorten elämäntapamuutosta ja sen ylläpitämistä (Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Lapsen kokivat kiusatuksi tulemisen suurimmaksi esteeksi terveiden elämäntapojen ylläpitämisessä (Staniford ym. 2011). Vanhemmat toivat esille häpeää lapsen ylipainosta, toisten paheksuntaa lapsen ylipainosta, lapsen syrjintää ja kiusaamista ylipainon vuoksi (Reilly ym. 2019).

Terveellisen käyttäytymisen ja elämäntapamuutoksen esteenä motivaation puute mainittiin Howien ja muiden (2016) sekä Jinks ja muiden (2013) tutkimuksissa. Molemmissa tutkimuksissa tuli esille vanhempien ja nuorten motivaation puute käyttäytymisen muutokseen. Howien ja muiden (2016) mukaan tietoisuus ei muuttunut motivaatioksi terveen käyttäytymisen ylläpitämiseen. Lisäksi nuoria oli vaikea motivoida muutokseen. Myös muutama vanhempi syytti nuorta motivaation puutteesta. (Howie ym. 2016.)

Tutkimusten mukaan perheet kokivat, että heillä ei ollut riittävää luottamusta saavuttaa elintapamuutosta ilman tukea (Howie ym. 2016; Staniford ym. 2011; Wild ym. 2020). Itseluottamuksen puute esti usein terveellisten elämäntapojen ylläpitämistä (Staniford ym. 2011). Perheet kokivat menetyksen tunnetta intervention päätyttyä (Howie ym. 2016) ja he eivät luottaneet omaan kykyynsä ylläpitää terveyttä edistäviä muutoksia intervention jälkeen ilman jatkuvaa tukea (Staniford ym. 2011). Lisäksi vanhemmat epäilivät muutoksen pysyvyyttä (Jinks ym. 2013). Perheet toivat esille huolen muutosten katoamisesta intervention jälkeen (Howie ym. 2016).

Tutkimusten mukaan sosiaalisen tuen puute esti perheiden terveellisten elämäntapojen ylläpitämistä (Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Perheiden kokemuksen mukaan vertaistuen ja terveydenhuollon tukiverkoston menettäminen esti perheen kykyä ylläpitää uusia käyttäytymismalleja. Myös muiden perheenjäsenten tuen puute koettiin merkittävänä esteenä terveyskäyttäytymisen muutoksen ylläpitämiselle epäsuotuisassa ympäristössä. Lisäksi terveydenhuollon tuen puute vaikutti negatiivisesti perheen motivaatioon ylläpitää terveitä elämäntapoja. (Staniford ym. 2011.)

Muutoksen ylläpitämisen vaikeus kotiympäristössä tuli esille kolmessa tutkimuksessa elämäntapamuutosta ja sen ylläpitämistä estävänä tekijänä (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Staniford ym. 2011). Perheillä oli halu palata normaaliin arkeen intervention jälkeen ja interventio koettiin helposti taakse jätettäväksi (Lucas ym. 2014). Käyttäytymisen muutoksen ylläpitämisessä kotiympäristössä koettiin haasteita intervention loppumisen jälkeen (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Staniford ym. 2011). Muutosten ylläpitäminen oli vaikeaa myös pidemmällä aikavälillä (Lucas ym. 2014). Nuoret kertoivat palaavansa epäterveellisiin tapoihin paineen alla (Howie ym. 2016). Epäterveellisiin tapoihin palattiin kiireessä, lomilla ja juhlissa (Lucas ym. 2014). Nuoret eivät myöskään pitäneet tavoitteiden asettamisesta intervention päätyttyä (Howie ym. 2016). Perheet ilmaisivat pettymyksen tunteita itseään ja muita kohtaan epäonnistuesssa ylläpitämään muutoksia (Lucas ym. 2014).

Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksen mukaan vanhemmat olivat huolissaan lapsen tunteiden loukkaamisesta ja lapsen itsetunnosta. Vanhemmat halusivat suojella lapsen tunteita ja itsetuntoa, ja siksi pelkäsivät käsitellä lapsen kanssa terveyteen ja painoon liittyviä aiheita. Vanhemmat kokivat vaikeana keskustelun lapsen kanssa painoon ja terveyteen liittyvistä aiheista. Vanhemmat kertoivat, että eivät osaa kotona välittää ja jakaa intervention tietoja lapsilleen ja lapset eivät ota vastaan tietoa omilta vanhemmiltaan. (Reilly ym. 2019.)

Terveellisten elämäntapojen muutoksen esteenä tunnistettiin vanhempien vaikeus asettaa sopivia rajoja lapsilleen (Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016). Vanhemmat kokivat rajojen asettamisen vaikeana (Reilly ym. 2019). Stean ja muiden (2016) tutkimuksen mukaan vanhemmat eivät osanneet asettaa rajoja lapselleen esimerkiksi sopivasta ruoan määrästä. Tutkimuksissa tuli esille selkeästi vanhempien epävarmuus auktoriteettina olemiseen (Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016).

5.2.9 Intervention hyödyt perheille

Jinksin ja muiden (2013), Howien ja muiden (2016) sekä Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksissa kuvattiin perheiden elämäntapojen parantumista. Perheillä oli myönteisiä muutoksia elämäntavoissa intervention aikana. Lisäksi Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa vanhemmat ja nuoret olivat tehneet myönteisiä käyttäytymismuutoksia intervention jälkeen. Perheet ovat saavuttaneet positiivisia muutoksia ruokavaliossa ja fyysisessä aktiivisuudessa (Jinks ym. 2013). Interventio oli vaikuttanut myös nuorten ja vanhempien käyttäytymiseen positiivisella tavalla (Howie ym. 2016). Osa

perheistä onnistui tekemään muutoksia elämäntavoissa, osalle perheistä elämäntapamuutokset olivat vaikeita (Hoeeg ym. 2017).

Perheiden ruoan osto- ja valmistuskäyttäytyminen oli parantunut interventioon osallistumisen aikana. Perheet ostivat terveellisempää ruokaa, valmistivat ruokaa kotona sekä kokonaisuudessaan tekivät terveellisempiä ruokavalintoja. (Reilly ym. 2019.) Perheet olivat tehneet myös muutoksia ruokavalioon. Perheissä käytettiin ruokavaliossa enemmän kasviksia ja vihanneksia, syötiin aamupala, laadittiin ateriasuunnitelmia etukäteen sekä noudatettiin annoskokoja (Howie ym. 2016). Liikunta oli tullut myös osaksi perheiden arkea intervention jälkeen (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019).

Tutkimuksissa tuli esille perheiden kokemus uusien asioiden oppimisesta (van Hoek ym. 2017; Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013). Myös halukkuus kokeilla uusia asioita mainittiin Jinksin ja muiden (2013) tutkimuksessa. Vanhemmat olivat yllättyneitä siitä, kuinka paljon he perheenä olivat oppivat uusia asioita intervention aikana (Howie ym. 2016). Uusina opittuina taitoina mainittiin annoskoon oppiminen, ruoanlaittotaitojen oppiminen ja elintarvikkeiden etikettien lukemisen oppiminen (Howie ym. 2016). Interventio lisäsi tietoa terveellisistä käyttäytymismalleista (Howie ym. 2016). Vanhemmat saivat interventiosta strategioita lapsen ja perheen ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden muuttamiseen (van Hoek ym. 2017). Vanhemmat oppivat ottamaan uusia ruokia käyttöön sekä auttamaan lapsia syömisessä. Lisäksi vanhemmat oppivat, miten heidän lapsensa suhtautuu terveellisiin valintoihin ja haasteisiin. (Sallinen ym. 2013.) Myös lapset ja nuoret oppivat paljon uusia taitoja interventiossa (Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013). Nuorilla lisääntyi tietämys terveellisistä käyttäytymismalleista (Howie ym. 2016). Perheet hyödynsivät interventioissa opittuja taitoja ja toimintatapoja sekä saatuja materiaaleja arjessaan (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019). Vanhemmat kertoivat ottaneensa intervention keinoja käyttöön kotona (Howie ym. 2016).

Vanhemmat kertoivat ymmärtäneensä oman roolinsa nuoren tukena ja sen, että vanhempien tehtävänä on toimia roolimallina nuorelle (Howie ym. 2016). Reillyn ja muiden (2019) sekä Howien ja muiden (2016) tutkimuksissa kuvattiin vanhempien itseluottamuksen parantumisesta sekä lisääntyneestä luottamuksesta tukea ja edistää lapsen ja nuoren terveyskäyttäytymistä. Vanhemmat kertoivat olevansa tietoisempia siitä, miten rohkaista nuorta ja tukea nuoren terveellistä elämäntapaa (Howie ym. 2016). Lisääntyneen itseluottamuksen avulla vanhemmat kokivat terveydestä ja painosta keskustelemisen aiempaa helpompana. Vanhemmat kertoivat keskustelelevansa lapsen ja

nuoren kanssa painosta perheen kesken. (Reilly ym. 2019.) Lisäksi tutkimuksissa tuotiin esille vanhempien lisääntynyt luottamus toimia muutoksen tekijänä (Howie ym. 2016; Reilly ym. 2019). Vanhemmat olivat oppineet myös käsittelemään muutosvastarintaansa (Sallinen ym. 2013).

Howien ja muiden (2016) sekä Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksissa kuvattiin parantuneesta perhedynamiikasta. Intervention koettiin parantaneen vanhempien vuorovaikutusta lasten ja nuorten kanssa. Myös koko perheen vuorovaikutuksen parantumisesta kerrottiin (Reilly ym. 2019). Vanhemmat ilmaisivat oppineensa nauttimaan vuorovaikutuksesta nuoren kanssa (Howie ym. 2016). Interventioiden kuvattiin myös lisänneen perheen kunnioituksen tunnetta (Hoeeg ym. 2017) ja perheen itsemääräämisoikeutta (Hoeeg ym. 2017; Reilly ym. 2019).

Reillyn ja muiden (2019) tutkimuksessa kuvattiin seikkaperäisesti intervention aikana tapahtuneita lasten ja nuorten ruokavaliokäyttäytymisen muutoksia. Intervention avulla lapset ja nuoret pyrkivät tietoisesti valitsemaan terveellisiä ruokia ja heillä oli parempi tietoisuus ruokavaliosta. Lisäksi lasten ja nuorten kiinnostus ravitsemukseen oli lisääntynyt ja he osallistuivat enemmän ruoanlaittoon. (Reilly ym. 2019.) Howien ja muiden (2016) tulosten mukaan intervention ansiosta nuoret vähensivät roskaruuan syömistä.

Tutkimuksissa kuvattiin lasten ja nuorten fyysisen aktiivisuuden lisääntyneen interventioiden aikana. Lapsilla ja nuorilla oli motivaatiota osallistua fyysiseen tekemiseen (Reilly ym. 2019). He halusivat tutustua uusiin lajeihin (Reilly ym. 2019), käydä kuntosalilla yksin tai toisten kanssa (Howie ym. 2016), osallistua joukkueurheiluun (Howie ym. 2016) tai ulkoiluttaa koiraa (Howie ym. 2016). Lisäksi lapset ja nuoret kertoivat vähentäneensä istumista intervention avulla (Howie ym. 2016).

Lapset ja nuoret oppivat tekemään itsenäisesti ruokavaliovalintoja ja liikuntaharjoituksia (Reilly ym. 2019). Heidät tunnustettiin myös päätöksentekijöiksi syömisessä (Lucas ym. 2014). Reillyn ja muiden (2019) sekä Hoeegin ja muiden (2017) tutkimusten mukaan perhelähtöiset interventiot lisäsivät lapsen ja nuoren itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa sekä vaikutusvaltaa ja vastuullisuutta.

Uusien ystävien saaminen koettiin merkittävänä hyötynä (Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014). Lapset ja nuoret kertoivat nauttivansa tapaamisista toisten lasten ja nuorten kanssa interventiossa (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014). Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa tuotiin

esille nuorten kokemus siitä, miten interventioon osallistuminen vähensi kiusaamista. Interventioon osallistuminen lisäsi nuorten motivaatiota olla terveempi, antoi nuorelle uskoa muutokseen ja sai nuoret tietoisiksi päätösten seurauksista (Howie ym. 2016).

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

Kouluikäisten lasten ja nuorten ylipainosta ja sen hoidosta löytyy paljon kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia, myös perhelähtöisyyden näkökulmasta tarkasteltuna. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 11 kansainvälistä tutkimusta, jotka käsittelevät ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöisiä interventioita. Mukaan valituissa tutkimuksissa oli paljon yhtäläisyyksiä ja tutkimuksissa toistuivat tietyt asiat. Tästä voidaan päätellä, että eri puolilla maailmaa on tehty tutkimusta, joissa on toisistaan riippumatta onnistuttu saamaan esiin samansuuntaisia tuloksia ylipainoisten kouluikäisten perhelähtöisestä elintapaohjauksesta ja sen toteutumisesta.

Tutkimusten mukaan ensimmäinen askel lasten ja nuorten ylipainon ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on ylipainon tunnistaminen (Davidson & Vidgen 2017, 8; Kelleher ym. 2017, 192; Rhee ym. 2014, 160; Taylor, Williams, Dawson, Haszard & Brown 2014, 1807). Osa vanhemmista ei tunnistanut lapsensa ylipainoa tai kielsivät sen (Lucas ym. 2014; Stea ym. 2016). Stean ja muiden (2016) tutkimuksen mukaan on tärkeää, että vanhemmat saadaan tietoisiksi lapsen painon tilasta. Brown ja muut (2015, 648) toteavat tutkimuksessaan, että vanhempien kieltäytyminen näkemästä ja hyväksymästä lapsensa ylipainoa on yksi tärkeimmistä esteistä onnistuneen elintapaohjauksen toteutumiselle. Toisaalta vanhemmat voivat nähdä lapsen ylipainon ongelmana, mutta eivät tunnista omaa muutostarvettaan, kuten Hoeegin ja muiden (2017) tutkimuksessa tuli esille. Rheen ja muiden (2014, 1609) tutkimuksessa todetaan, että onnistunutta terveystyöskäytännön muutosta ei voi tapahtua, ellei terveysongelmaa ole tunnistettu ja tunnustettu. Lisäksi heidän tutkimuksensa on osoittanut, että vanhemmat eivät todennäköisesti tee muutoksia perheensä ja lapsensa elämäntyyliin, elleivät he tunnusta muutostarvetta tai koe lapsensa olevan vaarassa. (Rhee ym. 2014, 1609.) Myös Johnsin ja Brimlen (2022, 34), Kelleherin ja muiden (2017, 190) sekä Brownin ja muiden (2015, 646) tutkimukset vahvistavat samansuuntaisia tuloksia siitä, että vanhempien kieltäytyminen hyväksymästä lapsensa ylipainoa johtaa siihen, että perheet eivät koe tarvetta elintapaohjaukselle.

Perheiden ensisijainen syy interventioon osallistumisessa oli huoli lapsestaan sekä lapsensa ja perheensä terveydestä. Vanhemmat olivat huolissaan lapsensa terveydestä, ja erityisesti lapsensa psyykkisestä hyvinvoinnista. (van Hoek ym. 2017; Lucas ym. 2014; Wild ym. 2020.) Myös Kelleherin ja muiden (2017, 183) sekä Taylorin ja muiden (2014, 1812) tutkimustulokset viittaavat siihen, että perheiden osallistuminen interventioon johtuu suurelta osin vanhempien huolesta lastensa psykologisesta terveydestä ja hyvinvoinnista. Samoin Väisäsen ja muiden (2013, 148) sekä Schmiedin ja muiden (2018, 908) mukaan vanhempien todellinen huoli lihavasta lapsesta motivoi vanhempia osallistumaan elintapaohjaukseen ja elintapamuutoksien tekemiseen.

Lapset ja nuoret osallistuivat interventioihin ensisijaisesti sosiaalisen vuorovaikutuksen vuoksi, jota interventiot tarjosivat heille. Monet kertoivat interventioon osallistumisen syyksi hauskan pitämisen ja ystävyysuhteiden luomisen. (Howie ym. 2016; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019.) Myös Kelleherin ja muiden (2017, 190) sekä Newsonin, Poveyn, Cassonin ja Groganin (2013, 1301) tutkimukset tukevat tätä tulosta. Katsauksen tuloksissa korostui, että sosiaalinen vuorovaikutus toimi kannustimena myös vanhemmille. Vanhemmat kertoivat odottavansa sitä, että tapaavat ryhmässä samassa tilanteessa olevia vanhempia ja saavat tukea muilta vanhemmilta. (Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011.)

Lapset ja nuoret mainitsivat sosiaalisen eristäytymisen kokemuksen ja kiusaamisen merkittävinä syinä osallistumiselle (Lucas ym. 2014). Myös Brownin ja muiden (2015, 646) tutkimuksessa nuoret kuvailevat eristyneisyyden ja yksinäisyyden tunteita, jotka liittyvät heidän kokemukseensa omasta ylipainosta. Toisaalta ylipainoon liittyvä leimautuminen voi aiheuttaa esteen interventioon osallistumiselle (Jones ym. 2019, 11; Kelleher ym. 2017, 183). Esimerkiksi Lucasin ja muiden (2014) tutkimuksessa useat lapset ilmoittivat epäröivänsä interventioon osallistumista, koska he eivät usko-neet olevansa "lihavina" tai he eivät pitäneet siitä, että muut pitivät heitä "lihavina". Ylipainoon liittyvä leimautuminen näyttääkin vaikuttavan siihen, osallistuivatko perheet interventioon vai eivät. Newsonin ja muiden (2013, 1299) tutkimuksessa on havaittu, että muun perheen, ystävien ja sosiaalisen verkoston mielipiteet vaikuttavat kouluikäisten ja heidän perheiden alkuperäiseen päätökseen osallistua interventioon ja lisäksi näihin mielipiteet vaikuttavat osallistuneiden myöhemmän käyttäytymiseen. Ylipainoisten leimautuminen terveydenhuollon voi johtaa psyykkiseen ahdistukseen, liikunnan välttämiseen, ennaltaehkäisevien käytien vähenemiseen sekä hoidon yleiseen välttämiseen (Kaufman ym. 2020, 3).

Elintapaohjaukseen osallistumisen esteinä katsauksessa mainittiin vaikeus sovittaa elintapaohjausta osaksi perheen arkea (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013) ja kokemus elintapaohjauksen toissijaisuudesta (Lucas ym. 2014; Wild ym. 2020). Myös Kelleherin ja muiden (2017, 190) tutkimuksessa vanhemmilla oli vaikeaa löytää aikaa interventiolle, kun heillä oli "niin paljon muuta tekemistä" iltaisin. Perheen tuen puutteen lisäksi toinen yleisimmin raportoitu osallistumisen este on vanhempien ilmoittamat aikatauluvaikeudet, erityisesti työhön, kouluun ja vanhemmuuteen liittyvät sitoumukset (Johns & Brimble 2022, 31; Schmied ym. 2018, 912). Samoin Brown ja muut (2025, 645) toteavat, että työhön, kouluun ja harrastuksiin liittyvät asiat estävät usein elämäntapamuutoksen tekemistä ja ylläpitämistä. Katsauksessa saatiin hyvin samanlaisia tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna interventioon osallistumista estävistä tekijöistä.

Tutkimuksissa korostettiin interventioiden perhelähtöisyyttä (Farnesi ym. 2012; van Hoek ym. 2017; Jinks ym. 2013; Lucas ym. 2014; Sallinen ym. 2013; Stea ym. 2016). Perhekeskeisyys kuvattiin tutkimuksissa lapsen ikätason ja kehitystason huomioimisena, yksilöllisyyden huomioimisena sekä perheen tilanteen kokonaisvaltaisena huomioimisena. Perhelähtöisyyden edistämiseksi interventiot pyrittiin räätälöimään lapsen iän ja perhetilanteen mukaan. Väisänen ja muut (2013, 150) korostavat, että kouluikäisten lasten perheiden elintapaohjaus toimii parhaimmillaan, kun ohjauksessa huomioidaan koko perhe. Lapsen yksilöllisyyden huomioimisessa vanhemmat korostivat erityisesti sitä, että lapsi nähdään muunakin kuin liian ylipainoisena tai lihavana lapsena. Vanhemmat toivoivat, että heidän lapsensa voisivat olla fyysisesti yhtä aktiivinen kuin toiset lapset. (van Hoek ym. 2017.) Newson ja muut (2013, 1296) sekä Brown ja muut (2015, 647) vahvistavat myös saatuja tutkimustuloksia siitä, että vanhempien keskeisenä tavoittoa on varmistaa, että heidän lapsensa ja heidät itsensä koetaan muiden silmissä "terveinä".

Vanhemmat haluavat oppia uusia taitoja elintapamuutoksen tekemiseen (Kelleher ym. 2017, 189; Newson ym. 2013, 1296). Schmiedin ja muiden (2018, 912) tutkimuksessa vanhempia motivoi halu oppia vanhemmuuden tekniikoita, oppia toimimaan roolimalleina sekä halu parantaa omaa ja lastensa terveyskäyttäytymistä ja terveydentilaa. Aiempien tutkimusten tapaan myös van Hoekin ja muiden (2017) tutkimuksessa vanhempien toiveena oli oppia soveltamaan ruokavaliosuosituksia kotiooloissa sekä oppia tukemaan lastaan terveellisessä ruokavaliossa ja kannustamaan lasta fyysiseen aktiivisuuteen. Interventiot, jotka tarjosivat käytännön harjoituksia, motivoivat ja ylläpitivät perheiden halua osallistua interventioon. Vanhemmat arvostivat myös sellaista ohjelmaa, joihin osallistuivat vanhemmat ja lapset yhdessä.

Katsauksessa tuli esille sekaannusta perheen rooleissa ja vastuissa (Hoeeg ym. 2017; Staniford ym. 2011). Vastuu lapsen ja nuoren käyttäytymismuutoksista on ensisijaisesti vanhemmilla (Staniford ym. 2011). Vanhempien velvollisuutena on olla terve roolimalli lapselle ja nuorelle (Staniford ym. 2011; Howie ym. 2016) ja vanhempien on otettava vastuu perheen käyttäytymisen muuttumisesta (Staniford ym. 2011). Jinksin ja muiden (2013) mukaan vanhempien tarvitsee tehdä muutos ensin itse. Vanhemmilla tulisikin luottaa itseensä ensisijaisena muutoksen tekijänä (Reilly ym. 2019). Toisaalta Howien ja muiden (2016) tutkimuksessa vanhemmat kertoivat ymmärtäneensä oman roolinsa lapsen ja nuoren tukena ja roolimallina olemiseen. Myös Schmiedin ja muiden (2018, 908) tutkimuksessa vanhemmat halusivat oppia tulemaan terveiksi roolimalleiksi tai auttaa lapsiaan tulemaan terveemmiksi vanhemmuuden avulla. Rabbit ja Coyne (2012, 675) korostavat, että vanhempien on tiedostettava toimivansa roolimalleina lapsilleen, ja siksi elintapaohjauksessa vanhempia rohkaistaankin noudattamaan hyviä ruokailutottumuksia ja harrastamaan liikuntaa. Katsauksen tutkimustulokset osoittavat, että tulevaisuudessa ylipainoisten kouluikäisten perheiden elintapainterventioissa vanhemman roolia tulee selkeyttää, sillä vanhempien roolimalli ovat ratkaisevan tärkeitä lasten ja nuorten elämäntapakäyttäytymisessä.

Vertaistukea ja terveydenhuollon ammattilaisten tukea arvostettiin (Howie ym. 2016; Lucas ym. 2014; Reilly ym. 2019; Staniford ym. 2011). Vanhemmat kokivat voimakasta yhteyttä toisten samassa tilanteessa olevien vanhempien kanssa (Reilly ym. 2019). Sosiaalinen tuki koettiin tärkeänä terveiden elämäntapojen aloittamisessa ja ylläpitämisessä. Toisaalta tuen puute koettiin merkittävänä esteenä terveyskäyttäytymisen muutoksen ylläpitämiselle. (Staniford ym. 2011.) Myös Jonesin ja muiden (2019, 13, 14) tutkimus tukee tätä tulosta. Nuoret näyttävät arvostavan erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten antamaa henkilökohtaista huomiota (Jones ym. 2019, 13). Perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö on perhelähtöisen elintapaohjauksen perusta (Brown ym. 2015, 649). Stean ja muiden (2016) mukaan tapaamisissa tulisi olla riittävästi aikaa, erityisesti ensimmäisen tapaamisen Stea ja muut (2016) suosittelivat varamaan vähintään kaksi tuntia.

Terveydenhuollon ammattilaisten jatkuvaa rohkaisua pidettiin merkittävänä tekijänä onnistuneen elämäntapamuutoksen toteutumisessa (Staniford ym. 2011). Westin ja muiden (2010, 1171) mukaan vanhemmat ovat usein turhautuneita lapsensa painosta ja uskovat, että he eivät pysty ratkaisemaan liittyviä ongelmia yksin perheenä. Myös katsauksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia.

Tutkimusten mukaan perheet kokivat, että heillä ei ollut riittävää luottamusta saavuttaa elintapa-muutosta ilman tukea (Howie ym. 2016; Staniford ym. 2011; Wild ym. 2020). Samoin Brownin ja muiden (2015, 646) tutkimuksessa vanhemmat ja lapset ovat tuoneet esille huoltaan ylläpitää teh-tyjä muutoksia tulevaisuudessa ilman tukea. Teknologian käyttöä (esimerkiksi tekstiviesti, sähkö-posti) voitaisiin hyödyntää elintapaohjauksessa tapaamisten välillä ja parantaa näin jatkuvaa tukea (Brown ym. 2015, 647). Van Hoekin ja muiden (2017) mukaan digitaalisia ja verkkopohjaisia mene-telmiä tulisikin yhdistää lähitapaamisiin. Myös Staniford ja muut (2011) suosittelevat innovatiivis-ten strategioiden käyttämistä perhelähtöisissä elintapainterventioissa.

Perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä vuorovaikutuksessa korostui luottamuk-sen rakentamisen tärkeys (Reilly ym. 2019; Stea ym. 2016). Perheiden kokemusten mukaan vuoro-vaikutusta edisti terveydenhuollon ammattilaisten positiivinen ja kunnioittava suhtautuminen (Farnesi ym. 2012; Reilly ym. 2019). Lapsen ja nuoren ylipainosta ja lihavuudesta tuleekin puhua herkällä ja kunnioittavalla tavalla. Tapa, jolla terveydenhuollon ammattilaiset ottavat painon pu-heeksi perheiden kanssa on erittäin tärkeää, koska se muodostaa perustan interventioihin, joilla puututaan lasten ja nuorten ylipainoon ja lihavuuteen. Anglén (2020) mukaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattilainen kuuntelee ja kysyy enemmän kuin jakaa tie-toa tai neuvoja. Monet vanhemmat kertovat tuntevansa syyllistämistä tai tuomitsemista tervey-denhuollon henkilöstöltä, minkä seurauksena hoito voi viivästyä tai perhe voi jopa kieltäytyä hoi-don vastaanottamisesta (Kaufman 2020, 3).

Terveydenhuollon ammattilaisten tulee välttää käyttämästä kieltä, joka syyttää vanhempia. Pai-nosta tulisi puhua vanhempien kanssa kunnioittavalla, ei-tuomitsevalla ja herkällä tavalla (THL 2019). Riippumatta siitä, mitä termejä käytetään, painon puheeksi ottaminen herättää useimmissa ihmisissä tunnereaktioita (Kaufman ym. 2020, 3). Esimerkiksi Stean ja muiden (2016) sekä Farnesin ja muiden (2012) tutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että termit "ylipaino" ja "lihava" luokitel-tiin leimaamiseksi ja syyllistämiseksi sekä ei-toivotuksi tavaksi puhua lapsen ja nuoren painosta. Kaufman ja muut (2020, 3) toteavat tutkimuksessaan, että terveydenhuollon ammattilaisten tulee pyytää lupaa keskustella painosta perheiden kanssa ja kysyä myös, mitä termejä he käyttäisivät poikkeavasta painosta puhuttaessa. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten on oltava hyvin tie-toisia omasta roolistaan ja välttää kouluikäisten lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä leimaa-mista ylipainosta. (Kaufman ym. 2020, 3.)

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus edellyttävät, että tutkimus on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tutkimuksessa on noudatettava rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.) Nämä edellä mainitut periaatteet korostuivat opinnäytetyön tekemisen kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyvää tieteellistä käytäntöä kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Opinnäytetyön suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa noudatettiin Jamkin raportointiohjetta sekä opinnäytetyöohjetta. Muiden tutkijoiden tekemälle työlle on annettu arvo ja työtä kunnioittaen on viitattu Jamkin ohjeiden mukaan.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuslupa tulee hakea ja tarvittaessa tehdä myös eettinen ennakoarviointi (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Kirjallisuuskatsauksena tehtävään opinnäytetyötutkimukseen ei tarvitse hakea erillistä tutkimuslupaa, koska kirjallisuuskatsaukseen käytetty aineisto on julkista. Jamkin eettisten ohjeiden mukaisesti tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen ei tarvita eettistä lupaa. Katsaus osoitti, että eettisyyteen on kiinnitettävä huomiota koko prosessin ajan, koska tutkimusaihe on arka ja tutkittavana on lapset ja perheet. Tutkimusprosessissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerien mukaan (Elo, Kanste, Kääriäinen & Pölkki 2014, 3–5; Graneheim & Lundman 2004, 109–110). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa on käytetty käsitteitä uskottavuus, luotettavuus ja siirrettävyys (Graneheim & Lundman 2004, 109). Luotettavuutta ja uskottavuutta parantaa mahdollisimman tarkka aineiston keruun ja analyysin raportointi (Graneheim & Lundman 2004, 110). Tutkijan on pyrittävä osoittamaan tulosten ja aineiston välinen yhteys (Kyngäs ym. 2011, 140). Luotettavuuden varmistamiseksi tutkimusten haku- ja valintaprosessi kuvattiin yksityiskohtaisesti. Hakustrategian määrittelyssä hyödynnettiin Jamkin informaation tukea. Merkittävänä asiana luotettavuuden tarkastelussa pidetään suorien lainausten käyttöä (Graneheim & Lundman 2004, 109; Kyngäs ym. 2011, 140). Tulosten monipuolinen esittely yhdessä suorien lainausten kanssa lisää myös tulosten siirrettävyyttä. Tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, kun tulokset esitetään tavalla, jonka avulla lukija voi etsiä vaihtoehtoisia tulkintoja. (Graneheim & Lundman

2004, 109.) Luotettavuuden varmistamiseksi esimerkit katsauksen aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä on esitetty taulukoissa 4 ja 5.

Luotettavuuteen kuuluu myös kysymys siirrettävyydestä, mikä viittaa siihen, miten tuloksia voidaan siirtää muihin yhteyksiin. Graneheimin ja Lundmanin (2004) mukaan tutkimuksen tekijät voivat antaa ehdotuksia tutkimuksen siirrettävyydestä, mutta lukijan tekee päätöksen, ovatko tulokset siirrettävissä muuhun ympäristöön. Siirrettävyyden arvioinnissa on oleellista tuoda selkeästi esille tiedot kulttuurisesta kontekstista, tiedonkeruusta sekä analyysiprosessista. (Graneheim & Lundman 2004, 110.) Kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteereissä ikärajuksena oli 6–16-vuotiaat lapset ja nuoret. Kyseinen ikärajuus tehtiin sen vuoksi, että kirjallisuuskatsauksen tuloksia voitaisiin hyödyntää kouluterveydenhuollossa. Tutkimuksen tekijä on tiedostanut, että ikärajuksen vuoksi kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle on voinut jäädä relevantteja tutkimuksia.

Opinnäytetyön luotettavuutta varmistettiin kirjallisuuskatsauksen laadun arvioinnin tekemisellä. Valittujen tutkimusartikkeleiden laadun arviointi toteutettiin Joanna Briggs Instituutin laadun arvioinnin mukaisesti (Lockwood ym. 2015). Tutkimusten laatu arvioitiin tutkimuskohtaisesti pisteytyksellä. Kyngäs ja muut (2011, 140) toteavat, että kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää useamman tutkijan tekemä arviointi. Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaus tehtiin yksilötyönä, mitä voidaan pitää luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Toisaalta tarkalla ja huolellisella työskentelyllä opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt luotettavuuden lisäämiseen. Eri työskentelyvaiheista pidettiin päiväkirjaa. Lisäksi alkuperäiset viittaukset ja lähteet merkittiin erilliseen tiedostoon, jotta ne eivät ole sekoittuneet keskenään.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Kouluterveydenhoitajalla on tärkeä rooli kouluikäisten kasvun ja kehityksen seurannassa sekä terveellisten ruokailutottumusten ja elämäntapojen edistämisessä. Kouluterveydenhuollossa terveydenhoitaja tekee pitkäaikaista yhteistyötä kouluikäisten ja heidän perheidensä kanssa. Täten pitkäaikaisen ja luottamuksellisten suhteiden ansiosta kouluterveydenhoitaja on merkittävässä roolissa ylipainon puheeksi ottamisessa. Katsauksessa havaittiin ylipainoon liittyvä leimautuminen interventioon osallistumisen esteenä, mikä vaatii tarkempaa tarkastelua. Kouluterveydenhoitaja pystyy tarjoamaan elintapaohjausta herkällä ja kunnioittavalla tavalla, mikä voi vähentää perheiden leimaantumista ja ennakkoluuloja interventioita kohtaan.

Vanhemman roolia elintapainterventiossa tulee selkeyttää vanhemmille, sillä vanhemmuus ja vanhempien roolimalli ovat ratkaisevan tärkeitä lasten ja nuorten elämäntapakäyttäytymisessä. Elintapaohjauksessa on korostettava vanhempien vastuuta tarjota terveenä roolimallina terveyskäyttäytymisen muutosta tukeva ympäristö, koska vanhempien haluttomuus muuttaa omaa terveyskäyttäytymistään voi olla este onnistuneelle käyttäytymismuutokselle.

Katsauksen tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa ylipainoisten kouluikäisten elintapainterventioissa, joiden tavoitteena on rekrytoida onnistuneesti ja saada perheet osallistumaan kouluikäisten lasten ja nuorten perheille suunnattuihin elintapainterventioihin. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi keskustella perheiden kanssa mahdollisista osallistumisen esteistä ja käsitellä niitä etukäteen perheiden kanssa ennen elintapaohjauksen aloitusta. Tulevaisuudessa interventioissa tulisi harkita myös strategioiden kehittämistä vanhempien muutosvalmiuden parantamiseksi interventioihin ilmoittautumisesta alkaen. Näihin strategiaihin voi kuulua motivoivien haastattelutekniikoiden käyttö, joiden avulla voidaan löytää keinoja lapsen ja perheen terveellisen käyttäytymisen parantamiseksi sekä selkeiden odotusten asettamiseksi vanhempien roolille muutosprosessissa.

Tutkimuksissa perheet ilmaisivat selkeän epäluottamuksensa kykynsä ylläpitää itsenäisesti intervention tuloksena tehtyjä terveyttä edistäviä ja painoon liittyviä muutoksia ilman jatkuvaa tukea. Terveystieteiden ammattilaisten on välttämätöntä tarjota perhekeskeistä neuvontaa ja tukea ylipainoisille kouluikäisille ja heidän perheilleen. Perhelähtöisissä interventioissa onkin tärkeää ottaa huomioon koko perheen tuen tarve. Pitkän aikavälin tuen tarjoaminen perheille on välttämätöntä elämäntapamuutosten tekemisessä ja ylläpitämisessä. Innovatiiviset ohjausstrategiat, kuten verkkovalitteinen elintapaohjaus, voisivat tarjota onnistuneen keinon helpottaa elintapaohjauksen räätälöimistä ja kohdentamista kouluikäisten lasten ja nuorten perheille perinteisten kasvotusten tapahtuvien lähestymistapojen sijaan.

Kouluikäisten lasten ja nuoren ylipaino on vakava terveysongelma nyt ja tulevaisuudessa. Terveystieteiden ammattilaisilla, terveydenhuollon palveluntarjoajilla sekä poliittisilla päättäjillä on velvollisuus käyttää parasta saatavilla olevaa näyttöön perustuvaa tutkimustietoa kouluikäisten lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi. Tulevaisuudessa kouluikäisten lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden tutkimuksissa tulisi arvioida parhaita menetelmiä terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamiseksi perhekeskeisen hoidon tarjoamiseen ja kehittää sopivia lähestymistapoja kouluikäisten perheiden elintapaohjaukseen.

Lähteet

- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Viitattu 24.4.2023. *Duodecim*, 127, 2265–72. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo99873>.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten autan potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim*, 133, 1015–1021. Viitattu 24.4.2023. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo13734>.
- Allen, J. K., Stephens, J. & Patel, A. 2014. Technology-Assisted Weight Management Interventions: Systematic Review of Clinical Trials. *Telemedicine and e-Health*, 20, 12, 1103–1120. Viitattu 27.4.2023. DOI: [10.1089/tmj.2014.0030](https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0030).
- Anglé, S. 2020. Painon puheeksi ottaminen lihavan potilaan hoidossa. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.4.2023. www.kaypahoito.fi.
- Brown, L., Dolisca, S-B. & Cheng, J. K. 2015. Barriers and facilitators of pediatric weight management among diverse families. *Clinical Pediatrics*, 54, 7, 634–651. Viitattu 16.4.2023. <https://doi.org/10.1177/0009922814555>.
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34, 4, 215–225. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.
- Elo, S., Kanste, O., Kääriäinen, M. & Pölkki, T. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4, 1, 1–10. Viitattu 28.3.2023. DOI: 10.1177/2158244014522633.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 1, 107–115. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. Viitattu 24.4.2023. https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe.
- Dalla Valle, M. & Jääskeläinen, J. 2016. Lasten ja nuorten lihavuuden arviointi ja hoito. *Suomen lääkäri-lehti* 71, 39, 2413–2420. Viitattu 28.3.2023. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/04/41/523/sll392016-2413.pdf>.
- Danielsson-Ojala, R. 2016. Järjestelmällinen katsaus Joanna Briggs Instituutin mukaisesti. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 118–128.
- Davidson, K. & Vidgen, H. 2017. Why do parents enrol in a childhood obesity management program? a qualitative study with parents of overweight and obese children. *BMC Public Health*, 17, 159, 1–10. Viitattu 12.4.2023. DOI: [10.1186/s12889-017-4085-2](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4085-2).

Davis, M. M., Gance-Cleveland, B., Hassink, S., Johnson, R., Paradis, G. & Resnicow, K. 2007. Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics*, 120, 4, 229–253. Viitattu 12.4.2013. DOI: [10.1542/peds.2007-2329E](https://doi.org/10.1542/peds.2007-2329E).

Graneheim, U. H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. Viitattu 28.3.2023. DOI: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001).

Green, J., Cross, R., Woodall, J. & Tones, K. 2019. *Health Promotion: planning and strategies*. Fourth edition. London: Sage Publications Ltd.

Farnesi, B.-C., Newton, A. S., Holt, N. L., Sharma, A. M. & Ball, G. D. C. 2012. Exploring collaboration between clinicians and parents to optimize pediatric weight management. *Patient Education and Counseling*, 87, 1, 10–17. Viitattu 18.3.2023. <https://janet.finna.fi>, MEDLINE.

Fowler-Brown, A. & Kahwati, L. 2004. Prevention and treatment of overweight in children and adolescents. *American Family Physician* 69, 11, 2591–2598. Viitattu 28.3.2023. <https://www.aafp.org/afp/2004/0601/p2591.html>.

Hankonen, N. 2012. Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 75–78. Viitattu 24.4.2023. <https://journal.fi/sla/article/view/5146>.

Hoeeg, D., Grabowski, D. & Christensen, U. 2017. Intra-familial stigmatization: An adverse outcome of a family-based health education intervention to reduce childhood obesity. *Health Education*, 118, 3, 227–238. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

van Hoek, E., Bouwman, L. I., Koelen, M. A., Lutt, M. A. J., Feskens, J. M. & Janse A. J. 2017. Development of a Dutch intervention for obese young children. *Health Promotion International*, 32, 4, 624–635. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Honkanen, H. & Mellin, O-K. 2015. Terveyskeskustelu ja terveystuoksessa tukeminen. Julkaisussa *Terveystuoksijan osaaminen*. Toim. P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. Helsinki: Edita, 107–136.

Hopia, H., Raitio, K., Punna, M. & Kettunen, T. 2014. Perheissä puheeksi lihavuus. *Premissi*, 9, 2, 26–29. Viitattu 15.4.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201803053012>.

Howie, E. K., McManus, A., Smith, K. L., Fenner, A. A & Straker, L. M. 2016. Practical Lessons Learned from Adolescent and Parent Experiences Immediately and 12 Months following a Family-Based Healthy Lifestyle Intervention. *Childhood Obesity* 12, 5, 401–409. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Jinks, A., English, S. & Coufopoulos, A. 2013. Evaluation of a family-centred children's weight management intervention. *Health Education*, 113, 2, 88–101. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Johns, R. & Brimble, M. J. 2022. Barriers to health promotion with overweight or obese children, young people and their families. *Nursing Children and Young People*, 34, 6, 29–35. Viitattu 2.5.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Jones, H. M., Al-Khudairy, L., Melendez-Torres, G. J. & Oyeboode, O. 2019. Viewpoints of overweight and obese adolescents attending lifestyle obesity treatment interventions: a qualitative systematic review. *Obesity reviews*, 20, 1, 1–23. Viitattu 31.3.2023. <http://wrap.warwick.ac.uk/107571/>.

Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2018. Technology-based counseling in the management of weight and lifestyles of obese or overweight children and adolescents: A descriptive systematic literature review. *Informatics for Health and Social Care*, 43, 2, 126–141. Viitattu 27.4.2023. DOI: [10.1080/17538157.2017.1353997](https://doi.org/10.1080/17538157.2017.1353997).

Kaufman, T. K., Lynch, B. A. & Wilkinson, J. M. 2020. Childhood Obesity: An Evidence-Based Approach to Family-Centered Advice and Support. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1–6. Viitattu 16.4.2023. <https://doi.org/10.1177/2150132720926279>.

Kautiainen, S. 2008. Overweight and obesity in adolescence. Secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time. Academic dissertation. Tampere: University of Tampere. Viitattu 28.3.2023. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7445-3>.

Kelleher, E., Davoren, M. P., Harrington, J. M., Shiely, F., Perry, I. J. & McHugh, S. M. 2017. Barriers and facilitators to initial and continued attendance at community-based lifestyle programmes among families of overweight and obese children: a systematic review. *Obesity Reviews*, 18, 183–194. Viitattu 31.3.2023. <https://doi.org/10.1111/obr.12478>.

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakesin op-paita 51. Viitattu 27.4.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:951-33-1059-0>.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23, 2, 138–148.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11, 1, 3–12.

Käyttäytymisen muutospyörä 2020. UKK-instituutti. Viitattu 24.4.2023. <https://ukkinstituutti.fi/elintapaohjaus/edistamismallit/kayttaytymisen-muutospyora/>.

L 628/1998. Perusopetuslaki. Viitattu 26.4.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>.

L 1326/2010. Terveystieteidenhuoltolaki. Viitattu 26.4.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Langford, R., Bonell, C., Jones, H. & Campbell, R. 2015. Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 12, 15. Viitattu 28.3.2023. https://www.researchgate.net/publication/273701814_Obesity_prevention_and_the_Health_promoting_Schools_framework_Essential_components_and_barriers_to_success.

Lemetti T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 67–79.

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Käypä hoito -suositus. 2023. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 28.3.2023. www.kaypahoito.fi.

Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. 2016. Kansallinen lihavuusohjelma. Toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016–2018. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.3.2023. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130539/URN_ISBN_978-952-302-665-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Lockwood C., Munn Z. & Porritt K. 2015. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.*, 13, 3, 179–187. Viitattu 15.3.2023. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.

Lucas, P. J., Curtis-Tyler, K., Arai, L., Stapley, S., Fagg, J. & Roberts, H. 2014. What works in practice: user and provider perspectives on the acceptability, affordability, implementation, and impact of a family-based intervention for child overweight and obesity delivered at scale. *BMC Public Health* 14, 614, 1–12. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 1–11. Viitattu 24.4.2023. <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1748-5908-6-42>.

Michie, S., West, R., Campbell, R., Brown, J. & Gainforth, H. 2014. *ABC of Behaviour Change Theories*. Silverback Publishing.

Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. 2020. Content Analysis in Systematic Reviews. Julkaisussa *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Toim. H. Kyngäs, K. Mikkonen & M. Kääriäinen. Springer, 105–115.

Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto: Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. 2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Viitattu 27.4.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2942-5>.

Newson, L., Povey, R., Casson, A. & Grogan, S. 2013. The experiences and understandings of obesity: families' decisions to attend a childhood obesity intervention. *Psychology & Health*, 28, 11, 1287–1305. Viitattu 26.4.2023. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.803106>.

- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P. & Summerbell, C. D. 2009. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD001872. Viitattu 29.3.2023. DOI: [10.1002/14651858.CD001872.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001872.pub2).
- Peirson, L., Fitzpatrick-Lewis, D., Morrison, K., Ciliska, D., Kenny, M., Ali, M. U. & Parminder, R. 2015a. Prevention of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*, 3, 1, 23–34. Viitattu 28.3.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382039/>.
- Peirson, L., Fitzpatrick-Lewis, D., Morrison, K., Ciliska, D., Kenny, M., Ali, M. U. & Parminder, R. 2015b. Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*, 3, 1, 35–46. Viitattu 28.3.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382035/>.
- Pratt, K. J. & Skelton, J. A. 2018. Family Functioning and Childhood Obesity Treatment: A Family Systems Theory-Informed Approach. *Academic Pediatrics*, 18, 6, 620–627. Viitattu 18.4.2023. DOI: [10.1016/j.acap.2018.04.001](https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.04.001).
- Rabbit, A. & Coyne, I. 2012. Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal of Nursing*, 21, 12, 672–676. Viitattu 18.4.2023. DOI: [10.12968/bjon.2012.21.12.731](https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.12.731).
- Raj, M. & Kumar, R. 2010. Obesity in children and adolescents. *Indian Journal of Medical Research* 132, 5, 598–607. Viitattu 28.3.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028965/>.
- Reilly, K. C., Briatico, D., Irwin J. D., Tucker, P., Pearson, E. S. & Burke, S. M. 2019. Participants' Perceptions of "C.H.A.M.P. Families": A Parent-Focused Intervention Targeting Paediatric Overweight and Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 12, 1–24. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, MEDLINE.
- Reims, K. G. & Ernst, D. 2016. Using Motivational Interviewing to Promote Healthy Weight. *Family Practice Management*, 23, 32–38. Viitattu 12.4.2023. <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2016/0900/p32.html>.
- Rhee, K. E., McEachern, R. & Jelalian, E. 2014. Parent Readiness to Change Differs for Overweight Child Dietary and Physical Activity Behaviors *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114, 10, 1601–1610. Viitattu 31.3.2023. <https://escholarship.org/uc/item/4wd3p168>.
- Sallinen, B. J., Schaffer, S. & Woolford, S. J. 2013. In Their Own Words: Learning from Families Attending a Multidisciplinary Pediatric Weight Management Program at the YMCA. *Childhood Obesity* 9, 3, 200–207. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, MEDLINE.
- Salmela, S., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47, 208–218. Viitattu 24.4.2023. <https://journal.fi/sla/article/view/3627>.

Schmied, E. A., Chuang, E., Madanat, H., Moody, J., Ibarra, L., Ortiz K., Macias, K. & Ayala, G. X. 2018. A Qualitative Examination of Parent Engagement in a Family-Based Childhood Obesity Program. *Health Promotion Practice*, 19, 6, 905–914. Viitattu 16.4.2023. doi: [10.1177/1524839918757487](https://doi.org/10.1177/1524839918757487).

Schwarzer, R., Sniehotta, F. F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., Wegner, M. & Ziegelmann, J. P. 2003. On the Assessment and Analysis of Variables in the Health Action Process Approach: Conducting an Investigation. Berlin, Freie Universität Berlin, 1–18. Viitattu 24.4.2023. http://userpage.fu-berlin.de/gesund/hapa_web.pdf.

Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W. R., van Mechelen, W. & Chinapaw, M. J. M. 2008. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 9, 5, 474–488. Viitattu 16.4.2023. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x>.

Staniford, L. J., Breckon, J.D., Copeland, R. J. & Hutchison, A. 2011. Key stakeholders' perspectives towards childhood obesity treatment: A qualitative study. *Journal of Child Health Care* 15, 3, 230–244. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Stea, T. H., Haugen, T., Berntsen, S., Guttormsen, V., Øverby, N.C., Haraldstad, K., Meland, E. & Abildsnes, E. 2016. Using the Intervention Mapping protocol to develop a family-based intervention for improving lifestyle habits among overweight and obese children: study protocol for a quasi-experimental trial. *BMC Public Health*, 16, 1092, 1–15. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Stewart, L., Chapple, J., Hughes, R., Poustie, V. & Reilly, J. J. 2008. The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21, 464–473. Viitattu 26.4.2023. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00888.x>.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 7–22.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2001. Koululaisten terveys. *Duodecim*, 117, 2583–2594. Viitattu 28.3.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2001/24/duo92681>.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen. Turku: Turun yliopisto, 107–117.

Taylor, R. W., Williams, S. M., Dawson, A. M., Hazzard, J. J. & Brown, D. A. 2014. Parental motivation to change body weight in young overweight children. *Public Health Nutrition*, 18, 10, 1807–1814. Viitattu 16.4.2023. DOI: [10.1017/S1368980014002171](https://doi.org/10.1017/S1368980014002171).

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 28.3.2023. https://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcbaf5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466.

Terveyden tulevaisuudet: pohjaselvitys suomalaisten terveyteen vaikuttavista ilmiöistä. 2014. Helsinki: Demos Helsinki. Viitattu 24.4.2023. https://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2014/11/terveydentulevaisuudet_1_demoshelsinki.pdf.

Thomson, C. A. & Johnston, C. 2018. Dietary Behavior Change. Julkaisussa *The handbook of health behavior change*. E-kirja. Toim. M. A. Hilliard, K. A. Riekert, J. K. Ockene & L. Pbert. Springer Publishing Company, 133–152.

THL 2019. Neuvola- ja alakouluikäisen lapsen ylipainon puheeksiotto: Opas lapsiperheen kanssa työskentelevälle ammattilaiselle. Viitattu 13.4.2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-322-9>.

THL. 2021. Kouluterveyskysely 2019 ja 2021. Viitattu 7.3.2023. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary_perustulokset2?alue_0=87869&mittarit_0=200537&mittarit_1=199843&mittarit_2=200056&vuosi_0=v2017&kouluaste_0=161293#.

Tonkin, R. & Sacks, D. 1998. Obesity management in adolescence: clinical recommendations. *Paediatr Child Health* 3, 6, 395–398. Viitattu 28.3.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2851302/>.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 15.3.2023. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Vuorenmaa, M., Mäki, P. & Kauppala, T. 2022. Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus 2021. Tilastoraportti 36/2022. Viitattu 28.3.2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022092259888>.

Väisänen, H., Kääriäinen, M., Kaakinen, P. & Kyngäs, H. 2013. Vanhempien motivoitumista edistävät ja estävät tekijät ylipainoisten ja lihaviiden lapsien elintapojen muuttamiseen: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 25, 2, 141–154. Viitattu 7.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. J. & Davies, P. S. W. 2010. Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1170–1179. Viitattu 13.4.2023. DOI: [10.1016/j.brat.2010.08.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.008).

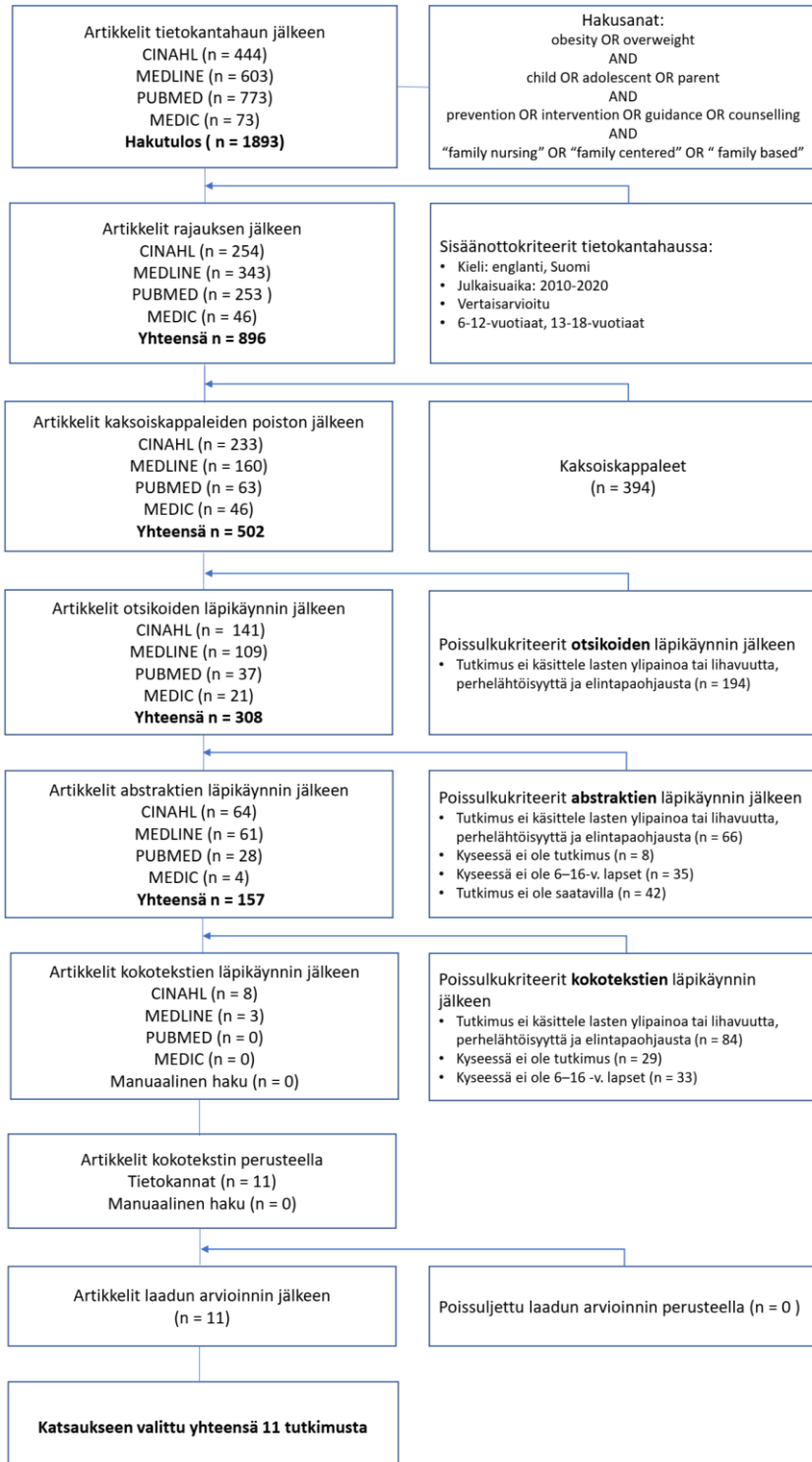
Whittemore, R. & Knafk, K. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52, 5, 546–553. Viitattu 28.3.2023. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x).

Wild, C. E. K., O’Sullivan N.A., Lee, A. C., Cave, T. L., Willing, E. J., Cormack, D. M., Hofman, P. L. & Anderson, Y. C. 2020. Survey of Barriers and Facilitators to Engagement in a Multidisciplinary Healthy Lifestyles Program for Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 52, 5, 528–534. Viitattu 28.3.2023. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaun kuvaus

Tiedonhaku 1.1.2010 – 16.10.2020



Liite 2. Katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

| Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa | Tutkimuksen tarkoitus | Aineiston tutkimus-tyyppi, aineiston keruu ja aineiston analyysi | Keskeiset tulokset | Laadun arviointi |
|------------------------------------|---|---|---|------------------|
| Farnesi ym. 2012 Kanada | Tutkia lääkäreiden ja ylipainoisten lasten vanhempien ymmärrystä yhteistyöstä lasten painonhallinnassa. | Lääkärit (n = 12) ja vanhemmat (n = 8), joilla 8–12-vuotias ylipainoinen lapsi Laadullinen tutkimus; ryhmähaastattelu ja yksilöhaastattelu | Lääkäreiden ja vanhempien yhteistyö sisälsi positiivisen terapeuttisen suhteen, vanhempien osallistumisen keskusteluihin sekä säännöllisen seurannan ja arvioinnin. Onnistuneessa yhteistyössä korostui terveyspalvelujen räätälöinti perheiden tarpeisiin, vanhempien kunnioitus asiantuntijoina sekä lääkäreiden ja perheiden välinen kumppanuus. Vanhemmat kuvailivat tyytymättömyyttä hoitoon, kun lääkärit poikkesivat näistä periaatteista. | 9/10 |
| Hoeeg ym. 2017 Tanska | Tutkia perhelähtöisen terveyskasvatuksen toteuttamista interventioon osallistuneiden perheiden arjessa. | Vanhemmat (n=15) ja 11–13-vuotiaat ylipainoiset nuoret (n=10) Laadullinen tutkimus; syvällinen puolistrukturoitu haastattelu | Perheet kokivat, että interventio lisäsi heidän itsemääräämisoikeuttaan ja kunnioituksen tunnetta. Interventio eteni heidän ehtoiltaan ja heidän tahtinsa mukaisesti. Myönteisistä kokemuksista huolimatta kaikki perheenjäsenet eivät kuitenkaan olleet tasavertaisesti mukana interventiossa ja sitoutuivat sen toteuttamiseen arkielämässään. Mikäli vanhemmat eivät onnistuneet muuttamaan epäterveellisiä tapoja, vastuu terveellisestä elämästä siirtyi usein lihavalle lapselle. Useat lapset tunsivat itsensä leimautuneiksi omassa perheessään. | 9/10 |
| van Hoek ym. 2017 Alankomaat | Kehittää ja toteuttaa ylipainoisille/lihaville kouluikäisille lapsille suunnattu Aan Tafel! -elintapainterventio. | N= 11 vanhempaa, joiden 8–12-vuotias ylipainoinen lapsi on osallistunut intervention pilotointiin Pilottitutkimus, haastattelu | Vanhemmat pitivät tärkeänä tekijänä muuttaa lapsensa ruokavaliota ja liikuntaa. Vanhemmat halusivat oppia soveltamaan ruokavaliosuosituksia arjessa sekä oppia tukemaan lastaan. Interventioon toivottiin erilaisia käyttäytymisen muutostekniikoita. Vanhemmat korostivat, että lasten osallistuminen pitäisi olla hauskaa, leikkimällä oppimista. | 7/10 |

| Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa | Tutkimuksen tarkoitus | Aineiston tutkimus-tyyppi, aineiston keruu ja aineiston analyysi | Keskeiset tulokset | Laadun arviointi |
|-----------------------------------|--|---|---|------------------|
| | | | Intervention lähestymistapa tulisi olla positiivinen, lasta korostava sekä räätälöity lapsen ja perheen tarpeiden mukaan. Internetin käyttö interventiossa koettiin hyödyllisenä, aikaa säästävänä, nykyaikaisena sekä itselle sopivan ajan mahdollistavana tekijänä. | |
| Howie ym. 2016 Australia | Tunnistaa keskeisiä interventiostrategioita ja -tekniikoita tutkimalla ylipainoisten tai liikalihavien nuorten ja heidän vanhempiensa yhteisiä kokemuksia yhteisöpohjaisen CAFAP-elintapaohjauksen aikana. | Vanhemmat (n= 33) ja 12–16-vuotiaat ylipainoiset nuoret (n= 37) Laadullinen tutkimus; haastattelu | Nuoret ja vanhemmat olivat erittäin tyytyväisiä interventioon. Useimmat vanhemmat pitivät siitä, että interventio oli räätälöity erityisesti ylipainoisille nuorille ja heidän perheilleen. Vanhempien tuki ja kannustus helpotti nuorten muutosta ja auttoi ylläpitämään terveellistä käyttäytymistä. Vanhemmat kokivat, että interventio paransi vuorovaikutusta nuoren kanssa, lisäsi motivaatiota olla terveempiä sekä lisäsi tietoisuutta päätöstensä seurauksista. Aika, huono sää, liikenne ja muiden perheen lasten osallistumattomuus ohjelmaan olivat pääasialliset esteet säännölliselle osallistumiselle. | 8/10 |
| Jinks ym. 2013 Iso-Britannia | Kuvata lihaville lapsille suunnatun perhekeskeisen OSCAR-elintapaohjauksen arviointi. | Vanhemmat (n=11) ja (n=7) 7–14-vuotiasta ylipainoista lasta N=6 terveydenhuollon ammattilaista Monimenetelmällinen tutkimus; yksilö-, ryhmä- tai puhelinhaastattelu, kyselyt | Osallistujat kommentoivat ohjelman ainutlaatuisuutta ja sen perhekeskeisiä lähestymistapoja. Jotkut perheistä kuitenkin kokivat, että heiltä puuttui tuki ohjelman aikana. Perheet kokivat saavuttaneensa positiivisia muutoksia elämäntavoissa. Suurin osa perheistä kertoi oppineensa monia uusia asioita. Työntekijät kuvasivat ohjelmaan osallistujien rekrytoinnin haasteelliseksi. Työntekijöillä oli erittäin myönteisissä kokemuksia perhetapaamisista. | 8/10 |
| Lucas ym. 2014 Iso-Britannia | Kuvata MEND-intervention käyttöönot- | Terveydenhuollon ammattilaiset (n=29) ja perheet (n=23), joissa on 7– | Suurin osa perheistä koki interventioon osallistumisen positiivisena kokemuksena. | 8/10 |

| Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa | Tutkimuksen tarkoitus | Aineiston tutkimus-tyyppi, aineiston keruu ja aineiston analyysi | Keskeiset tulokset | Laadun arviointi |
|-------------------------------------|--|---|---|------------------|
| | toon ja toteutukseen vaikuttavia tekijöitä palveluntarjoajien sekä perheiden näkökulmasta tarkasteltuna. | 13-vuotias ylipainoinen lapsi Laadullinen tutkimus; yksilöhaastattelut, ryhmähaastattelut | Perheet kokivat interventiolle asetetut vaatimukset vaikeiksi. Käytännön ongelmat, kuten kuljetus, vanhempien työaikataulut sekä muut perheen vaatimukset, mainittiin esteiksi osallistumiselle. Elintapamuutosten ylläpitäminen pidemmällä aikavälillä koettiin haasteellisena. Työntekijät kertoivat, että perheiden rekrytointi sekä motivaation ja osallistumisen ylläpitäminen vaatii ponnisteluja. Henkilökunnan ammattitaitoa arvostettiin. Ohjelmaa mukautettiin osallistujien sosiaalisten ja kulttuuristen tarpeiden mukaan. | |
| Reilly ym. 2019 Kanada | Tutkia C.H.A.M.P. Families -ohjelmaan osallistuneiden vanhempien näkökulmia ja kokemuksia ohjelmasta sekä ohjelman vaikutuksista lasten ja vanhempien hyvinvointiin. | N = 12 vanhempaa, joilla on 6–14-vuotias ylipainoinen lapsi Laadullinen tutkimus; haastattelu | Vanhemmat pitivät interventioon osallistumisestaan myönteisenä kokemuksena. Myönteisinä asioina mainittiin ryhmäympäristön merkitys ja positiivinen vaikutus, opetussisällöt sekä ilmainen lasten hoito. Vanhemmat toivoivat lasten osallistumisen lisäämistä. Esteinä tunnistettiin sosiaalisen ympäristön tekijät, aikarajoitukset sekä vanhemmuuden haasteet. | 9/10 |
| Sallinen ym. 2013 Yhdysvallat | Tutkia vanhempien ja lasten käsityksiä MPOWER Junior -ohjelmasta sekä saada tietoa tekijöistä, jotka voivat parantaa perheiden sitoutumista painonhallintahoitoon. | Vanhemmat (n=19) ja 7–11-vuotiaat ylipainoiset lapset (n = 15) Laadullinen tutkimus; puhelinhaastattelu | Vanhemmat ja lapset suhtautuivat erittäin myönteisesti MPOWER Junior -ohjelmaan. Ohjelman sisältöjä pidettiin hyödyllisinä. Monet vanhemmat ja lapset kokivat, että päivittäisen terveyskäyttäytymisen seuranta on tärkeää ja hyödyllistä, mutta myös aikaa vievää ja vaatii ponnistelua. Säännöllisessä seurannassa oli haasteita perheillä. Osallistumisen esteinä mainittiin kuljetuksiin ja aikatauluihin liittyvät haasteet sekä täyttymättömät odotukset. | 8/10 |
| Staniford ym. 2011 Iso-Britannia | Tutkia keskeisten sidosryhmien (lapset, vanhemmat ja terveydenhuollon ammattilaiset) näkökulmia lasten liikalihavuuden hoitoon ja interventiosuunnitteluun. | N = 26 osallistujaa; (n = 10) 7–13-vuotiaasta ylipainoista lasta, (n = 7) vanhempaa ja (n = 9) terveydenhuollon ammattilaista | Koko perhe tulisi ottaa mukaan ohjaukseen ja elintapojen muutosprosessiin. Ohjauksessa tulisi huomioida yksilöllisyys sekä valmius ja luottamus muutokseen. | 8/10 |

| Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa | Tutkimuksen tarkoitus | Aineiston tutkimus-tyyppi, aineiston keruu ja aineiston analyysi | Keskeiset tulokset | Laadun arviointi |
|-----------------------------------|---|--|--|------------------|
| | | Laadullinen tutkimus; haastattelu | Sosiaalinen tuki koettiin tärkeänä terveiden elämäntapojen aloittamisessa ja ylläpitämisessä. Toisaalta tuen puute koettiin merkittävänä esteenä terveyskäyttäytymisen muutoksen ylläpitämiselle. Vertaistuki koettiin tärkeäksi. | |
| Stea ym. 2016 Norja | Kehittää ja toteuttaa perhelähtöisiä elintapainterventiontoita ylipainoisille/lihaville lapsille ja heidän perheilleen. | N=8 vanhempaa, joilla on 6–10-vuotias ylipainoinen lapsi, N=5 terveydenhoitajaa Laadullinen tutkimus; pilottitutkimus, haastattelu | <p>Terveydenhoitajat korostivat tärkeyttä puuttua lapsen ylipainoon herkällä ja kunnioittavalla tavalla. Vanhemmat ja terveydenhoitajat kokivat keskustelun lapsen painosta vaikeana.</p> <p>Terveydenhoitajat esittivät tarpeen ihmissuhdetaitojen parantamisesta, ravitsemustiedon lisäämisestä sekä käytännön työkalujen käyttöönotosta terveyden edistämistyössä.</p> <p>Vanhemmuuden haasteet mainittiin tärkeimpinä esteinä terveiden elämäntapojen muutoksille.</p> | 7/10 |
| Wild ym. 2020 Uusi-Seelanti | Ymmärtää osallistumista ja sitoutumista estäviä ja edistäviä tekijöitä Whanau Pakari -elintapaohjelmassa, joka on suunnattu Uuden-Seelannin alkupe-räiskansojen lihaville lapsille ja nuorille. | Vanhemmat (n= 58) ja yli 11-vuotiaat ylipainoiset lapset (n=13) Monimenetelmällinen tutkimus; kysely ja avoimet kysymykset | <p>Aiemmat kokemukset terveydenhuollosta vaikuttivat perheiden päätökseen osallistua ohjelmaan.</p> <p>Osallistumista edistäviä tekijöitä olivat huoli perheen ja lapsen terveydestä, motivaatio parantaa lapsen ja perheen terveyttä sekä intervention jatkuva tuki.</p> <p>Osallistumista estävinä tekijöinä mainittiin intervention soveltumattomuus perheen tilanteeseen, viikoittaiset tapaamiset, hankalat kulkuyhteydet sekä muut tekijät, jotka koettiin interventiota tärkeämmäksi.</p> | 9/10 |