



Näkökulmia lapsen lihavuuden hoitoon

Leea Järvi

MMM, laillistettu ravitsemusterapeutti,
kuntoutuksen ohjaaja (YAMK)

Yhteistyöni Terveystieteiden tohtori, yliopettaja Lea Rissasen kanssa alkoi vuonna 2007, kun pyrin Oulun seudun ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikköön opiskelemaan terveyden edistämisen koulutusohjelmaan päämääränäni suorittaa ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Pyrin opiskelemaan, koska kaipasin uusia ajatuksia ja uudenlaista näkemystä työhöni Oulun yliopistollisen sairaalan ravitsemusterapeutina ja terveyden edistämisen yhdyshenkilönä.

Terveyden edistämisen opiskelu oli antoisaa ja mielenkiintoista. Opetus oli korkeatasoista ja opettajat ammattitaitoisia. Parasta koulutuksessa oli taitavasti suunniteltu monimuoto-opetus, joka mahdollisti opiskelun työn ohessa. Oli myös miellyttävää tutustua kurssillemme olleisiin toisiin opiskelijoihin sekä heidän ammatteihinsa ja työtehtäviinsä. Nautin erityisesti opintoihini sisältyneistä opetustehtävistä ja esiintymisharjoituksista sekä palautteen saamisesta. Terveyden edistämisen ylempään ammattikorkeakoulututkintoon tähtäävä koulutusta voi todella suositella uusia ajatuksia ja itsensä kehittämistä kaipaaville.

Artikkelini, näkökulmia lapsen lihavuuden hoitoon, perustuu terveyden edistämisen ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäyte

työhön, lapsen lihavuuden hoito, elintapaohjaus ja hoidon porrastus (Järvi 2008).

JOHDANTO

Terveys arvotetaan yhdeksi tärkeimmistä asioista ihmisen elämässä. Elintavoilla on keskeinen merkitys terveyden edistämässä sekä yksilö- että väestötasolla. Lähtökohdat suomalaisten terveyden edistämiseksi ovat teoriassa hyvät. Useat lait ja asetukset sisältävät ennaltaehkäisevän työn merkitystä korostavat osuudet. (Pyykkö 2006, 10.) Keskeisiä näistä laeista ovat perustuslaki (11.6.1999/73) ja uudistettu kansanterveyslaki (1.3.2005/928).

Perustuslaki velvoittaa julkisen vallan huolehtimaan lasten ja perheiden hyvinvoinnista (11.6.1999/73,11§). Kansanterveyslaki korostaa terveydenhuollon roolia terveyden edistäjänä ja yhteistyön aktiivisena rakentajana muiden hallinnonalojen kanssa. (Perttilä & Uusitalo 2006, 14.) Hallituksen politiikkaohjelma 2007 sisältää terveyden edistämisen ohjelman, jonka yhtenä yhteiskunnallisena vaikuttavuustavoitteena on suomalaisten kansansairauksien ehkäisy pyrkimällä vaikuttamaan väestön elintapoihin niin, että ne muuttuvat

entistä enemmän terveyttä edistäviksi. Ohjelman keskeisenä kohde-ryhmänä ovat lapset ja kärkitavoitteena erityisesti lasten ylipainosuuden vähentäminen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on käynnistänyt kansallisen lihavuusohjelman 2012 - 2015, jonka tavoitteena on ehkäistä väestön lihomista ja kääntää lihomiskehitys laskuun. Ohjelma vetoaa terveydenhuollon ammattilaisiin, päättäjiin, kuntiin, kansanterveys- ja liikuntajärjestöihin sekä kauppaan, teollisuuteen ja mediaan, että ne lähtisivät kansallisiin talkoisiin ja toteuttaisivat ohjelmassa esitettyä väestön lihavuutta ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä toimenpiteitä. (THL 2012.)

Huolimatta siitä, että teoreettiset edellytykset väestömme terveyden ja hyvinvoinnin edistymiselle ovat olemassa, käytäntö näyttötyy erilaisena. Esimerkkinä tästä on kaiken ikäisten suomalaisten lihavuuden yleistymisen. Kansaneläkelaitoksen teettämässä Mini-Suomi -tutkimuksessa vuosilta 1978–1981 (Aromaa & Heliövaara 1989) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (Aromaa & Koskinen 2002) on osoitettu, että lihaviin osuus Suomessa on kasvanut 20 vuoden aikana ja trendi on kiihtynyt. Lihaviin miesten osuus on lähes kaksinkertaistunut ja naisten osuus selvästi suurentunut. Erityisen selvästi tämä kehitys heijastuu sairaalloisen lihavuuden esiintyvyyssuhteissa, jotka ovat miesten osalta kahdeksankertaistuneet ja naisten osalta kolminkertaistuneet. (Reunanen 2005, 11.) Myös lasten ja nuorten lihavuus on yleistynyt hälyttävästi. (Veijola ym. 2012, 4)

Yleisen käsityksen mukaan väestön lihomisen taustalla on elinympäristön muuttuminen lihomista edistäväksi. Muutos on ilmennyt muun muassa työ- ja arki liikunnan vähenemisenä, elintarvikkeiden pakkauskojojen ja ruoka-annosten suurentumisena ja ravitsemussuosituksista poikkeavien kulutustottumusten lisääntymisenä. Erityisesti lapsuusiän lihavuuden ehkäisy on tärkeää, sillä mitä varhemmin asiaan puututaan, sitä parempi on ennuste. Lisäksi lihomiseen puuttaminen on huomattavasti helpompaa kuin lihavuuden hoito. (Veijola ym. 2012, 1.)

LAPSUUSIÄN LIHAVUUDEN YLEISYYS JA LIHAVUUDEN VAIKUTUS TERVEYTEEN

Lapsuusiän lihavuus lisää riskiä olla lihava myös aikuisena (Veijola ym. 2012; Salo ym. 2005; Vanhala ym. 1998). Pituuspainokriteereiden mukaan määriteltynä 5-vuotiaista tytöistä ylipainoisia oli 2000-luvun puolivälissä noin 20 % ja lihavia 5 % ja pojista vastaavasti ylipainoisia oli 14 % ja lihavia 4 %. Lisäksi 12–18-vuotiaiden ikäryhmässä ylipainoisten ja lihaviin osuus on Suomessa kolminkertaistunut kolmen viime vuosikymmenen aikana. (Veijola ym. 2012.)

Pojilla ylipainoisten osuus pysyy melko vakiona 12-vuoden iästä 18-vuotiaaksi, kun taas tyttöjen joukossa lihavuus vaikuttaa olevan yleisintä esimuuros- ja muurosikässä. (Lagström 2005, 113.) Lihavuuden lisääntymisessä ei ole vielä saavutettu huippua ja nykyhetkeä synkentää erityisesti lihavuuden yleistymisen yhä nuoremmissa ikäryhmissä (Reunanen 2005, 12). Lihavuus lisää riskiä sairastua muun muassa tyypin 2 diabetekseen (Jousilahti 2005, 13).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän selvityksen mukaan vuonna 2003 Suomessa oli tyypin 2 diabeetikoita 160 000 ja arviolta 50 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään (Etu-Seppälä ym. 2004, 3). Diabeteksen hoidon kustannukset ovat yhteiskunnallisesti merkittävät. Kankaan (2003, 1) mukaan diabeteksen hoidon kustannukset vuonna 2003 olivat 1,02 miljardia euroa per vuosi. Kustannukset kymmenkertaistuivat diabeteksen liitännäissairauksien vuoksi. Sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin liittyvän metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden lapsilla ja nuorilla näyttää kasvavan lihavuuden yleistymisen myötä, mutta aikuistyyppin diabetes on lapsilla toistaiseksi vielä harvinaisen. (Lagström 2005, 118.)

Lihavuus tulee yhteiskunnalle kalliiksi ja lisäksi se aiheuttaa fyysisiä haittoja ja erityisesti lapsille myös psyykkisiä haittoja. Lihavuus on lapsille ja nuorille yksi sosiaalisen syrjäytymisen aiheuttajista. Lihavuuteen liitetään negatiivisia luonteenpiirteitä, kuten epäluottavuus ja laiskuus. Lihavat lapset ovat yleensä isokokoisempia kuin saman ikäiset normaalipainoiset, minkä vuoksi kodin ulkopuoliset aikuiset usein vaativat lapsilta enemmän kuin heidän ikätovereiltaan. Tämä saattaa johtaa epäonnistumisen kokemuksiin ja tekee lihavan lapsen perheestään riippuvaiseksi, mikä lisää syrjäytymisen vaaraa. (Dietz 1998, 508.) Lasten lihavuuden hoidon kehittäminen on sekä yksilön kannalta että yhteiskunnallisesti tärkeää.

LAPSEN LIHAVUUDEN ARVIOINTI

Lihavuudella tarkoitetaan kehon rasvakudoksen liian suurta määrää. Lihavuuden määrittely ja luokittelu ovat sopimuksenvaraisia (Salo ym. 2005, 1). Lihominen edellyttää pienempää energian kulutusta saantiin verrattuna. Lihavuuden tausta on monisyinen. Siihen vaikuttavat geneettiset, sosiaaliset ja psyykkiset tekijät sekä elämäntavat. (Lagström 2005, 119.)

Lasten ruokatottumuksissa makeiden mehujen, virvoitusjuomien ja makeisten kulutus on lisääntynyt (Urho & Hasunen 2003, 39). Elintarvikkeiden pakkauskoot ovat suurentuneet. Perinteinen ruokakulttuuri ja säännölliset ateriat ovat korvautumassa välipaloilla niin aikuisilla kuin lapsillakin. (Lagström 2005, 120.)

Lasten lihavuuden arviointi poikkeaa aikuisten arvioinnista, sillä painoindeksi on yhteydessä lapsen ikään ja sukupuoleen. Lasten keskimääräinen painoindeksi on pienimmillään 4–6 vuoden iässä, jonka jälkeen se suurenee aikuisikään saakka. Aikuisilla käytettäviä painoindeksirajoja ei voida sellaisenaan käyttää lasten ylipainon ja lihavuuden osoittimina. (Lagström 2005, 113.)

Lasten lihavuus käypä hoito -suositusten (Veijola ym. 2012, 1) mukaan lasten ja nuorten lihavuutta voidaan arvioida pituuspainokäyrien ja käyrien ohella suomalaisella BMI-käyrästä. Suomalaiset käyrät poikkeavat hieman kansainvälisistä käyristä. Vyötärön ympärysmitta on osoittautunut lapsillakin käyttökelpoiseksi kehon rasvapitoisuuden osoittimeksi, mutta suomalaiset viitearvot puuttavat. (Lagström 2005, 113.)

LAPSEN LIHAVUUDEN HOITO

Lasten elintapoihin vaikutetaan vanhempien kautta. Vanhempien lihavuus on lapsuusiän lihavuuden merkittävä riskitekijä. Lihavien lasten vanhemmat ovat usein ylipainoisia tai lihavia. Noin 80 %:lla lihavista lapsista ainakin toinen vanhemmista on lihava ja 25–30 %:lla molemmat ovat lihavia. (Danielszik ym. 2002, 132; Salo ym. 2005, 4.; Veijola ym. 2012, 5.)

Vanhemmat päättävät perheen ruokahankinnoista, ruoanvalmistusmenetelmistä sekä siitä, missä perhe syö. Ruokailutilanteiden miellyttävyyden ja perheen yhteiset ateriat ohjaavat lapsia terveyttä edistävien ruokien valintaan. Vanhempien tietämys ravitsemuksesta lisää lasten hedelmien ja kasvien syömistä sekä vähentää rasvan saantia. (Salo ym. 2005, 6.) Vanhemmat voivat tukea lastensa ruokatottumusten ja -mieltyksien suotuisaa kehitystä, antamalla lasten päättää ruoka-annostensa koosta ja välttämällä ruoan käyttämistä palkintona. (Veijola ym. 2012, 8.)

Vanhempien sosioekonomisella asemalla on havaittu olevan yhteyttä lapsuusiän lihavuuteen. Vanhempien alhainen koulutus ja perheen pienet tulot näyttävät olevan yhteydessä lapsuusiän lihavuuteen. Hoitamalla ja ehkäisemällä lasten lihavuutta voidaan vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. (Veijola ym. 2012, 5.)

Suomalaisia lasten lihavuuden hoito-ohjeita on kehitetty. Esimerkkinä mainittakoon Kalavaisen ja Korhosen (1999) laatima Mahtavat mukut -ohjeisto ja Kalavaisen ja Nykäsen (2000) Suurenmoiset nuoret -ohjeisto. Ohjeistoja on hyödynnetty muun muassa Pohjois-Savon alakouluikäisten elintaparyhmäohjaukseen liittyvässä väitöskirjatutkimuksessa (Kalavainen 2012). Suomen sydänliitto on kehittänyt lapsiperheiden elintapaohjaukseen Neuvokas perhe -aineiston, joka soveltuu sekä ryhmä- että yksilöohjaukseen (Suomen Sydänliitto 2006). Muun muassa Rantala (2013) on soveltanut Neuvokas perhe -aineistoa lihavien leikki-ikäisten lasten ja heidän perheittensä ryhmäohjauksessa.

Englantilaisessa Cochrane-katsauksessa (Summerbell ym. 2003) vertailtiin 18:aa, vähintään puoli vuotta kestänyttä, kontrolloitua lasten lihavuuden ryhmähoitotutkimusta (n=975). Osassa ryhmähoitoja keskityttiin liikuntaan ja ravitsemukseen, osassa käyttämisterapeuttisiin menetelmiin, osassa kognitiiviseen terapiaan ja rentoutukseen. Perhekeskeisessä hoidossa vanhemmat osallistuivat hoitoon erillisinä vanhempien ryhmänä ja useimmiten vanhempien tavoitteena oli myös oma painonhallinta.

Eri menetelmien tuloksellisuuden vertailu on vaikeaa tutkimusten epähomogeenisuuden vuoksi. Nuutisen (2005, 124) mukaan käyttäytymisen muutosta edistävien ohjausmenetelmien, kuten käyttäytymisterapian soveltaminen yhdessä liikunta- ja ruokaintervention kanssa johtaa todennäköisimmin parhaaseen lopputulokseen. Myös liikunnallisen passiivisuuden vähentämisellä on merkitystä lasten lihavuuden hoidossa.

Lapsuusiän lihavuuden hoito on yksilöllistä lapsen iän, kehitystason ja lihavuuden asteen mukaan. Hoidon ja seurannan kesto ovat myös

yksilöllisiä. Lihavuuden hoidossa ensisijaisena tavoitteena ovat lapsen hyvinvointi ja terveys sekä ruokailu- ja liikuntatottumusten pysyvät muutokset. Tavoitteiden on oltava lapsen ja perheen omia ja niiden on oltava pieniä ja konkreettisia. Niihin edetään pienin pysyvin askelin. Ohjaaja ei anna valmiita ratkaisukeinoja perheelle, vaan houkuttelee ne esiin perheen omina ehdotuksina. Esimerkkinä käyttäytymisterapeuttisen ja ratkaisukeskeisen menetelmän soveltamisesta lapsiperheen painonhallintaan on perheen ruokatottumusten, ruokavalion ja ateriaritmin arviointi, liialliseen syömiseen johtavien riskitilanteiden analysointi ja niihin varautuminen, arkiruuan vähärasvaisuuden ja -sokerisuuden pitäminen perustana ruoka-aineiden valinnassa ja myönteinen palaute toivotuista muutoksista. Suurimmalle osalle kasvavista lapsista riittää nykyajan ylläpito, jolloin lapsi hoikistuu pituuskasvun myötä. Kouluikäisten vaikeassa lihavuudessa tavoitteena on vähittäinen hoikistuminen: esimerkiksi laihtuminen enintään 1–2 kiloa per kuukausi. (Nuutinen 2005, 124–127.)

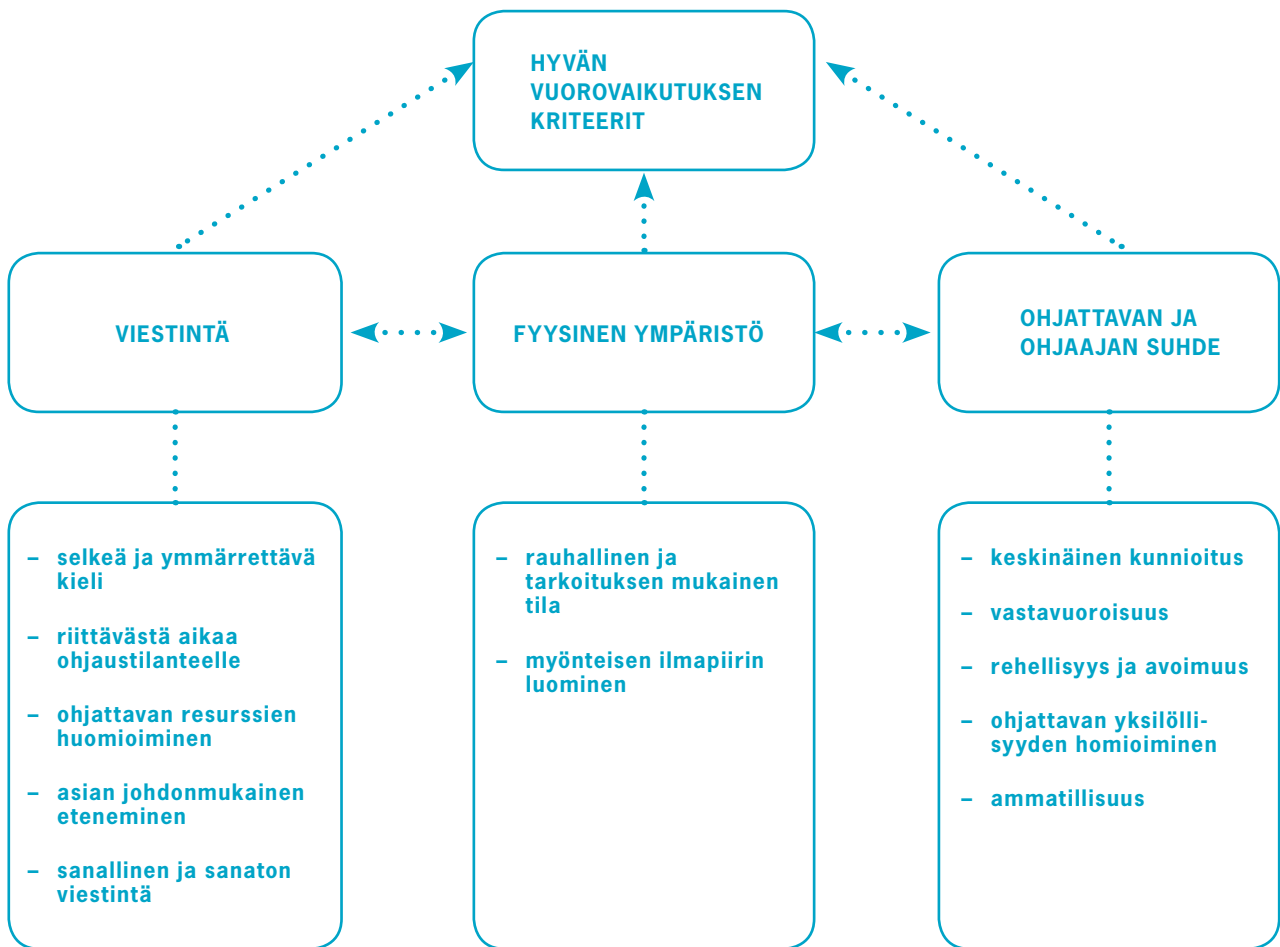
NÄKÖKULMIA ELINTAPA-OHJAUKSESTA JA VUOROVAIKUTUKSESTA

Elintapaohjaukseen soveltuu terveystietämisen muutosvaihemalli, jonka ovat laatineet Prochaska ja DiClemente (1983, 393). Suomessa muutosvaihemallin soveltuvuutta elintapaohjaukseen on tutkinut muun muassa Poskiparta (2006, 1416). Elintapamuutoksen eteneminen voidaan jakaa eri vaiheisiin: esiharkintaan ja harkintaan, valmistautumisvaiheeseen, toimintaan ja ylläpitoon. Ylläpitovaiheeseen liittyy myös repsahduksen mahdollisuus, jossa palataan entiseen toimintatapaan. Muutoksen eri vaiheissa elintapaohjaus on erilainen. Muutosvaihemallia on käytetty muun muassa liikuntakäyttäytymisen tukemiseen (Kasila ym. 2004, 83). Mallia tulee hyödyntää myös lihavien lasten hoidossa ja ohjauksessa.

Elintapaohjaus ja lihavien lasten perheiden ohjaaminen edellyttävät terveydenhuollon ammattilaisilta hyvää vuorovaikutusta lapsen ja perheen kanssa. Vuorovaikutuksen tavoitteena on luottamuksellisen ohjaussuhteen muodostaminen. Ohjaussuhteessa ohjattavan oma näkemys itsestään ja elämästään ovat avainasemassa, samoin hänen toiveensa siitä, minkä hän itse haluaisi muuttuvan (Ahonen 1997; Mattila 2001, 21).

Aarnion ja Enqvistin (2001, 17–19) mukaan dialogi on vuorovaikutuksen ydin ja edellytys luottamuksen syntymiselle. Luottamus edellyttää viiden dialogisuuden periaatteen omaksumista ja toteuttamista. Ne ovat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja refleksiivisyys (Huovinen & Rovio 2006, 102). Sattumanvaraisuus vuorovaikutuksessa on hämmästyttävän yleistä.

Muun muassa Mattila viittaa väitöskirjatyössään (2001, 18) useisiin tutkimuksiin, joiden mukaan ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyy valta, jota hoitosuhteessa käytetään positiivisessa mielessä potilaan hyväksi. Terveystietämisen ammattilaisen tiedonhallintaan ja osaamiseen liittyy potilaan asianajajana toimimisen valta ja ongelman ratkaisovalta. Vuorovaikutus potilaan kanssa muuttuu ja kehittyy aloittelija-työntekijän tehtävä- ja ongelmaorientoituneesta potilaskeskeiseksi työkokemuksen lisääntyessä. Taitavan ja asiantuntijan vuorovaikutus potilaan kanssa on dialogia ja herkkää



Kuvio 1. Hyvän vuorovaikutuksen kriteerit (Hankonen ym. 2006; Hiidenhovi 2007; Mattila 2007)

potilaan viesteille. Asiantuntija tuo potilaalle esiin mahdollisuuksia ja toivoa. Hän näkee potilaan voimavarat ja auttaa kehittämään niitä. Vuorovaikutuksessa ilmenee ohjaajan persoonallisuus, jolloin myös potilas voi olla oma itsensä. (Aarnio & Enqvist 2001, 17–19; Mattila 2001, 22.)

Muun muassa Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen (2006) ovat kehittäneet potilasohjausta ja ohjausmalleja kehittämishankkeessa, jossa tarkastelun kohteena oli vuorovaikutus ohjaussuhteessa. He havaitsivat vuorovaikutuksen toteutumista videoimalla kuusi ohjaustapahtumaa Oulaskankaan sairaalan eri toimipisteissä. Työryhmän työskentelyn tuloksena syntyivät hyvän vuorovaikutuksen kriteerit, jotka on esitetty kuviossa 1. Myös Mattila (2001, 21–25) ja Hiidenhovi (2001, 63) ovat väitöskirjatutkimuksissaan päätyneet samankaltaiseen näkemykseen.

Ohjaajan persoonallisuudella on merkittävä osuus ohjauksen onnistumisen ja ohjaajan ja ohjattavan välille syntyvän hyvän vuorovaikutuksen kannalta (Hankonen ym. 2006, 30).

LASTEN LIHAVUUDEN HOIDON ALUEELLINEN YHTEISTYÖ POHJOIS-POHJANMAALLA

Opinnäytetyössäni (Järvi 2008) etsin vastausta siihen, miten lihavien lasten elintapaohjausta voi kehittää erikoissairaanhoidossa ja miten alueellista yhteistyötä voi tehostaa. Työ tehtiin Oulun yliopistollisen sairaalan lastentautien poliklinikalla lihavien lasten perheitä ja hoitohenkilökuntaa haastatteleamalla sekä ohjaustilanteita havainnoimalla.

Perheiden haastatteluissaan kertomat kokemukset kuvasivat suurelta osin perheen kokemuksia elintapaohjauksesta kokonaisuutena, erittelemättä tarkemmin, mitkä ovat kokemuksia erikoissairaanhoitosta, mitkä kokemuksia perusterveydenhuollosta. Tosin vanhem-

mat olivat useimmiten olleet mukana erikoissairaanhoidon käynneillä ja vähemmän terveydenhoitajan vastaanotolla. Tavallista oli, ettei vanhempi ollut käynyt kertaakaan lapsen kanssa kouluterveydenhoitajan vastaanotolla. Vanhempiin oli pidetty yhteyttä kirjallisten viestien avulla. Lapsen terveystottumuksiin vaikuttamisen kannalta on tärkeää, että vanhemmat osallistuvat myös kouluterveydenhuollon käynneille. Kouluterveydenhuollolla ja lastenneuvoloilla on suuri haaste olla vaikuttamassa lapsiperheiden terveystottumuksiin. Lapsiperhe on avoin vastaanottamaan tietoa ja tukea, jonka avulla voi toimia lapsen parhaaksi. Vanhemmat kuitenkin haluavat panostaa lapsen terveyteen ja samalla he tulevat panostaneeksi myös omaan terveyteensä. (Kuusipalo & Filppula 2007, 37.)

Vanhempien kokemukset elintapaohjauksesta olivat pääsääntöisesti äitien kokemuksia. Äitien mielipiteet yhdistettynä lapsen näkemyksiin kuvaavat mielestäni hyvin perheen kokemusta terveyttä edistävien elintapojen onnistumisesta perheessä ja ohjauksen vaikuttavuudesta. Esimerkiksi Häggman-Laitila ja Pietilä (2007, 51) toteavat, että äidit ovat perheen ja perheenjäsenten terveyden avainedistäjiä ja heidän arvioitaan pidetään luotettavina ja muiden perheenjäsenten kokemuksia vastaavina. Toisaalta yksittäisen perheenjäsenen, kuten lapsen ja nuoren omiin näkemyksiin tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Koska vanhemmat ovat olleet useimmiten läsnä Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) lasten ja nuorten poliklinikalla, voi heidän kertomiensa kokemusten ajatella kuvaavan erityisesti erikoissairaanhoidon. Vanhempien esille tuoma asiantuntijakeskeisyys koski toimintaa kokonaisuudessaan lasten ja nuorten poliklinikalla, ei pelkästään elintapaohjausta. Erityisesti vanhempia kuitenkin vaivasi lasten jääminen taka-alalle ohjauksessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan valtakunnallisessa suosituksessa (Outinen & Lindqvist 1999, 12) todetaan, että vaikka asiakaslähtöisyys olisikin tavoitteena, asiakkaiden kyvyt, mahdollisuudet ja halu tasavertaiseen kumppanuuteen vaihtelevat. Erityistä osaamista ja herkkyyttä työntekijältä edellytetään silloin, kun kysymys on lapsista. Lapset eivät välttämättä ole lainkaan halukkaita tasavertaiseen kumppanuuteen (Outinen & Lindqvist 1999, 13).

Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on luottamus. Ilmosen ja Jokisen (2002, 95–99) mukaan luottamuksella on monta tehtävää. Ensiksi luottamus on sosiaalisesti sitova mekanismi, joka luo ja ylläpitää solidaarisuutta. Toiseksi luottamus luo tilaa toimia vapaasti, jolloin toinen saa mahdollisuuden ottaa vastuuta teoistaan ja valinnoistaan. Kolmanneksi luottamus lisää resursseja niin yksilön kuin yhteisönkin tasolla. Neljänneksi luottamus helpottaa tiedonkulkua, mikä puolestaan pienentää yhteisymmärryksen pääsemiseen ja sopimusten tekemiseen vaadittavia ponnistuksia. Viidenneksi se valaa uskoa toistuvien toimintojen pitävyyteen. Kuudenneksi luottamuksen tehtävä on sen kyky luoda ja ylläpitää turvallisuudentunnetta. Lasten ja nuorten poliklinikan työntekijöiden haasteellisenä tehtävänä on lyhyessä ajassa luoda luottamuksellinen suhde lihavuuden hoitoon huonosti sitoutuneeseen ja motivoitumattomaan perheeseen.

Heikkilä (2007) selvitti lääketieteen syventävien opintojen tutkielmana retrospektiivisesti sairaskertomustiedoista lihavien lasten hoitoa OYS:ssa vuosina 2001–2005. Tämän selvityksen mukaan lihavat lapset kävivät OYS:ssa lasten ja nuorten klinikassa keskimäärin 2 kertaa. Lapsista 74 % oli tavannut ravitsemusterapeutin kerran ja seurantakäynti oli ollut 36 %:lla.

Painonhallintatulokset olivat vaatimattomia, mutta niin myös ravitsemusterapeutin osuus perheen elintapaohjauksessa, vaikkakin erikoissairaanhoidon käynteihin suhteutettuna ravitsemusterapeutin palveluja oli käytetty paljon. Heikkilän havaintojen mukaan lasten hoitomotivaatio lihavuuden suhteen vaikutti huonolta. Perhe kokonaisuudessaan oli huonosti hoitoon sitoutunut ja motivoitunut. Vanhemmat vaikuttivat usein välinpitämättömiltä. Kuitenkin mitä intensiivisemmin lasta seurattiin erikoissairaanhoidossa, sitä parempiin tuloksiin lapsi ja perhe pääsivät. Muutamien lasten kohdalla tarjottuja seurantakäyntejä ei hyödynnetty.

Perusterveydenhuollossa vaikeasti lihavia lapsia on hoidettu perusteellisesti ja perhekeskeisesti. Esimerkkinä perusterveydenhuollon käytännöistä mainittakoon Oulun kaupungin kouluterveydenhuollon käytäntö, jota Sandstrom (2007) on ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyössään kuvannut ja kehittänyt. Hänen mukaansa Oulun kaupungissa terveydenhoitajan työn lähtökohtana, lihavan lapsen hoidossa, on tarkka anamneesi perheestä, elintavoista, perheen muiden jäsenten paino-ongelmista ja motivaatiotasosta. Anamneesin pohjalta terveydenhoitaja muotoilee hoitosuunnitelman, jonka tekee yhdessä perheen kanssa.

Todennäköisesti Sandströmin kuvauksessa kyseessä on pikemmin ohjauksen tavoite, eikä niinkään käytännön toiminta. Havaintojeni ja perheiden haastattelujen mukaan lastentautien poliklinikalle lähetettyjen lihavien lasten perheille ei ole tehty hoitosuunnitelmaa, eikä perheille tehdystä terveydenhoitajan tekemästä anamneesista ole ollut mainintaa läheteissä. Haastattelu- ja havainnointitietoja tältä osin vahvistaa myös yli 20 vuoden työkokemukseni OYS:ssa, jona aikana olen tavannut lukuisia lihavia lapsia ja heidän perheitään. Terveydenhoitajan tekemän hoitosuunnitelman liittäminen lapsen läheteeseen antaisi mahdollisuuden lihavien lasten nykyistä laadukkaampaan elintapaohjaukseen myös OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla. Tiedolla aikaisemman elintapaohjauksen sisällöstä edistetään hoidon jatkuvuutta. Niukkoja resursseja ei kannata tuhata samojen asioiden kertaamiseen (vrt. Ahonen ym. 2007, 2).

Akuuttisairaalan ominaispiirre on kiire ja asiantuntijoiden keskittyminen omaan osaamisalueeseensa. Perheet pitivät erikoissairaanhoidon toimintaa OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla toimenpidekeskeisenä ja liian kiireisenä. Perheiden käynti poliklinikalla kaipaaville uudelleen organisoitua. Työn sujumuuden ja asiakaslähtöisyyden edistymisen kannalta rakenteita ja toimintamalleja tärkeämpiä ovat kuitenkin työntekijöiden asenteet, keskinäinen luottamus ja hyvä yhteistyö. (Rantakari, 2005, 1.) Asiantuntijat OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla ovat tietoisia hyvän yhteistyön ja vuorovaikutuksen periaatteista ja pyrkivät ottamaan ne huomioon perheiden tapaamisessa. Puutteelliset lähetetiedot vaikeuttavat ohjauksen onnistumista.

Perheet saivat poliklinikakäynnillä tietoa. Jylhä selvitti pro gradu -työssään (2007) terveydenhuollon asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmia tiedosta ja sen vaikutuksista. Hänen selvityksensä mukaan tiedon tarpeen määrittely asiakkaiden tekemien kysymysten pohjalta on haastavaa mm. asiakkaiden tekemien kysymysten epäselvyyden ja taustatietojen puutteellisuuden vuoksi (Jylhä 2007, 39).

Se, että perheet OYS:n lasten ja nuorten poliklinikalla saivat heille entuudestaan tuttua tietoa, selittyy myös tässä tapauksessa taustatietojen puutteellisuudella ja sillä, ettei kommunikaatio työntekijöiden ja perheen välillä ole ollut riittävän vuorovaikutteista. Vaikka tiedon merkitys elintapojen muuttamisessa ei ole suuri, se on kuitenkin olennainen osa muutokseen tähtäävää prosessia. Tiedon saaminen, sen sisäistäminen ja käyttö johdattavat omalta osaltaan käyttäytymisen muuttumiseen. Tieto, jota tarjotaan, tulee olla yksityiskohtaista ja perheen tarpeita vastaavaa. Jos asiakas kokee, että samaa ohjausta saa hoitopolun kaikissa vaiheissa, hänen mielenkiintonsa opittavaa asiaa kohtaan laskee tai hän saattaa tuntea, että hänen oppimiskykynsä aliarvioidaan. Sen vuoksi on tärkeää, että hoitosuunnitelmiin ja lähetettiin kirjataan tarkasti, millaista ohjausta asiakas tai perhe on jo saanut. (vrt. Iso-Kivijärvi, 2006, 16.)

Ohjaukseen käytettävissä olevan ajan rajallisuus on johtanut siihen, että osa tiedosta tarjotaan kirjallisena. Tietoa siitä ei ole, kuinka suuri osa lasten ja nuorten poliklinikalla annetusta kirjallisesta materiaalista tulee todelliseen hyötykäyttöön. Kirjallista materiaalia käytetään kuitenkin potilasohjauksessa runsaasti ja sitä pidetään olennaisena osana ohjausta. Kirjallisen materiaalin avulla perheen on mahdollista palata suullisesti esitettyihin asioihin ja kerrata annettuja ohjeita. (vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9.)

Lasten lihavuuden hoidossa tulokset ovat sitä parempia, mitä pitkäkestoisempi ja tiiviimpi seuranta on (Nuutinen 1995, 1267). Lasten ja nuorten poliklinikalla lasten lihavuuden hoito ja elintapaohjaus eivät kuitenkaan voi perustua pitkäkestoiseen seurantaan, vaan ohjauksen tulee olla perusterveydenhuollon toimintaa täydentävää. Lihavien aikuisten hoitoon on suositeltu mini-interventiota, 1–3 tapaamista, joiden kesto on puolesta tunnista tuntiin. Sen tarkoituksena on kiinnostuksen herättäminen laihduttamiseen ja painonhallintaan (Mustajoki 2002). Vaikeasti lihavia lapsia on motivoitu perusterveydenhuollossa usein jo vuosia ennen kuin lapsi lähetetään erikoissairaanhoidon, jolloin aikuisten mini-intervention sovelluksesta saatu hyöty lasten kohdalla on kyseenalainen

Lasten lihavuus on koko perheen ongelma. Pohjoissuomalaisessa seurantatutkimuksessa (Laitinen, Power & Järvelin 2001, 287–294) selvitettiin lapsen paino-pituus -suhteen (BMI) kehitystä syntymästä yhden vuoden, 14 vuoden ja 31 vuoden iässä sekä sen suhdetta äidin BMI:iin. Lihavien lasten äitien BMI oli korkeampi kaikissa ikäryhmissä. Vanhemmat ovat mallina lapsilleen painonhallinnan epäonnistumisessakin. Lihavuus kulkee suvuittain (Pietiläinen 2004, 10).

Perheen elämäntilanne ja vanhempien vaikeus asettaa lapselle rajoja, vaikuttavat lapsen painonhallinnan ja terveyden elintapojen omaksumisen onnistumiseen. Tätä tulosta vahvistaa vuosien työkokemukseni vaikeasti lihavien lasten perheiden kanssa. Terveelliset

elämäntavat ovat olennainen osa lapsen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

Vanhempien tehtävä on toimia hyvinä esimerkkeinä ja heidän käytäytymisensä ja elämäntapansa tulisi luoda turvallisuuden tunnetta lapselle. Vanhemmat ovat pääosassa, kun lapsi opettelee arkielämän taitoja, tapoja ja perinteitä. Rohkaisemisen, rajojen asettamisen ja rakkauden tulisi olla tasapainossa keskenään. Virtasen lasten lihavuutta käsittelevän tutkimuksen (Virtanen 2007 ja 2012) tulosten mukaan, lasten yksinäisyys ja vanhemmuuden puute näyttävät olevan osaltaan syynä lasten lihavuuteen.

Perheiden mielestä hyvä elintapaohjaus on käytännönläheistä, ryhmämuotoista, hienotunteista ja lapsen yksilöllisyyden huomioon ottavaa. Erikoissairaanhoidon toimintaympäristö ja tutkimuskeskeinen toimintamalli asettavat haasteita elintapaohjaukselle. Ohjauksen haasteet on tiedostettu ja OYS:ssa on kehitetty käytännön hoitotyöhön soveltuvia ohjausmalleja osana laajaa Potilasohjauksen haasteet -hanketta. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen, 2006.)

Ohjauksen kehittämiseksi sairaanhoitopiiriin on perustettu työryhmiä, joiden tehtävänä on ollut kehittää ohjauksen eri osa-alueita. Lasten ja nuorten klinikan työryhmän tehtävänä on ollut kehittää ohjauksen organisointia. Työryhmä on selvittänyt, miten ohjausta tulisi organisoida ja miten se organisoituu klinikan eri yksiköissä. Ohjauksen organisoinnin tavoitteena on ollut vastuunjaon selkeyttäminen, ohjauksen saannin varmistaminen, hoidon jatkuvuuden ja yhteneväisten käytänteiden turvaaminen ja yhteistyön sujuminen. (Heikkinen ym. 2006, 19–21.)

Lasten ja nuorten klinikassa työntekijöiden välistä yhteistyötä on kehitetty sähköisellä kirjaamisella. Lisäksi on kehitetty yhteisiä ohjauskriteerejä. Työryhmä laati mallin Ohjauksen organisoinnista, jossa ohjauksen kriteereiden laatimisesta vastaa ohjaustyöryhmä, jonka alaisuudessa toimivat ohjaustiimit. Tiimien tarkoituksena on huolehtia eri potilasryhmien ohjauksessa käytetyn tietotaidon ajantasaisuudesta. Tarvittaessa pohjatiimi kouluttaa muuta henkilökuntaa.

Osa perheistä oli osallistunut kotikuntansa terveyskeskuksen tai urheiluseuran järjestämään ryhmäohjaukseen. Ryhmäohjaukseen osallistuneet perheet kokivat sen mielekkäänä, samoin koettiin kaikki konkreettiset käytännön ohjeet, esimerkiksi kaupassa käynti ravitsemusterapeutin kanssa tai malliateriat lasten sisätautiosastolla. OYS:n kaltaisessa akuutissairaalassa kertaluonteinen ryhmäohjaus on mahdollinen. Pitempikestoisen ryhmäohjauksen soveltuvuus perusterveydenhuollon toimintaan. Terveyskasvatuksen näkökulmasta ryhmät ovat tehokkaita, koska ryhmässä on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia, kuinka selvittää epäterveellisten elintapojen mukanaan tuomista ongelmista. (Järvinen 1998.)

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on tutkittu ryhmäohjauksen vaikuttavuutta lasten lihavuuden hoidossa 7–9-vuotiailla lapsilla (Kalavainen 2006). Kyseisessä kuopiolaisessa tutkimuksessa ryhmätapaamisissa pyrittiin pieniin pysyviin muutoksiin lasten ja muun perheen ruoka- ja liikuntatottumuksissa sekä syömiskäyttäytymises-

sä ja ajatusmalleissa. Lisäksi haluttiin tukea vanhempien vanhemmuutta sekä lasten itsetuntoa. Vanhempien ryhmien ryhmänvetäjinä toimivat ravitsemusterapeutit ja lasten ryhmien ravitsemustieteen opiskelijat. Aikuisten ohjelma koostui tietoisuista, keskusteluista ja toiminnallisista tehtävistä. Lasten ohjelma oli hyvin toiminnallista, liikunnallista ja hauskaa. Ohjelma osoittautui hyvin toteutettavissa olevaksi, perheet osallistuivat innokkaasti.

Ryhmätoiminta on mielekästä toteuttaa perheen kotipaikkakunnalla. Tämä käy ilmi myös haastatteluaineistosta. Ohjauksen ja seurannan toivottiin ylipäätään olevan kotipaikkakunnalla. Tämä on sekä valtakunnallisen lasten lihavuuden käypähoito -suosituksen (Salo ym. 2005) että alueellisen lasten lihavuuden hoitoketjun linjauksen mukaista.

Lapset toivat itse esiin terveydenhoitajan painokontrolit, joita toivottiin toteutettaviksi nykyistä hienovaraisemmin ja huomaamattomammin. Terveydenhuollon eettiset periaatteisiin (ETENE, 2004)

kuuluvat muun muassa potilaan tai asiakkaan itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri. Nämä periaatteet velvoittavat ottamaan huomioon lapsen koulupäivän ja lapsen toiveen painokontrolleja suunniteltaessa. Se, että painokontrolli on keskellä oppituntia, ei ole perusteltavissa ammattieettisinkään perustein, jonka turvin jokin terveydenhuollon työntekijän toiminta voi olla ristiriidassa yleisen etiikan kanssa.

Elintapaohjauksesta vastaavien terveydenhuollon ammattilaisten työhön tarvitaan käytännön työkaluja lasten lihavuuden hoidon suunnitelmallisuuden lisäämiseksi. Toimenpideohjelmassa suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011 on esitetty, että kehitetään neuvolatyön valtakunnallinen malli, jossa sydänterveyden tekijöitä seurataan systemaattisesti ja vahvistetaan perhekeskeistä elintapaneuvontaa. (Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011.) Tämä on samansuuntaista alueellisen hoitoketjumallin sisällön kanssa ja auttaa hoitoketjutyön jalkauttamista.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus, 19-23.
- Aarnio, H. & Enqvist, J. 2001. Dialoginen oppiminen verkossa: Diana-malli ammatillisen osaamisen rakentamiseen. Opetushallitus, Helsinki.
- Ahonen, O., Koivukoski, S., Savola, S. & Reinholm, M. 2005. Hoitotyön jäsenynty suunnitelma kehittää tiimin työtä. Sairaanhoitajalehti 1. Sairaanhoitajaliitto.
- http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_uralpalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2005/muut_artikkelit/hoitotyon_jasentynyt_suunnitelma/
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2. uud. p. Tampere: Vastapaino.
- Aromaa, A. & Heliövaara, M. 1989. Terveys, toimintakyky ja hoidon tarve Suomessa. Helsinki: Kelan julkaisuja AL: 32.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3.
- Danielzik, S. Langnäse, K., Mast, M. Spethman, C. & Muller, M.J. 2002. Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. *European Journal of Nutrition* 41, 132-138.
- Dietz, W. 1998. Health consequences of obesity in youth. *Childhood predictors of adult disease. Pediatrics* 101 (3), 518-25.
- Salo, M., Angle, S., Kaukua, J., Ketola, E., Komulainen, J., Lipsanen-Nyman, M., Nuutinen, O., Pere, A., Vanhapelto, T. & Veijola, R. 2012. Lasten lihavuus. Käypä hoito suositus. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50034>
- Duodecim. 2007. Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju. Hakupäivä 30.9.2007. <http://www.terveysportti.fi/>
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- ETENE. 2004. Terveystieteiden eettiset perusteet. <http://www.etene.fi/julkaisut/2001>
- Etu-Seppälä, L., Ilanne-parikka, P., Haapa, E., Marttila, J., Korkee, S. & Sampo, T. (toim.) 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003–2010. Suomen Diabetesliitto ry. 2. p. Jyväskylä: Gummerus.
- Fogelholm, M., Nuutinen, O., Pasanen, M., Myöhänen, E. & Säätelä, T. 1999. Parent and child relationship of physical activity patterns and obesity. *International Journal of Obesity* 23 (12), 1262–1268.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Julkaisussa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 11. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/lapsi.perhe.ruoka.pdf>
- Heikkinen, M., Kivipää, R., Krook, N-M., Kuoppamaa, S., Saulio, S., Tainio-Lantto, S., Takalo, O. & Tuohimaa, K. Ohjauksen organisointi. Julkaisussa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4, 19-21.
- Heikkinen, H. L. T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkija, missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.
- Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 125.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.
- Hirvonen, A. 2007. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa J. Hallamaa, V. Lounis, S. Löjtönen & I. Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkijat kentällä. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat. Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 44, 47–62.
- Ilmonen, K. & Jokinen, K. 2002. Luottamus modernissa maailmassa. *SoPhi* 60. Jyväskylä: Koipijyvä kustannus.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Aolsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Julkaisussa K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4, 10-17.
- Jousilahti, P. 2005. Lihavuus ja sairaudet. Lihavuus, painavaa asiaa painosta konsensuskokous 24–26.10.2005. Espoo. Luentolyhennelmät s. 13–21.
- Jylhä, V. 2007. Terveystieteiden verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. <http://www.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduVJylha.pdf/67676036-b992-48a9-8df7-4d8ce245e5e6>
- Järvi, L. 2008. Lapsen lihavuuden hoito – elintapaohjaus ja hoidon parastus. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, terveyden edistämisen koulutusohjelma.

- Kalavainen, M. & Nykänen, E. 2000. Suurenmoinen nuori – ratkaisuja liikapainoisen nuoren painonhallintaan. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia Oy.
- Kalavainen, M. 2006. Lihavien lasten ryhmäohjaus. Luentolyhennelmä. Dehko-päivät 7.8.2006. Tampere. <http://www.diabetes.fi>
- Kalavainen, M. 2011. Treatment of Obesity in Children, a Study on the Efficacy of a Family-based Group Program Compared with Routine Counselling, väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto
- Kasila, K., Kettunen, T., Poskiparta, M. & Vähäsarja, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & tiede*. 6, 81–84.
- Kangas, T. 2003. Diabeteksen hoidon kustannukset. Suomen Diabetesliitto ry:n julkaisuja.
- Kansanterveyslaki 1.3.2005/928. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>
- Kautiainen, S., Rimpelä, A., Vikat, A. & Virtanen, SM. 2002. Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 26 (4), 544–552.
- Kokko, R-L. 2006. Tulevaisuuden muistelu. Ennakointidialogit asiakkaiden kokemina. Stakes, Helsinki.
- Koskenkorva, J. 2007. Neuvokas perhe osaa hakea apua. *Sydänliiton verkkolehti* 4.
- Korhonen, A. & Kalavainen, M. 1999. Mahtavat muksut – ratkaisuja lihavien lapsen hoitoon. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Helsinki: Dieettimedia Oy.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. 2006. Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Löttönen & I. Sorvali (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Tietolipas 211*. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Kuusniemi, K., Nurttala, A., Isotalo, L., Kaprio, E., Vuorinen, T., Vilkinen, K., Lepola, P., Laine, E. & Parkkonen E. 2003. Lasten lihavuuden alueellinen hoitoketju. Hoito-ohjelmat HUS-Peijas.
- Kuusipalo, M. & Filppula, P. 2007. Lapsiperheen ravitsemus- ja liikunnanohjaus. Kehittämisraportti. Oulun Eteläisen lastenneuvolatyön kehittämishanke. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, terveysalan Oulaisten yksikkö.
- Kyngäs, H. 1995. Diabeetikkuuoreen hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. *Acta Universitatis Ouluensis D352*. Oulu.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitajalehti* 10, 6-9.
- Laggström, H. 2005. Lasten lihavuuden hoidon erityspiirteet, epidemiologia. Lihavuus, painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 24–26.10.2005 Espoo, luentolyhennelmät s. 113–121.
- Lewin, K. 1948. *Resolving social Conflicts*. New York: Harper & Brothers.
- Laitinen, J., Power, C. & Jarvelin, MR. 2001. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index and age at menarche as predictors of adult obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 74 (3), 287–294
- Launis, K. 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa A. Eteläpelto, J. Kirjonen & P. Remes (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4.
- Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsittejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 107.
- Mustajoki, P. 2002. Perushoito ja lyhytohjaus – uudet vanhat lääkkeet. *Diabetes ja lääkäri* 1.
- Niemi, M. & Winell, K. 2005. Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Raportteja, Stakes. http://www.diabetes.fi/files/1058/Diabetes_Suomessa.pdf
- Nuutinen, O. 1995. Lapsuusiän lihavuuden hoito kannattaa. *Suomen Lääkärilehti* 11 (50) 1265–1269.
- Nuutinen, O. & Nuutinen, M. 2001. Lapsuusiän lihavuus lisää sepelvaltimotautien vaaraa. *Duodecim* 2011(117), 1356–62.
- Outinen, M. & Lindqvist, T. (toim.) 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta
- 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. STM, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta_2000.pdf
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Perttilä, K. & Uusitalo, M. 2006. Terveiden edistämisen vastuu ja rakenteet kunnassa. *Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan verkostolehti* 1, 14-18.
- Pietiläinen, K. 2004. Born to be heavy? Determinants of body size from birth to early adulthood in Finnish twins. *Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M 185*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Polit, D. & Hungler, B. 1995. *Nursing Research: Principles and Methods*. US: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Poskiparta, M. 2006. Muutosvaihemallin soveltaminen elintapaneuvonnassa. *Terveystieteiden tutkimus* 6, 14–15.
- Prochaska, J. O & DiClemente, C. C. 1983. Stage and process of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (3), 390–395.
- Pyykkö, M. 2006. Terveiden edistämässä on tekojen aika. *Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan verkostolehti* 1, 10–13.

Rantakari, S-M. 2005. Toivottavasti siellä sit saa äänensä kuuluvaks. Asiakaslähtöisyys sosiaalityössä. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Diakonia – ammattikorkeakoulu. Järvenpään yksikkö. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/1BFB1990-3BF1-4E01-A769-F16939D22739/0/arvrapportti_rantakari.pdf

Reunanen, A. 2005. Lihavuuden epidemiologia. Lihavuus, painavaa asiaa painosta konsensuskokous 24–26.10.2005. Espoo. Luentolyhennelmät s. 9-12.

Saarelainen, R. 1999. Kun suora työnohjaus Suomeen tuli. <http://www.suomentyonohjaajat.fi/Osviitta/artikkeli1.html>

Solantaus, T. & Beardslee, W. 1996. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi, *Duodecim* 112 (18), 1647. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo60345

Stakes. 2006. Toimiva lapsi & perhe -hanke.

Suomen Sydänliitto. 2006. Neuvokas perhe -ohjausmenetelmä. Saatavilla sositteesta <http://www.sydänliitto.fi/neuvokas-perhe-ohjausmenetelma>

Summerbell, C.D., Ashton, V., Cambell, K.J., Edmunds, L., Kelly, S. & Waters, E. 2004 Interventions of treating obesity in children, *Cochrane Review*. Cocharane Library 1. UK, Chichester: Wiley & Sons.

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011. Sydän- ja verisuoniterveyden edistämistä ja –sairauksien ehkäisyä koskeva osa Suomalaisesta sydänohjelmasta. Suomen Sydänliiton julkaisuja 1. Helsinki.

Tuominen, A., Halme, N. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede* 19 (4), 212–222.

Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake, 2004. Suomen Diabetesliitto ry.

Urho, U. & Hasunen, K. 2003. Yläasteen kouluruokailu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 17. Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Ravitsemussuositukset.

Vanhala, M., Vanhala, P. & Kumpusalo, E. 1998. Relation between obesity from childhood to adulthood and the metabolic syndrome: population based study. *BMJ* 317 (7154), 319–320. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28624/>

Veijola, R., Komulainen, J., Angle, S., Ignatius, A., Jääskeläinen, J., Ketola, E., Lipsanen-Nyman, M., Nuutinen, O. & Ventola, A-L. 2012. Lihavuus lapset, Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. *Nursing in Child Health Care: Maintaining Awareness of the child's development*. Kuopion yliopiston julkaisuja, alkuperäistutkimukset 3. Kuopio.

Virtanen, K. 2012. Äiti, täällä on toisia samanlaisia, ku mä!" Voimisteluseura ja kouluterveydenhuolto perheiden tukena lasten painonhallinnassa. Väitöskirjatyö. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Tammi

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET:

Heikkilä, A-R. 2007. Ylipainoiset lapset OYS:n lasten- ja nuortenkliniikassa 2001–2005. Lääketieteen syventävien opintojen tutkielma. OYS lasten ja nuorten klinikka.

Jyrkämä, J. 1999. Toimintatutkimus ja vanhuspalvelujen toimintakäytännöt. toimintatutkimus: Kohteena sosiaali- ja terveyspalvelut. Esityksiä työseminaarissa 7.-8.5.2001. Kuntokallio.

Kuorilehto, R. 2007. Oulun eteläisen lastenneuvolatyön kehittämishanke. Hankkeen kuvaus.

Rantala, S. 2013. Perheliikuntamalli lapsiperheiden elämäntapamuutoksissa tukemiseksi. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK.

Sandström, S. 2007. Paino hallintaan. Ylipainon ja lihavuuden hoidon ohjausmalli Oulun kaupungin kouluterveydenhuollossa. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Kemi.

Saulio, S. 2006. Diabetes – perehdytysopas. Ohje OYS:n lastentautien klinikan henkilökunnalle.

Sillanoja, A. 2007. Tyypin 2 diabeteksen riskiseulonta Oulun kaupungin äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Kemi.

Nuutinen, O. 2005. Lasten lihavuuden hoidon erityispiirteet, lapsuusiän hoidon periaatteet. Lihavuus, painavaa asiaa painosta. Konsensuskokous 24–26.10.2005 Espoo. Luentolyhennelmät s. 123–128.